# ARCHIVES

DE

# NEUROLOGIE

BIBLIOTHÈQUE DES
LA SALPÊTRIÈRE
MÉDICALES EN MÉDECINE

# ARCHIVES

DE

# NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

## DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT & BOURNEVILLE**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.


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

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

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



COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

MM. ABADIE (J.), ARNAUD, ARSIMOLES, AUBRY, BARINSKI, BALLET, BARBÉ (A.), BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BOURDIN, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CAMUS (P.), CARRIER (G.), CAUDRON, CESTAN, CHARDON, CHARON, CHARPENTIER, CHRISTIAN, COLOLIAN, COULONJOU, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DROMARD, FÉRÉ (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GARNIER (S.), GRASSET, KOUINDJY, KOVALESKY (P.), LADAME, LAGRIFFE, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY, LEVASSORT, LIPINSKA, LUCIEN, MABILLE, MARANDON DE MONTYEL, MARIE (A.), Mlle REINE MAUGERET, MÉUS, MIERZEJEWSKI, MIRALLIÉ, MOURATOFF (W. A.), MUSGRAVE-CLAY, PARIS (A.), PELLETIER (M.), PERRIN, PICQUÉ, PIERRET, PITRES, RAVIART, RAYNEAU, RÉGIS, REGNARD (P.), REGNIER (P.), RICHER (P.), ROTH (W.), SIMON, SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, TCHIRIEW, THULIÉ (H.), TISSOT, URRIOLA, VALLON, VIGOUROUX, VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.).



*Rédacteur en chef* : **BOURNEVILLE**
*Secrétaires de la rédaction* : **J.-B. CHARCOT ET J. NOIR**

---

**Deuxième série, tome XXI. — 1906.**
Avec 63 figures dans le texte.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes*

1906

Vol. XXI Janvier 1906 N° 121

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE NERVEUSE

### Deux cas de méningo-encéphalite chronique avec cécité ;

Par BOURNEVILLE et PERRIN.

On sait que sous le nom d'*idiotie* on englobe un grand nombre d'états pathologiques congénitaux ou acquis, *paraissant* offrir un tableau clinique semblable, mais se traduisant par des lésions très diverses. Cette confusion regrettable cessera quand on pourra réunir des groupes d'observations complètes avec autopsies montrant des lésions identiques. C'est parce qu'il en est ainsi dans les deux observations suivantes que nous avons cru intéressant de les rapprocher.

#### Observation I.

Sommaire. — *Père : excès de boisson* (absinthe, vin). *Fièvres intermittentes en Afrique. Grand-père paternel : nombreux excès de boisson, paralysie complète avec aphasie. Renseignements insuffisants sur sa famille. — Mère : quelques excès de boisson (?). — Cousin germain : torticolis, convulsions de l'enfance. — Cousine : convulsions de l'enfance. Renseignements insuffisants sur sa famille.*

*Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 11 ans. — Frère mort de méningite.*

*Première dent à 14 mois. Dentition complète à (?). Début de la parole à 14 mois. Début de la marche à 18 mois. Propre à 3 ans. Pas de convulsions. Irritabilité et tristesse. Bave intermittente. Vomissements fréquents. Constipation habituelle. Strabisme interne de l'œil gauche depuis les premiers jours de la naissance.*

*A partir de décembre* 1897, *marche progressivement difficile avec chutes, affaiblissement de la vue. Étourdissements, krouomanie. Tremblement des mains. Cauchemars. Cris.*
*Février* 1898 : *torticolis et troubles de la parole; perte de la vision à droite en 3 jours; céphalalgies. Entrée à Saint-Antoine en avril* 1898; *parole lente; moitié gauche de la face moins mobile que la droite; réflexes rotuliens légèrement exagérés à droite; vomissements; augmentation de la paralysie de la jambe droite. Trépanée à Saint-Antoine le 24 mai* 1898.
*État de l'enfant à l'entrée* (juillet 1899). — *Le 16 août* 1899 : *chute sur la tête étant assise ; affaiblissement progressif. Mort au bout de 5 jours avec une température rectale peu élevée.*
*Autopsie : congestion pulmonaire, persistance du thymus. Méningite chronique surtout à la base et au niveau du chiasma optique. Tubercules crétacés du poumon gauche.*

Dani.... (Louise), née le 14 juillet 1885, à Paris, entrée le 17 juillet 1899 à la fondation Vallée, morte le 21 août 1899.

**Antécédents.** *(Renseignements fournis par le père et la mère en juillet et en octobre 1899.)* — PÈRE : 55 ans ; tourneur sur bois. Pas de convulsions dans l'enfance, pas de fièvre typhoïde, pas de rhumatisme, pas de dartres; rien ne permettant de soupçonner la syphilis; *boit le samedi*, rentre ivre au moins une fois tous les quinze jours ; boit du vin rouge ; ne boirait jamais d'alcool. Resté soldat 5 ans en Afrique ; *il y buvait beaucoup d'absinthe* ; on ne peut en préciser le quantité ; n'en boit plus depuis son retour. A eu les *fièvres paludéennes* en Afrique ; n'en a pas eu d'accès depuis qu'il est revenu en France. Ne fume pas, mais chique. Pas de traumatismes céphaliques; pas de migraines; bon caractère. Marié à 34 ans. — [*Son père*, mort à 68 ans, *buvait* « comme un trou » du vin, de l'absinthe, un peu de tout. Deux mois avant sa mort *paralysie complète des 2 côtés à début brusque, avec aphasie.* — *Sa mère* a 83 ans, elle est sobre, n'a jamais été malade. — *Grands-parents paternel* morts ; pas de renseignements. De même pour les *grands parents maternels*. On ne sait s'il y avait des oncles paternels ou maternels. N'a *ni frère ni sœur*. — Dans le reste de la famille du père, on ne connait ni idiots, ni aliénés, ni épileptiques, ni paralytiques ; pas de difformes, pas de sourds-muets, pas de criminels, etc., etc., pas de tuberculeux ]

MÈRE, 44 ans, ménagère, est de la Hesse. Pas de convulsions, pas de fièvre typhoïde, pas de chorée; rhumatisme dans les genoux à 18 ans, de quelques jours de durée seule-

ment. Rien ne permet de soupçonner la syphilis. *Alcoolisme* peu marqué; cependant, *cauchemars la nuit, crampes dans les jambes*. Pas de traumatismes céphaliques. Caractère nerveux; se met en colère facilement, mais sa colère ne dure pas; point de migraines. — [*Père* mort on ne sait de quoi. — *Mère* morte à 63 ans, de la rupture d'un anévrysme (?). — N'a pas connu ses *grands parents paternels ni maternels*. — Pas d'oncles ou tantes paternels ou maternels. — Une *sœur*, âgée de 40 ans, non mariée officiellement; elle aurait eu des convulsions dans l'enfance; elle est *myope* : elle a un garçon de 19 ans, qui a eu des *convulsions* dans l'enfance, ainsi qu'un *torticolis*, et qui tousse un peu; elle a perdu un enfant de diarrhée infantile; il n'aurait pas eu de convulsions. — Un *frère*, 42 ans, non marié officiellement; il a deux filles; la plus jeune a eu des *convulsions* étant petite; elles se portent bien, sont intelligentes; il a perdu un garçon de la coqueluche. Dans le reste de la famille de la mère, on ne connaît aucune tare : pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de criminels, pas de tuberculeux, etc., etc..]

*Pas de consanguinité;* le père est de 11 ans plus âgé que la mère de notre malade.

*Onze enfants :* 1° garçon, *mort de méningite* à 13 mois, sans convulsions; — 2° garçon mort de coqueluche à 21 mois; — 3° fille, 24 ans, bien portante, intelligente; — 4° garçon, 21 ans, soldat, pas de convulsions; — 5° garçon, 19 ans, pas de maladie nerveuse, intelligent; — 6° fille, 15 ans, bien portante; — 7° fille, *notre malade*, 14 ans; — 8° garçon, 12 ans, pas de convulsions, intelligent; — 9° fille, 9 ans, — 10° fille, 7 ans, 11° fille, 5 ans, bien portantes. — Pas de fausses-couches.

**Notre malade.** — Au moment de la *conception*, rien de particulier à signaler. — *Grossesse*, pas de coups, de peurs, d'envies, pas d'intoxication par l'alcool ou l'opium, etc. La mère prenait 5 verres de *café* par jour. Pas d'idées noires. — *Accouchement* à terme, normal, par le sommet, en une demi-heure; beaucoup d'eau s'échappe après la rupture des membranes; pas de circulaires du cordon. — *A la naissance* pas d'asphyxie. — *Nourrie au sein* par sa mère. *Sevrée* à 21 mois. *Première dent* à 14 mois. Impossible de savoir à quel âge la dentition fut complète. D... commence à dire quelques mots à 14 mois, *parle* tout à fait bien à 2 ans, sans défauts de prononciation. — *A marché* à 18 mois, normalement, sans qu'il y ait un côté plus faible. — *Propre* à 3 ans. Va à l'école à l'âge de 6 ans, jusqu'en décembre 1897; elle apprend assez bien.

La malade n'a jamais fait de maladie grave; elle n'a pas eu de convulsions. — Elle a eu de la *blépharite ciliaire*, des *adénites cervicales non suppurées* et de l'*impétigo* du cuir chevelu. Elle a toujours été chétive et difficile à élever. Elle était d'un *caractère méchant*, et se mettait facilement en colère. Elle était habituellement *triste, ne voulait jouer avec personne, restait assise « à penser je ne sais à quoi, »* dit la mère. Elle courait après les animaux et prenait plaisir à les battre. Elle n'était ni voleuse, ni gourmande. Elle ne présentait pas de pyromanie, pas d'onanisme; elle n'a jamais eu de fugues, mais était turbulente.

Les fonctions digestives étaient à peu près naturelles : elle mangeait seule, proprement, bavait de temps en temps cependant : elle ne ruminait pas, n'ingérait pas de corps étrangers ; *elle était fréquemment constipée*, restant parfois 4 ou 5 jours sans aller à la selle ; elle n'a jamais rendu de vers intestinaux.

Signalons encore le *strabisme interne de l'œil gauche* qu'elle présentait depuis sa naissance, d'après la mère. Malgré cela, elle voyait aussi bien que les autres enfants. L'audition était normale. Le sommeil était entrecoupé de *cauchemars*, de sauts dans le lit. Elle a bonne mémoire, raisonne et parle bien, elle sait lire et écrire. Les sentiments affectifs sont assez développés.

Au dire de la mère, l'enfant ressemble à son père au point de vue du caractère, à sa mère au point vue physique. Telle était la malade jusqu'à l'âge de 12 ans.

C'est vers la fin de l'année 1897 que l'histoire pathologique de la malade se caractérise. Certains symptômes se précisent, d'autres apparaissent. L'enfant trébuche fréquemment, *tombe facilement*, ses jambes fléchissent, elle *marche mal*, aussi bien le jour que la nuit. En même temps, elle éprouve des *étourdissements*. Le sommeil devient irrégulier; *elle se réveille facilement en poussant des cris*, elle se lève, saute de son lit. La mère va consulter à ce moment à la Polyclinique Rothschild.— Au mois de février 1898, la fillette éprouve des *envies fréquentes de vomir*, et des *douleurs dans le cou*. Elle est soignée pendant 8 jours à l'hôpital Trousseau où on aurait porté le diagnostic « torticolis. »

Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire *en mars 1898, la marche devient encore plus difficile*, la *parole un peu embarrassée*; *en trois jours s'établit une cécité de l'œil droit*, en même temps qu'apparaît une *céphalée très intense, vomissements alimentaires et bilieux*, revenant 3 ou 4 fois par semaine, aussitôt après le repas. C'est dans ces conditions que la fillette *entre à l'hôpital St-Antoine*, le 18 avril 1898, *dans le service de M. le Dr Brissaud* qui a bien voulu nous

transmettre les notes prises sur cette malade pendant son séjour dans son service, ainsi que la courbe de la température. (Voir aux RÉFLEXIONS).

**Examen le 18 avril 1898 par M. le Dr Brissaud** : On trouve cette malade abattue, la tête cachée dans les couvertures, *constamment somnolente ;* son front se plisse lorsqu'on l'interroge ; elle répond aux questions posées, mais *la parole est lente, difficile*, et elle fait des efforts pour articuler ; l'intelligence est normale. La malade se plaint de *maux de tête* et de douleurs dans les membres inférieurs. *La moitié gauche de la face est moins mobile que la moitié droite ;* le pli nasolabial est moins marqué à gauche. Pas de troubles de la sensibilité cutanée. Pouls régulier, à 80. Température normale. *Le réflexe rotulien est un peu exagéré à droite.* Pas de clonus du pied. — Urines normales. L'appétit est très diminué. Il existe *un peu de constipation.* Faciès strumeux, lèvres épaisses et proéminentes. La racine du nez est large et aplatie.

EXAMEN DES YEUX PAR M. LE Dr PÉCHIN : *Vision :* œil droit : simple perception lumineuse ; la malade distingue le jour de la nuit ; œil gauche : diminution de l'acuité visuelle.

N = 1/6 à 1 mètre.

*Motilité.* O. D. moteur oculaire externe paralysé ; — mot. ocul. co., parésié ; — pathétique intact ; — réflexes lumineux, et à l'accommodation abolis ; — pupille dilatée ; — nystagmus. — O. G. le droit supér. est parésié. — Réflexes à la lumière et à l'accommodation abolis ; — pupille dilatée ; — *fond de l'œil, stase papillaire bilatérale.*

26 *avril.* — La malade a eu des *vomissements à type cérébral*, qui sont survenus sans efforts, au moment où elle voulait se retourner dans son lit. La céphalalgie a beaucoup diminué. La constipation a cédé à l'administration du calomel.

1er *mai.* — *La faiblesse de la jambe droite augmente* lorsque l'on fait marcher la malade, sa jambe droite se dérobe sous elle ; elle tomberait à droite si on ne la soutenait ; réflexe rotulien exagéré de ce côté. Pas d'irrégularité du pouls.

8 *mai.* — Depuis 2 jours diarrhée ; *elle a eu* un vomissement.

10 *mai.* — *Douleurs sourdes dans la région occipitale gauche* ; l'état des yeux n'est pas modifié ; *toujours stase papillaire bilatérale.*

20 *mai.* — La malade est passée en chirurgie dans le ser-

vice de M. le Dr Monod, où on décide de l'opérer. « *Elle a été opérée, nous dit M. le Dr Monod dans une lettre, sans diagnostic précis, et pour essayer d'obtenir une décompression cérébrale. L'excès de pression intracrânienne semblait indiquée par la stase papillaire bilatérale et par la céphalée intense.* »

24 *mai.* — *Opération.* Voici la note dont nous a fait part M. le Dr Monod : « *Craniectomie* à droite ; brèche de 6 à 7 centimètres sur 4 à 5 cent. Pas d'incision de la dure-mère dont l'ouverture est remise, s'il y a lieu à plus tard, sur la demande du Dr Brissaud, qui avait conseillé l'intervention et qui y assistait. Aucune suite locale fâcheuse, guérison de la plaie par première intention. On ne croit pas devoir ultérieurement rouvrir cette dernière pour inciser la dure-mère, l'impression de M. Monod étant qu'il s'agissait là probablement de lésions tuberculeuses. Le seul bénéfice tiré de l'intervention a été une très notable diminution de la céphalée mais la *paralysie faciale gauche* et la *paralysie du membre inférieur droit* persistent. »

La mère et la tante de la malade sont également d'avis que l'opération n'a amené aucune amélioration. « Elle était toujours la même, disent-elles. »

*Août.* — La petite malade rentre en médecine dans le service du Dr Brissaud où elle reste jusqu'en novembre de la même année.

4 *novembre.* — Examen des yeux par le Dr Péchin : O. G. perception lumineuse, atrophie blanche. O. D. pas de perception lumineuse. Atrophie blanche. — Des deux côtés, les vaisseaux sont rétrécis.

Il y a depuis plusieurs jours *hydarthrose du genou droit*, peu douloureuse, on admet l'hypothèse d'une arthropathie tuberculeuse, on élimine celle d'arthropathie nerveuse.

16 *novembre.* — L'enfant, dans le même état, est rendue à sa famille.

1899. 17 *juillet.* — *Entre dans notre service, à la Fondation Vallée*, avec un *certificat de la préfecture de police*, signé du Dr Legras, et comportant : « *est atteinte d'imbécillité, myopie, paraplégie, malpropreté. Père alcoolique, opération très récente sur le crâne, dans le but d'améliorer la vue* » et un certificat de l'Asile clinique, du Dr Dagonet, comportant : « *est atteinte de débilité mentale, cécité, parésie des membres inférieurs, gâtisme, abolition des réflexes rotuliens.* »

**État actuel pris à l'entrée à la Fondation Vallée.** — L'enfant est pâle, plutôt grasse. La physionomie est sans expression ;

l'enfant voyant à peine. Cheveux blonds, bien implantés. Petit ganglion sous-maxillaire à gauche. Petits ganglions de la chaine carotidienne à droite et à gauche.

TÊTE. — Le *crâne* est asymétrique, à cause de la crâniectomie (enfoncement de la région pariétale droite). Brachycéphalie. Fontanelles fermées, front haut présentant une petite cicatrice à 4 cent. au-dessus de la tête du sourcil droit. La *cicatrice qui résulte de la trépanation* a la forme d'une ligne parabolique, aboutissant en avant, à l'angle supéro-externe du frontal droit, répondant en arrière à une verticale rasant le bord postérieur de la mastoïde, à 8 cm., au-dessus du bord supérieur du pavillon. La corde de cette parabole mesure 11 cm., sa flèche 6 cm., la longueur de l'axe 16 cm. Dans l'espace circonscrit par cette ligne la paroi crânienne est déprimée. A la pression, le doigt enfonce très légèrement, mais ne tarde pas à percevoir une sensation de résistance dure, qui diffère cependant de la sensation de résistance que donne le tissu osseux.

Visage ovale, joues légèrement pendantes. Les arcades sourcilières sont nettement dessinées, recouvertes de sourcils blonds assez abondants, ne se rejoignant pas à la racine du nez. Cils plus foncés que les sourcils; pas de blépharite. Orbites normales. (Les yeux n'ont pas été examinés en détail). Nez droit camus, assez volumineux. Odorat troublé ; ne reconnait pas les odeurs, ne distingue même pas les bonnes odeurs des mauvaises, ainsi elle trouve que la solution d'assa fœtida sent le vinaigre.

Pommettes normales; bouche un peu entr'ouverte; lèvres épaisses, légèrement éversées en dehors; la lèvre inférieure est plus épaisse. Palais en ogive. Langue normale ; pas de végétations adénoïdes ; amygdales normales. Mastication et déglutition régulières. Menton avec une petite fossette sur la ligne médiane. Pas de prognathisme. Oreille externe : pavillon aminci à la partie supérieure, non ourlé; ouïe affaiblie. Grincements de dents.

*Cou :* circonférence, 28 cm. — Corps thyroïde perceptible.

*Membres supérieurs :* attitude, sensibilité et motricité normales. Pas d'onychophagie.

*Membres inférieurs :* la malade ne peut demeurer plus de quelques secondes dans la station debout; dès qu'on l'abandonne, elle tombe. Si, dans la station verticale, elle est soutenue sous les aisselles, elle marche, mais cette marche est incertaine, vacillantte ; l'enfant avance, les genoux fléchis légèrement, elle semble courir après son centre de gravité et pose le talon d'abord sur le sol. Etant assise, elle exécute

assez bien avec ses jambes les mouvements commandés. Elle n'éprouve pas de douleurs dans les membres inférieurs. Réflexe rotulien plus fort à droite. Pas de réflexe cutané plantaire. — La *sensibilité* est conservée dans tous ses modes. Pas de malformations pathologiques ou congénitales.

*Thorax* régulièrement conformé. Rien de caractéristique à l'examen des poumons, ni à l'examen du cœur.

*Ventre* légèrement proéminent, paroi grasse, épaisse, mais souple. L'examen de l'abdomen ne révèle rien de particulier.

L'intelligence est peu éveillée. L'enfant parle assez bien.

1899. — *Puberté.* Aisselles, thorax, ventre, fesses, pénil, glabres. — Grandes lèvres assez épaisses. — Les petites lèvres ne dépassent pas les grandes lèvres. — Clitoris, normal. — Hymen annulaire. — Seins, diamètre transversal 13 cent., vertical 11 cent.. — Aréole rose.

1er *août.* — L'enfant est tombée hier, étant assise, la face contre terre, on ne sait pourquoi. Elle a crié après, s'est débattue, remuait bien les bras et les jambes ; à la suite, écoulement de sang par la bouche et par le nez. L'enfant, examinée ce matin, présente du gonflement du nez et des paupières, l'empêchant d'ouvrir les yeux; la pression est douloureuse au niveau du nez, non au niveau de l'orbite. Pas d'écoulement par les oreilles. L'écoulement de sang par le nez ayant été abondant, on pense à une fracture des os du nez, que la palpation ne révèle pas cependant. Pas de paralysie des membres inférieurs ni supérieurs.

17 *août.* — Ecchymose des paupières; gonflement de la face moins marqué. Cette ecchymose envahit les régions où il n'y a pas eu contact avec le sol, ce qui fait toujours penser à une fracture qui siégerait à la racine du nez, et que la palpation pourtant ne révèle pas. La rhinoscopie n'est pas pratiquée, n'ayant pas ce qu'il faut. On prescrit des applications de compresses humides sur le visage. — L'enfant a bien dormi hier, elle boit bien son lait.

20 *août.* — Même état. L'ecchymose est un peu plus étendue au niveau des paupières; l'œdème n'est pas plus considérable.

21 *août.* — L'enfant, qui était très abattue cette nuit et causait peu, est morte à 11 heures du matin, sans spasme, sans crises, avec une température rectale de 37°,5.

*Température après décès.*

| | |
|---|---|
| 1/4 d'heure après la mort | 37° |
| 1/2 heure après la mort | 36° 6 |
| 1 heure après la mort | 35° 8 |
| 2 heures après la mort | 33° |
| 8 heures après la mort | 22° |
| Température de la salle | 22° |

**Autopsie** faite le 22 août à 3 heures de l'après-midi, soit 27 heures après décès.

TÊTE. — *Crâne*: il a une forme ovoïde à peu près tout à fait régulière, il est très mince. Au niveau de la partie antérieure du pariétal droit, empiétant d'un centimètre sur le frontal, à un centimètre ou deux de la suture fronto-pariétale, existe la *brèche* de la *craniectomie*, obturée par une membrane, qui se confond d'une part avec le péricrâne et adhère, d'autre part, intimement à la dure-mère. Les *os du crâne* au pourtour de la membrane sont épaissis et forment comme une sorte de bourrelet (1). La membrane, qui ferme maintenant la brèche, a été déchirée à son centre quand on a enlevé la dure-mère. Cette membrane est très mince jusqu'à 5 ou 6 m/m du pourtour osseux où la transformation en os la rend un peu plus épaisse. (*Fig.* 1.)

La perte de substance osseuse a une forme ovalaire et environ 5 cent. de longueur sur 3 cent. de largeur. Les *sutures* sont fines et sans aucune trace de synostose. Les différentes fosses de la base du crâne sont symétriques. La glande pituitaire paraît normale. Les différentes parties de la base de l'encéphale, nerfs, artères, etc., sont symétriques. La glande pinéale n'offre rien de particulier.

*Cerveau.* — Il présente des lésions de *méningite chronique*. A la base du cerveau, on observe une *infiltration purulente, blanchâtre*, résultant de l'épaississement de la pie-mère qui prédomine au niveau du chiasma optique, englobant les bandelettes optiques, le chiasma, les nerfs optiques, les nerfs olfactifs, ceux-ci et ceux-là sont comprimés et manifestement atrophiés, surtout les nerfs optiques. Les vaisseaux également sont compris dans cette sorte de fausse membrane, qui s'étend en arrière sur le cervelet et les pédoncules cérébraux, qui rayonne encore vers les vallées de Sylvius, et la convexité du cerveau. (*Fig.* 2.)

Sur la face convexe des hémisphères, en effet, la *pie-mère* est aussi épaissie, d'aspect blanchâtre laiteux; elle adhère à l'écorce cérébrale qu'elle entraîne quand on veut l'enlever. Ces lésions de méningo-encéphalite sont surtout marquées dans les régions rolandique et sylvienne. *Il n'y a pas d'hydrocéphalie.*

*Hémisphère droit* (600 gr.). Les scissures de Rolando et de Sylvius sont bien visibles, quoique comblées par l'exsudat. Le *lobe frontal* est très développé. La circonvolution de Broca

(1) Dans certains cas le bourrelet qui existe autour de la brèche est bien plus saillant.

ne se continue pas avec la frontale ascendante qui est bien visible. Les circonvolutions du *lobe temporal* ne sont distinctes qu'en avant. Le *lobe occipital* est petit.

*Hémisphère gauche* (550 gr.). La scissure de Sylvius est

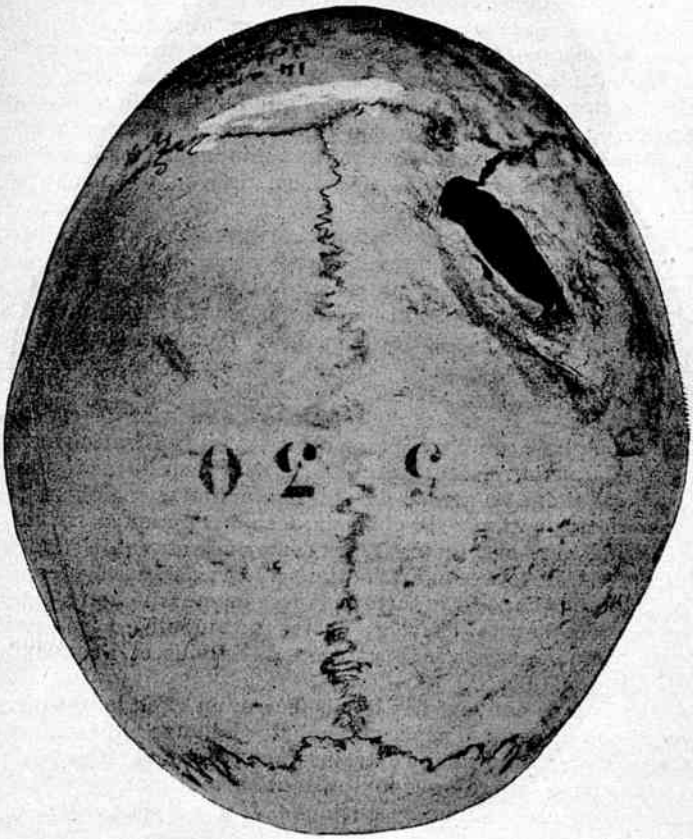


*Fig.* 16. — Crâne de Dan... (Réduction en largeur de 14 cent. à 85 mm., en longueur de 16 cent. à 10 c., 5.)

courte. Les circonvolutions frontales sont peu distinctes, la circonvolution de Broca peu plissée. — Il n'existe pas de pli de jonction entre la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes qui sont irrégulières. La 1re

circonvolution temporale est petite. C'est surtout sur cet hémisphère gauche que prédominent les lésions de méningite et même sur sa face interne.

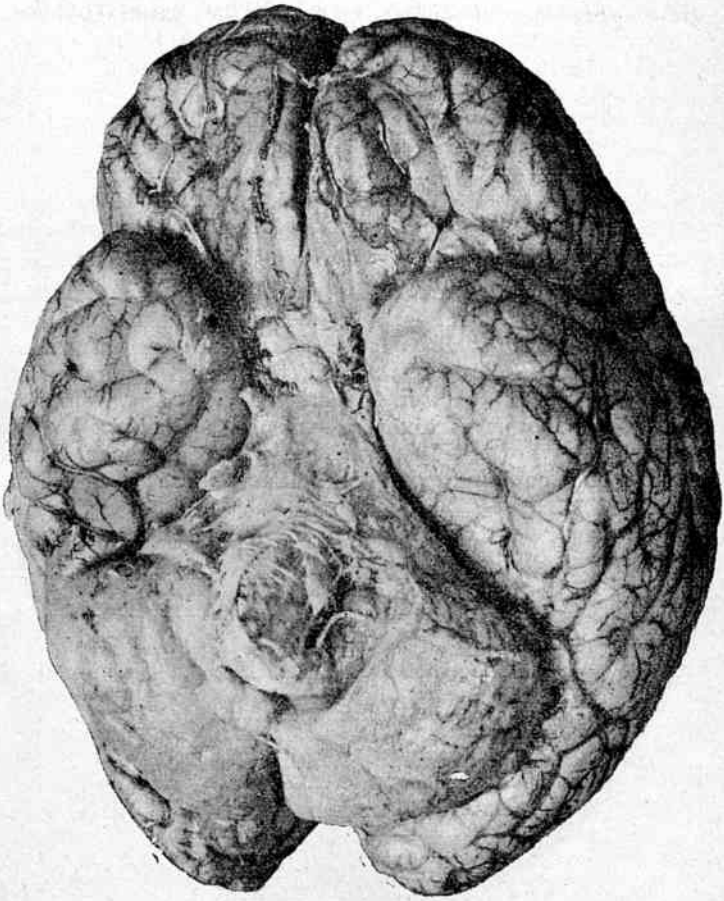


*Fig.* 2. — *Base du cerveau* de Dan..., (Réduction en largeur de 17 cent. à 11; en longueur de 13 cent. 5 à 9). Cette figure montre nettement les lésions décrites.

*Cervelet.*— Surface congestionnée, recouverte d'une pie-mère, ayant l'aspect d'une fausse membrane vitreuse.

Les *coupes* pratiquées sur les *hémisphères cérébraux* et *cérébelleux* n'ont fait découvrir aucune tumeur.

*Cou* et *Thorax*. — Persistance du *thymus* qui forme une lame mince, très nette. *Corps thyroïde* normal. *Cœur*: cœur droit un peu dilaté ; les parois du ventricule gauche sont minces. Pas de persistance du trou de Botal, pas de lésions valvulaires. — *Plèvres* : adhérences récentes de toute la plèvre gauche. Adhérences assez nombreuses de la plèvre droite, mais plus anciennes. *Poumon gauche* : congestion intense de ce poumon ; on constate dans les lobes d'assez nombreux *turbercules* ayant tous subi une évolution *scléreuse* ou *crétacée*.— *Poumon droit* : congestion très intense du lobe supérieur qui est volumineux. Le lobe moyen est moins congestionné, tandis que le lobe inférieur est encore le siège d'une congestion intense. Ce poumon ne présente pas de turbercules.— Les *ganglions du médiastin* sont un peu tuméfiés.

*Abdomen*.— *Foie* assez volumineux ; léger degré de dégénérescence graisseuse. Pas de calculs dans la vésicule biliaire. *Rate* diffluente. *Pancréas, capsules surrénales, reins*, aucune lésion apparente. *Estomac, intestins*, rien de particulier. *Colon* très dilaté. *Cœcum, appendice*, normaux. *Péritoine* sain. *Vessie* rien de particulier. — *Organes génitaux parfaitement développés*. — Les *ovaires*, de la grosseur d'une amande, sont comme ceux d'une femme pubère ; il en est de même de *l'utérus*.

*Causes de la mort* : *Congestion pulmonaire, méningo-encéphalite chronique de la base.*

*Poids des organes* :

| | |
|---|---|
| Encéphale | 1275 gr. |
| Hémisphère cérébral droit | 600 — |
| — — gauche | 550 — |
| Hémisphère cérébelleux droit | 50 — |
| — — gauche | 52 — |
| Bulbe et protubérance | 23 — |
| Liquide céphalo-rachidien | petite quantité. |
| Moelle épinière | 40 — |
| Corps thyroïde | 17 — |
| Thymus | 11 — |
| Cœur | 170 — |
| Poumon droit | 265 — |
| — gauche | 205 — |
| Foie | 780 — |
| Rate | 90 — |
| Rein droit | 90 — |
| Rein gauche | 85 — |

RÉFLEXIONS. — I. *Excès de boisson* habituels, *paludisme* du père ; — *excès de boisson* et *paralysie* du grand'père paternel. Peut-être, léger *éthylisme* de

la mère ; — *convulsions* de l'enfance chez une tante maternelle qui est *myope*, et chez son fils, qui a un *torticolis* ; — *convulsions* chez un autre cousin ; — *méningite* mortelle chez un frère, voilà pour l'*hérédité* (1).

II. A l'époque de la *conception*, le père était alcoolique depuis longtemps, mais elle n'aurait pas eu lieu en état d'ébriété. — Durant la *grossesse*, la mère prenait une quantité exagérée de *café*. — Le *strabisme* à la naissance, affirme-t-on, la propreté tardive (2), le caractère triste, irritable, semblent indiquer un *état congénital*. Jamais de convulsions. Écolage convenable. En somme, l'enfant, jusqu'à 12 ans, aurait été à peu près *normale*.

III. La maladie aurait débuté à 12 ans : marche trébuchante, étourdissements, sommeil mauvais, réveils avec cris, envies de vomir, constipation prononcée, douleurs dans le cou, autant d'accidents qui pouvaient faire craindre une *méningite*.

A 13 ans, marche de plus en plus difficile, embarras de la parole, cécité de l'œil droit en trois jours (?), parésie faciale gauche (?), céphalées intenses, vomissements alimentaires et bilieux, parésie de la jambe droite et réflexe rotulien exagéré de ce côté ; enfin cécité à gauche et douleurs dans le cou.

IV. Telle était la situation de Dan... quand elle est entrée à l'hôpital St-Antoine, dans le service de notre ami le professeur Brissaud. Un mois après, bien qu'il y ait eu hésitation sur le diagnostic et en vue de décomprimer le cerveau, M. Monod a pratiqué (20 mai 1898) la *craniectomie* sur le *côté droit*. (*Fig.* 1.) Cette opération n'a déterminé qu'une très médiocre atténuation des symptômes. En novembre, l'enfant

(1) Il n'y aurait jamais eu de tuberculeux dans les deux familles.
(2) Nous mentionnons toujours l'âge de propreté bien qu'il n'ait qu'une importance secondaire parce qu'il peut être retardé par l'insouciance des parents.

sort de l'hôpital pour entrer quelques mois plus tard dans notre service à la Fondation Vallée (juillet 1899).

V. L'état de la malade restait alors le même. Le 1er août, étant assise, elle tomba la face contre terre, se faisant une forte contusion avec épistaxis abondante, sans qu'on ait pu constater de fracture (1) et le 21 août elle succomba.

VI. La *température* a été prise dans le service de M. Ch. Monod, le 24 mai, *jour de l'opération* : elle était de 38°, 2, puis, de là jusqu'au 30 mai, elle a baissé progressivement (36°, 8). Du 31 mai au 5 juin, elle est remontée peu à peu (39°, 3), pour osciller ensuite du 6 au 14 juin entre 37°, 3 et 38°, 6. Enfin, du 15 juin au 12 juillet elle s'est maintenue entre 37° et 37°,6. Une seule fois, elle atteignit 37°, 8.

Durant les cinq premiers jours de son entrée elle a été de :

*Température à l'entrée.*

| | | | Matin. | Soir. |
|---|---|---|---|---|
| 17 | juillet | 1er jour ..... | — | 37°,4 |
| 18 | — | 2e — ..... | 37°,2 | 37°,3 |
| 19 | — | 3e — ..... | 37°,3 | 37°,4 |
| 20 | — | 4e — ..... | 37°,1 | 37°,4 |
| 21 | — | 5e — ..... | 37°,3 | 37°,4 |

Contrairement à notre recommandation de toujours prendre la température quand il survient un accident, elle n'a pas été notée dès le moment de son *traumatisme* mais seulement le 15 au soir (38°,6). A partir de là jusqu'à la mort on a constaté :

| | | | Soir. | Matin. |
|---|---|---|---|---|
| 16 | août | 1899 ..... | 38° | 38°,3 |
| 17 | — | — ..... | 37°,6 | 38° |
| 18 | — | — ..... | 37°,9 | 37°,8 |
| 19 | — | — ..... | 38°,6 | 38°,3 |
| 20 | — | — ..... | 37°,8 | 37°,5 |
| 21 | — | — ..... | 37°,6 | 37°,5 |

(1) L'*emploi* du *thermomètre* pourrait rendre de très grands services aux médecins militaires, pour déjouer les simulateurs, et surtout pour ne pas renvoyer à la caserne (au lieu de les envoyer à l'hôpital) des soldats *vraiment malades*.

Cette dernière au moment de la mort.

Tous ces chiffres montrent que, d'une façon générale, la température ne serait pas élevée dans la *méningite chronique*. — Le *poids* à l'entrée était de 34 kilogr., à la mort de 33 k. 100.

VII. Les détails dans lesquels nous sommes entrés dans la relation de l'autopsie, en particulier sur le *crâne* et sur le *cerveau*, nous dispensent d'insister de nouveau. La *fig.* 2 met bien en évidence, la prédominance des lésions dans la région du chiasma, des nerfs optiques et olfactifs. Rappelons que l'*hémisphère cérébral gauche* pesait 50 gr. de moins que le droit, différence que l'on peut attribuer à la prédominance des lésions de ce côté et partant à une compression et une atrophie plus intenses de cet hémisphère.

### Observation II.

Sommaire. — *Père, a quitté sa femme depuis 12 ans; caractère très emporté. — Deux tantes paternelles myopes. — Mère migraines. — Grand'mère maternelle, morte d'une tumeur abdominale. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans. (Père plus âgé.)*

*Misère au moment de la conception et de la grossesse. — A la naissance, enfant chétif, asphyxié. — Première dent à 10 mois. Dentition complète à 2 ans. — Propreté et marche à 10 mois. — Parole à 15 mois. — Convulsions de 7 à 15 mois, intéressant surtout les yeux. — Affaiblissement progressif de la vue. — Cécité au bout de 2 ans. — Tremblement des mains à partir de l'âge de 15 ans. — Tumeur blanche du genou gauche. — Affaiblissement des membres inférieurs à l'âge de 15 ans, puis du bras droit. — Rougeole, rachitisme. — Cachexie; escarres. — Mort de tuberculose.*

*Autopsie. — Méningite; — Tubercules miliaires du poumon.*

Spuisme.... (Marcel), né à Paris en 1889, entré à Bicêtre, le 14 mars 1905, y est décédé le 30 mars.

**Antécédents héréditaires.** *(Renseignements fournis par sa mère.)* Père, 45 ans, marchand ambulant; né à Varsovie; israélite. Se marie à Paris. Excès vénériens; était coureur; ne s'accordait pas avec sa femme; l'a quittée il y a 12 ans

et, depuis, on ne sait ce qu'il est devenu, s'il est mort ou vivant; pas de convulsions, pas de fièvre typhoïde, nul indice de maladies vénériennes. Ne buvait pas. N'était pas tuberculeux. [Son *père* est mort de vieillesse. — Sa *mère* est bien portante. — Sur ses *grands-parents*, pas de renseignements. — Une *tante paternelle* est morte *aveugle;* sa cécité ne datait pas de l'enfance. — Cinq *sœurs* toutes très *myopes;* l'une particulièrement voyait à peine; on ne sait si elles ont eu des enfants. — Dans le reste de la famille on ne connait rien de particulier.]

MÈRE, 42 ans, née en Russie, est à Paris depuis l'âge de 8 ans; mariée à 18 ans. Marchande de fleurs. Réglée à l'âge de 12 ans. Fièvre typhoïde à 12 ans, bénigne, pas de délire, ni de perte de la mémoire à la suite. Pas de convulsions dans l'enfance, pas de chorée, pas de rhumatismes, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Caractère plutôt calme. Elle a souvent la *migraine* depuis l'âge de 30 ans; les migraines reviennent au moment des règles, tantôt avant, tantôt après, accompagnées de douleurs à la tempe gauche ou à l'occiput; pendant ses migraines, elle a parfois un petit point noir devant les yeux, pas de nausée. *Elle assure que durant ses grossesses pendant lesquelles les règles cessaient, elle n'avait plus ses douleurs de tête, ni pendant l'allaitement*; elles reparaissaient au retour des règles. Cette suspension semblerait indiquer le caractère migraineux de ces accidents.

Son *père* a 73 ans, bien portant. — Sa *mère* est morte à 70 ans d'une tumeur dans le ventre.—*Grands parents maternels* morts âgés également. — *Oncles* et *tantes* nombreux et bien portants, ils habitent la Pologne; on ne sait si leurs enfants sont atteints d'affections nerveuses. — 4 *sœurs* : 1re 45 ans, 7 enfants vivants et en bonne santé, aucun n'a eu de convulsions ; pas de morts; — 2e a 3 enfants vivants, pas de convulsions, un autre est mort de diarrhée infantile; — 3e a 2 enfants bien portants; — 4e n'a pas d'enfants.

La mère du malade est la deuxième des enfants. — Dans le reste de sa famille, nous n'avons rien à signaler, en particulier pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de difformes, pas de tuberculeux. Il n'y a pas eu non plus de méningite.

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans. (Père plus âgé).

Deux *enfants* (pas de fausse couche) : 1° notre malade; — 2° un garçon âgé de 12 ans, né à terme, n'a pas de convulsions, expression intelligente.

**Notre malade.** — *Conception :* misère, discussions entre le père et la mère. *Grossesse*, beaucoup de misère à cause du mari, la mère n'avait pas toujours de quoi manger; elle a eu

des *frayeurs* plusieurs fois ; pas d'envie, elle était ennuyée de se voir enceinte, à cause du caractère de son mari, pas de tentative d'avortement, pas de maladie infectieuse, ni d'intoxication dans le cours de la grossesse, pas d'albuminurie. Elle a senti remuer à 5 mois, mais, dit-elle, les *mouvements* étaient *moins forts* qu'à ma seconde grossesse. — *Accouchement* à terme, normal, par le sommet, en 3 heures. — A la *naissance*, l'enfant était chétif, violacé, et la *cyanose* persista pendant 3 ou 4 jours. Premier cri accompagné de stridor. — *Allaitement mixte*, en partie par le lait de la mère, en partie par le lait de vache, sevré à 11 mois. Pendant 3 mois, il aurait eu des *accès de cris plaintifs*. Première dent à 10 mois, a souffert beaucoup à ce moment, mais n'a pas eu de convulsions; dentition complète à 2 ans. Propre à 10 mois. Parole à 15 mois. Vers l'âge de 2 ans, c'était un très bel enfant, dit la mère.

De l'âge de 7 mois à l'âge de 15 mois, l'enfant eut des *mouvements convulsifs des globes oculaires*, par accès « ses yeux dansaient ». Il s'agit probablement de nystagmus, et non de convulsions, comme le dit la mère. Ces accès revenaient 2 à 3 fois par jour; les globes oculaires se portaient en haut, laissant à découvert la sclérotique.

Il était d'un caractère plutôt gai. Il n'avait pas de mauvais instincts, n'était ni voleur, ni gourmand ; pas de pyromanie, pas de salacité, pas d'onanisme. Il mangeait proprement, les fonctions digestives se faisaient normalement, ainsi que les fonctions respiratoires et circulatoires. Il n'a pas eu d'affection de ces appareils. Les sens de l'ouïe, de l'odorat et du goût étaient normaux, ainsi que celui de la vue jusqu'à l'âge de 11 ans. Ses sentiments affectifs étaient développés. Au point de vue intellectuel, c'était un *enfant normal* jusqu'à l'âge de 14 ans. Il est allé à l'école de 6 à 10 ans, était intelligent, avait appris à lire, à écrire, à compter. Le sommeil était normal, sans cauchemars, en somme, il était semblable, intellectuellement, aux enfants normaux de son âge.

Il n'eut comme maladie infectieuse que la *rougeole* à l'âge de 3 ans ; il était nettement *rachitique* dans l'enfance ; il n'existe plus de traces du rachitisme antérieur. Pas d'accidents scrofuleux, pas de traumatisme céphalique. L'enfant ressemble plutôt à sa mère physiquement.

A l'âge de six ans, il commence à *traîner la jambe gauche*, puis une tumeur blanche du genou gauche apparaît. Il est soigné 2 ans à Paris. Le membre inférieur droit et les membres supérieurs étaient normaux. A l'âge de 11 ans, il a été envoyé à Berk-sur-Mer, où il resta pendant 2 ans (?) à l'hôpital Rothschild : c'est au moment de son entrée à Berck que *la vue commence à baisser* (12 ans) et il devient complètement aveugle en

l'espace de deux ans, pendant son séjour à Berck. Au moment où la vue s'affaiblissait, il aurait eu de la fièvre et du délire mais pas de vomissements, pas de grincements de dents. Il n'a jamais eu de fistules au genou gauche.

A l'âge de 15 ans, c'est-à-dire en 1904, la *jambe droite s'affaiblit*, elle plie sous le poids du corps de l'enfant; en même temps, le *bras droit s'affaiblit aussi*, et devient de plus en plus maladroit, jusqu'à l'impotence. On assiste alors à une *déchéance complète* de toutes les fonctions. Il ne peut manger tout seul et devient *gâteux*. Il est triste; les sentiments affectifs disparaissent, il reconnaît à peine ses parents; l'intelligence baisse progressivement, il pleure sans cesse; le sommeil est entrecoupé de cauchemars; la parole devient nasonnée, et impossible au début de 1905.

Du côté droit, c'est-à-dire du *côté paralysé*, apparait du *tremblement* continuel; puis les jambes et les bras des deux côtés sont animés par intervalles de *secousses convulsives* sans prédominance du côté paralysé.

En février 1905, les membres deviennent de plus en plus rigides. — En mars 1905, il est admis à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr LANDRIEUX.

Le 14 mars 1905, il entre dans notre service à Bicêtre, avec un certificat de M. le Dr Landrieux comportant: « est atteint d'idiotie avec cécité et crises convulsives depuis de longues années», et un certificat de M. le Dr Magnan, de l'Asile clinique Sainte-Anne), mentionnant: « est atteint d'idiotie avec paralysie et contracture. atrophie papillaire ».

*Température à l'entrée.*

| | | Matin. | Soir. |
|---|---|---|---|
| 14 mars ..... | 1er jour ..... | » | 37°,3 |
| 15 — ..... | 2e — ..... | 38°,2 | 39°,1 |
| 16 — ..... | 3e — ..... | 38°,8 | 39°,7 |
| 18 — ..... | 4e — ..... | 37°,6 | 37°,6 |
| 19 — ..... | 5e — ..... | 38°,5 | 38°,7 |

**État du malade** (29 *mars* 1905). — Physionomie sans expression aucune, parfois grimaçante ce qui est dû à la douleur. État général mauvais. Pâleur des téguments. Émaciation considérable surtout à la face et aux membres. Peau blanche, malpropre. Poids 30 k. 300.

*Tête.* — Cheveux châtains, bien implantés, sans épis ni tourbillons médians; les cheveux descendent très bas dans le cou; corps glabre; petits ganglions sous-angulo-maxillaires et le long du bord postérieur du sternocléidomastoïdien; quelques boutons d'acné sur le front. *Tête* brachycéphale, symétrique; bosses peu saillantes; fontanelles oblitérées.

*Face.* Visage très allongé, arcades sourcilières peu saillantes; sourcils noirs, épais, se rejoignant sur la ligne médiane; cils longs, noirs; orbites profondes. *Yeux* enfoncés, mobiles dans tous les sens; pas de strabisme; pas de paralysies musculaires; *nystagmus* à peu près constant. Iris très gris. Pupilles dilatées, inégales, la droite plus grande que la gauche. Réaction à l'accommodation impossible à rechercher. Les pupilles sont insensibles à la lumière, mais une lumière approchée fait fermer les yeux. *Cécité complète.* — Nez long, droit, lobule épais. Odorat impossible à explorer. Pommettes très saillantes; joues creuses. Bouche constamment ouverte. *Lèvre* supérieure recouverte d'un léger duvet, assez épaisse; lèvre inférieure glabre, plus mince. — *Langue* très sale, trémulante. *Palais* normal. — *Dentition* : quelques caries dentaires; nanisme des incisives, articulation mal établie; gingivite tartrique; maxillaires suffisamment développés. — *Menton* carré, très saillant par rapport au maxillaire supérieur. — *Oreilles* longues, collées au crâne; hélix et anthélix assez saillants, tragus petit, laissant largement à découvert le conduit auditif externe; antitragus peu saillant, conque profonde, étroite. Lobule épais et adhérent. Petit tubercule de Darwin. *Audition* normale, paraissant égale des deux côtés. — *Cou :* circonférence 27 cent.. Il est très mince et d'une longueur exagérée. Le cartilage thyroïde fait une saillie très appréciable. Corps thyroïde normal.

*Membres supérieurs* animés d'un *tremblement intermittent*, plus marqué, semble-t-il, à gauche. Les membres supérieurs, comme les inférieurs, sont très amaigris et remarquables par leur longueur; l'allongement porte sur tous les segments, bras, avant-bras, mains, doigts. Il y a un léger degré de *contracture* plus marqué à droite, mais on arrive facilement à la vaincre. Les mouvements des jointures sont limités; on ne peut arriver à mettre l'avant-bras en extension complète sur le bras, bien que la flexion soit normale. Masses musculaires atrophiées partout; réflexes normaux. Pas d'onychophagie.

*Membres inférieurs.* Marche impossible; l'enfant debout appuie seulement la pointe du pied sur le sol; ne fait aucun effort pour se tenir debout, et tomberait si on ne le maintenait pas. Lorsqu'il est couché, ses membres inférieurs sont fléchis dans tous les segments, la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin. Le membre droit est plus fléchi que le gauche. Les mouvements spontanés sont possibles, mais lents. Réflexes achilléens et rotuliens faibles à gauche, abolis à droite. Pas de signe de Babinski : l'enfant crie quand on

excite la plante du pied, mais ne fait aucun mouvement des orteils en flexion ou en extension. Contracture plus marquée à droite; au genou gauche, pointes de feu cicatrisées qui témoignent de la tumeur blanche ancienne; extension limitée. Les *mensurations* des membres indiquent qu'il n'y a aucune différence entre les deux côtés du corps.

L'enfant porte des *escarres*. A gauche, escarre au niveau de l'ischion, de 3 cm. 1/2 sur 2 cm. 1/2, à bords épais, décollés, à fond creux, rouge, jaunâtre par places. De chaque côté, on voit des plaques noirâtres qui vont se détacher à leur tour. Du côté droit, large bande nécrotique au niveau du grand trochanter, de 8 cm. sur 3 cm. 1/2. S... présente encore une escarre sacrée, de 7 sur 4 cm., très profonde surtout à la partie supérieure, mais n'atteignant pas le sacrum. En bas, elle se prolonge à droite. Le pied droit présente des troubles trophiques, est violacé, très froid, et à peu près insensible.

*Thorax* très allongé, chapelet costal. En avant, de chaque côté du sternum, il présente un méplat très marqué. Respiration normale. Percussion des *poumons* : en avant submatité à gauche. Auscultation : respiration rude, expiration prolongée en arrière des 2 côtés. — *Cœur* normal (?). — *Colonne vertébrale* rigide : les apophyses épineuses sont saillantes, à cause de l'amaigrissement des masses musculaires.

*Abdomen* excavé, en bateau. *Foie, rate*, normaux. *Région anale*, poils longs et noirs.

*Puberté*. Poils aux aisselles et sur la face postérieure du thorax, sur le ventre et les fesses, sur le pénil. Verge longue de 7 cent. ; 7 cent. 1/2 de circonférence. Testicules gros comme un œuf de pigeon, descendus dans les bourses. Circoncision (israélite).

*Fonctions digestives, déglutition difficile.* — *Fonction respiratoire*, respiration superficielle. — *La sensibilité* au contact, à la température, à la douleur, paraît normale. — *Intelligence* très affaiblie ; l'enfant prononce quelques mots inintelligibles.

16 *mars*.— Maigreur squelettique. Sommeil très agité, cris perçants et plaintifs. L'enfant se calme vers le matin et est tranquille dans la journée. Chloral ; Todd, poudre de Lucas-Championnière.

20-23 *mars*.— Appétit médiocre, mastication à peu près nulle, pas de vomissements, selle quotidienne.— L'enfant parle presque à voix basse ; fait des phrases : « moi, j'ai soif, moi je veux du lait. » Il dit des grossièretés à quiconque s'approche de son lit : « vache, cochon, putain. » Il a constamment les mains sous la couverture pour se livrer à l'onanisme et

gratter ses plaies. Le chloral a calmé l'agitation.— Aucun trouble vaso-moteur de la face, qui est d'une pâleur cadavérique.

24-30 *mars*. — S.. a la manie de porter ses doigts à ses lèvres et de s'arracher la muqueuse. Sauf la vue, qui est nulle, les autres sens paraissent normaux.

L'enfant s'affaiblit de plus en plus, les escarres se creusent et s'étendent. Il meurt le 30 mars 1905.

Nous avons transcrit plus haut (p. 109) la *température des cinq premiers jours de l'admission*. Comme elle était élevée, on a continué de la prendre chaque jour. Voici sa marche :

| | Matin. | Soir. | | Matin. | Soir. |
|---|---|---|---|---|---|
| 17 mars..... | 37°6 | 37°7 | 24 — .... | 38°1 | 38°4 |
| 18 — .... | 38°5 | 38° | 25 — .... | 38° | 38°5 |
| 19 — .... | 37°5 | 38° | 26 — .... | 38°6 | 38°2 |
| 20 — .... | 37°6 | 37°4 | 27 — .... | 38°2 | 38°7 |
| 21 — .... | 37°6 | 38°3 | 28 — .... | 37°5 | 38°7 |
| 22 — .... | 38°6 | 38°6 | 29 (1) — .... | 38°2 | 40° |
| 23 — .... | 38°6 | 38° | | | |

La *température après la mort* a été la suivante :

| | |
|---|---|
| Température à la mort (*minuit et demi*)..... | 42°, |
| 1/4 d'heure après ..... | 41°,7 |
| 1/2 heure après ..... | 41°,4 |
| 2 heures — ..... | 39° |
| 4 — — ..... | 36°,1 |
| 5 — — ..... | 33° |
| 6 — — ..... | 31°,3 |
| 8 — — ..... | 28° |
| 10 — — ..... | 22° |
| 12 — — ..... | 14° |

T. de la chambre : 10°

Poids à l'entrée : 30 kgs. 300; après décès : 25 kgs. 600. (Amaigrissement rapide.)

**Autopsie faite le 31 mars 1905.** — *Tête.* — *Cuir chevelu* très mince. Liquide céphalo-rachidien peu abondant. — *Crâne* assez dur, épais, un peu ovoïde, lourd; frontal aplati, rectiligne, assez épais. La coupe de la voûte montre que le frontal est notablement épaissi (9 mm. à d. et 8 à g. Le pariétal d. 5 mm. et le g. 3 mm.; l'occipital d. 4 mm. et 3 à g.). Toutes les *sutures* persistent et sont finement dentelées. Pas d'os wormiens. Plaques transparentes au niveau de l'angle antéro-supérieur du pariétal droit. — *Dure-mère*, rien de particulier. Les fosses de la base du crâne sont symétriques. Glande pituitaire d'apparence normale.

*Cerveau.* L'artère communicante postérieure gauche est

(1) A 6 heures du soir

un peu plus petite que la droite. La séparation des hémisphères cérébelleux montre la coupe de l'arbre de vie un peu indurée. Quatrième ventricule : rien de particulier. Les *nerfs* de la base de l'encéphale sont symétriques. *Les nerfs optiques sont très atrophiés, gris, vitreux, durs; ils paraissent égaux. Les bandelettes optiques sont encore plus atrophiées que les nerfs.* Les tubercules mamillaires sont égaux.

*Hémisphère droit.* Sur la face convexe, la *pie-mère* est opaque, très épaissie, blanchâtre, avec des traînées purulentes; l'épaississement est général. Sur la face interne, il existe aussi de la *méningo-encéphalite* intéressant la partie antérieure de la première frontale et de la circonvolution du corps calleux. — Le lobule paracentral et le lobe occipital sont indemnes sur la face interne, la *méningo-encéphalite* occupe surtout le lobe frontal, le pied de $F^3$, Pa, Fa, le pli pariétal inférieur, le pli courbe, et, par places, les trois circonvolutions temporales, c'est-à-dire les circonvolutions avoisinant le sillon de Rolando et la scissure de Sylvius.

*Hémisphère gauche.* Les lésions de la *pie-mère* sont les mêmes, et sont prédominantes sur la région sensitivo-motrice, gagnant la région basilaire. Le *ventricule latéral gauche* est notablement plus dilaté que le droit. — *Pas de granulations miliaires.*

*Cou et thorax.* — *Thymus.* Se présente sous la forme de deux lobes allongés, sur 5 cm. de long sur un centimètre et demi de largeur.— *Corps thyroïde* peu volumineux.—*Cœur.* On est frappé tout d'abord par l'augmentation de volume du cœur gauche dont les parois sont manifestement hypertrophiées. Les orifices ne présentent pas de lésions. Le cœur droit a des parois minces, tapissées par des caillots fibrineux. — *Poumons.* La plèvre du côté droit présente au sommet des adhérences assez résistantes, et non du côté gauche. Le poumon gauche est noir, congestionné au sommet ; on n'y trouve pas de noyaux tuberculeux. Il existe de nombreux *tubercules miliaires,* mais il n'y a pas de foyer de tuberculose circonscrite, les granulations sont généralisées à tout le poumon. — Le *poumon droit* est moins congestionné que le gauche.

*Abdomen.* — Le *Foie* présente à sa surface des marbrures jaunâtres qui témoignent de la dégénérescence graisseuse. — *Capsules surrénales* normales. — *Reins, gauche :* congestionné, se décortique difficilement. De nombreuses étoiles vasculaires existent à sa surface; *droit :* moins congestionné, se décortique plus facilement.—*Pancréas* normal.—*Estomac* dilaté.— *Cœcum* distendu par les gaz. L'*appendice* a 5 cent.

de longueur.— *Intestins, vessie* normaux. Quelques ganglions sous le mésentère.

CAUSES DE LA MORT. *Méningite chronique*; *tuberculose pulmonaire*; congestion pulmonaire terminale.

*Poids des organes.*

| | | |
|---|---|---|
| Hémisphère cérébral droit | 000 | grs. |
| — — gauche | 000 | |
| Hémisphère cérébelleux droit | 45 | |
| — — gauche | 45 | |
| Cerveau | 860 | |
| Cervelet et isthme | 115 | |
| Moelle épinière | 30 | |
| Corps thyroïde | 7 | |
| Cœur | 160 | |
| Poumon droit | 230 | |
| — gauche | 170 | |
| Foie | 850 | |
| Rein droit | 80 | |
| — gauche | 80 | |
| Pancréas | 30 | |

RÉFLEXIONS. — I. A part la *myopie* chez cinq tantes paternelles; — la *migraine* chez la mère (?), nous n'avons à mentionner aucune autre tare héréditaire, ni de cas de *tuberculose* dans les deux familles, sur lesquelles, toutefois, nous n'avons que des renseignements insuffisants. (Père, *polonais*, mère, *russe*.)

II. Misère, ennuis, frayeurs durant la *grossesse*. — L'enfant était *asphyxié* à la naïssance et serait resté « bleu » pendant trois jours. De plus jusqu'à la fin du troisième mois, il eut des *accès* de *cris plaintifs*. Le terrain était donc préparé pour les accidents ultérieurs.

III. S.. n'aurait jamais eu de convulsions; toutefois, de 7 à 15 mois il aurait eu presque chaque jour des *mouvements convulsifs des yeux*. Etait-ce du *nystagmus intermittent* ou des *convulsions limitées* aux globes oculaires, nous n'oserions nous prononcer.

IV. Notons le *rachitisme* de l'enfance et une tumeur blanche du genou gauche à 6 ans.

V. La *méningite chronique* semble avoir débuté vers 11-12 ans : fièvre, délire passagers ; *affaiblissement de la vue* qui est perdue au bout de deux ans. — A 15 ans, *parésie* de la jambe, puis du bras, du côté droit.

Diminution progressive des *facultés* intellectuelles, des sentiments affectifs, du sommeil agité par des *cauchemars*, gâtisme.

La *déchéance physique* marche de pair avec la *déchéance intellectuelle*. La préhension devient nulle, du *tremblement* s'ajoute à l'*hémiplégie* du côté droit, des *secousses convulsives* se montrent dans les quatre membres qui, en 1905, sont pris de *contractures*. C'est dans cet état que l'enfant est arrivé dans le service, offrant une cachexie prononcée et de nombreuses *escarres*.

VI. Le tableau de la *température à l'entrée*, la mort quinze jours plus tard prouvent combien nous avions raison de demander qu'un examen minutieux soit fait avant l'envoi des malades d'un hôpital au bureau d'admission de l'Asile clinique, puis de l'envoi de cet asile dans un autre établissement.

Si la température avait été prise la veille du départ pour l'Asile clinique, on n'aurait pas transféré cet enfant, on lui aurait épargné des souffrances inutiles — sans compter les dépenses — on l'aurait laissé mourir tranquillement à l'hôpital.

VII. Les *symptômes cliniques* prédominaient à droite, les *lésions* à *gauche* : os du crâne plus épais de ce côté, dilatation du ventricule latéral, correspondant, artère communicante postérieure plus petite, etc. La méningo-encéphalite était plus étendue que dans l'Obs. I, mais, comme dans celle-ci, les lésions avaient leur maximum à la base, au niveau et au pourtour du chiasma et des nerfs optiques, *atrophiés* et *scléreux* à un degré très prononcé.

L'un de nos anciens internes, M. le Dr Crouzon, a bien voulu faire l'examen histologique du cerveau de ces deux malades. Voici les résultats de ses recherches.

**Examens histologiques** ; par le Dr Crouzon.

1° *Dani..* — Il a été prélevé sur le cerveau, au niveau de la 3e circonvolution temporale de l'hémisphère gauche et sur la protubérance un cube de substance nerveuse non décortiquée : la pie-mère était adhérente. L'examen par les colorations simples sans fixation, ni durcissement au bichromate de potasse, a montré dans les deux régions, et particulièrement au niveau de la région protubérantielle, l'existence d'une *méningite chronique* et d'un processus actuel en évolution : il existait un épaississement de la pie-mère avec symphyse méningo-corticale et méningo-protubérantielle, infiltration des cellules rondes dans la partie profonde de la méninge molle, cellules qui envahissent la substance nerveuse dans sa superficie ; mais en aucun point, il n'a été constaté de néoformations tuberculeuses. *Il ne s'agit donc pas d'une méningite tuberculeuse*, mais d'une *méningite chronique avec poussée subaiguë*.

2° *Spuis...* — Les *méninges molles* ont été prélevées au niveau de la 3e temporale du côté gauche. Elles n'étaient adhérentes à la substance nerveuse que par quelques points. L'examen pratiqué par les colorations simples a montré l'existence d'une infiltration cellulaire chronique dans l'épaisseur de la pie-mère, une péri-artérite légère, un processus fibreux dans les diverses couches de la méninge, mais il n'y a pas, comme dans le cas étudié comparativement (Dani...), d'infiltration abondante. Il n'y a pas de poussée subaiguë. D'autre part, *la recherche des lésions bacillaires a été absolument négative*. Il s'agit donc d'une *méningite chronique sans tuberculose*.

---

Les conclusions de M. Crouzon sont formelles. Nos deux malades étaient atteintes de *méningo-encéphalite chronique simple*, avec prédominance de la *méningite*, bien que tous les deux présentassent des lésions tuberculeuses des poumons.

---

# CLINIQUE MENTALE

## Dégénérescence mentale et maladie de Basedow ;

PAR LES Dr G. DROMARD ET J. LEVASSORT.

La fréquence des troubles mentaux chez les basedowiens a frappé de longue date les neurologistes, et l'on peut affirmer, sans trop d'exagération, qu'il n'y a pas de goitre exophtalmique sans troubles psychiques concomitants. Mais il n'est pas exceptionnel de voir les manifestations psychopathiques évoluer même pour leur propre compte et dominer le tableau clinique chez de pareils malades. Ces manifestations sont des plus variées et ne se rattachent en vérité à aucun type clinique défini. Ce sont des syndromes psychiques tantôt éphémères, tantôt durables, qui très souvent paraissent n'être liés à l'affection goitreuse que par des rapports éloignés et par conséquent discutables. Les commentaires qui complètent les observations étudiées par Hirschl, Mackensie, Robertson, Joffroy, Raymond, Ballet, Devay, Sérieux, etc... nous présentent les faits sous différents jours et l'on peut y rencontrer au total deux groupes d'interprétations.

Pour les uns, la folie dépend uniquement de l'affection goitreuse ; il y a entre l'une et l'autre une relation de cause à effet, et comme l'on s'accorde généralement à admettre que la seconde est sous la dépendance d'un trouble de la fonction thyroïdienne, on fait de la première une véritable psychose d'auto-intoxication. Pour les autres, la maladie de Basedow ne peut créer de toute pièce un état vésanique. Les troubles mentaux qui l'accompagnent sont sous la dépendance d'une névrose concomitante ou d'une psychose indépendante de son évolution.

La première interprétation, pour être entièrement fondée, doit admettre sans restriction le principe de la dysthyroïdation dans la genèse du syndrome basedowien.

Or ce principe, en admettant qu'il soit rigoureusement établi n'est guère applicable aux observations dans les quelles les troubles psychiques précèdent l'affection goitreuse. La seconde implique la coexistence de l'épilepsie, de l'hystérie, de la neurasthénie ou de toute autre névrose Or cette coexistence est loin d'être toujours vérifiée, quelque attention qu'on puisse apporter à l'examen minutieux des malades.

C'est dire que nous nous trouvons en présence de données tantôt incertaines, tantôt inconstantes, dès que nous cherchons à nous rattacher d'une manière exclusive à l'une ou l'autre de ces deux théories. Ici plus que partout ailleurs l'exclusivisme est certainement téméraire et il est évident que les circonstances pathogéniques sont enveloppées dans une complexité dont il est difficile de dissocier tous les éléments.

Quoiqu'il en soit, il y a place, entre les interprétations précédentes pour une conception intermédiaire qui consiste à faire du syndrome basedowien d'une part et de la psychose para-basedowienne d'autre part deux manifestations filles, écloses à la faveur d'une circonstance occasionnelle, sur le même terrain maternel de la *dégénérescence*. L'état constitutionnel du système encéphalique, depuis ses éléments inférieurs protubérantiels jusqu'à ses éléments supérieurs cérébraux, devient ainsi l'origine commune des manifestations somato-psychiques auxquelles on assiste. L'observation suivante milite en faveur de cette interprétation déjà soutenue par certains auteurs.

Observation. — Mme C..., 51 ans, est fille de père buveur et de mère nerveuse. Une tante maternelle était aliénée et fut internée pendant 10 ans (folie circulaire).

*Antécédents.* — Dans son enfance, la malade était sujette à des terreurs nocturnes. Elle urina au lit jusqu'à 7 ans.

De bonne heure, on constata chez elle un état mental mal équilibré. Outre qu'elle présentait différentes manifestations phobiques, elle était fantasque, d'humeur inégale et d'un commerce peu agréable pour son entourage. Son émotivité s'exaltait pour les motifs les plus futiles et se traduisait par des réactions excessives.

De 1884 à 1895 : névralgies faciales à répétition, survenant de préférence à l'époque des règles et intéressant une moitié de la

face avec phénomènes vaso-moteurs très intenses du côté de l'œil correspondant. La malade n'a jamais eu de crises convulsives, elle a toujours été sobre et il n'y a rien dans ses antécédents personnels qui puisse faire songer à l'hystérie ou à l'alcoolisme.

*Historique.* — C'est au mois de novembre 1897 que remontent les accidents dont elle souffre aujourd'hui. Les troubles mentaux paraissent les premiers en date et seraient survenus à l'occasion d'une peur.

D'abord la malade devint sujette à un énervement mal défini. Elle avait comme le sentiment d'un état anormal qu'elle ne pouvait rattacher à aucune cause déterminée. Elle éprouvait de temps en temps des bouffées congestives. Son sommeil était irrégulier, entrecoupé de cauchemars. En même temps, son caractère s'altéra et ses idées prirent une orientation bizarre. Elle devenait irritable, changeante, d'une inégalité d'humeur qui aboutissait parfois à une insociabilité complète. Tantôt elle était inquiète et surexcitée, tantôt triste et abattue. Souvent elle était entraînée par un besoin impérieux à des actes déraisonnables. Au lieu de s'occuper des soins du ménage, elle entreprit de vendre des huîtres à sa porte ; mais elle donnait la plus grande partie de sa marchandise et perdait de l'argent. Puis elle se livra à des achats inconsidérés et quand elle manquait de ressources, elle portait au Mont-de-Piété les objets de son mari. Le taximètre exerçait sur elle un attrait tout particulier ; mais il lui arrivait fréquemment de refuser de payer la voiture, sous prétexte qu'elle avait épousé un cocher. A différentes reprises elle se querella avec les voisins, et elle fut mise en demeure de quitter le logement. Alors l'excitation fit place à une dépression profonde.

Elle ne parla plus et resta au lit pendant deux mois. Cet état persista jusqu'à la fin de juin 1900. Puis il y eut une rémission de deux années, avec quelques poussées toutefois à l'occasion d'une émotion ou des menstrues. En novembre 1902, elle fut reprise d'excitation. Puis, chassée de son nouveau domicile en avril 1903, elle retomba dans une nouvelle phase de mélancolie qui se prolongea jusqu'en novembre 1904. L'année 1904 semble répondre au début de la ménopause : cette époque fut marquée par des crises d'excitation très violentes qui ne firent que s'exagérer jusqu'en 1905.

En 1898, c'est-à-dire six à huit mois après le début des troubles mentaux, survinrent des manifestations cardio-vasculaires. La malade eut des crises de palpitations intermittentes au cours desquelles elles se plaignait de sentir son cœur battre avec force dans sa poitrine. Ces perturbations cardiaques lui donnaient une sorte d'anxiété permanente; la moindre émotion, le plus petit effort, réveillaient ou exagéraient les palpitations. Le soir, elle ne pouvait

s'endormir, inquiétée par le battement de ses artères temporales. Elle signalait parfois de véritables douleurs précordiales. Quelque temps après le début des accidents cardio-vasculaires, le corps thyroïde augmentait de volume.

L'hypertrophie fut lente à s'établir, procédant par poussées successives. D'abord, elle fut si peu prononcée que la malade n'en eut pas connaissance ; puis petit à petit le cou grossit d'une manière sensible et devint le siège de battements qui attirèrent son attention. De plus, elle éprouvait dans cette région des sensations de constriction ; la respiration paraissait gênée et la phonation modifiée. De même que les accidents cardiaques, l'hypertrophie thyroïdienne s'exagérait sous l'influence des émotions morales, des efforts physiques et de la menstruation.

Au total, symptômes cardio-vasculaires et symptômes thyroïdiens marchèrent parallèlement et d'une manière progressive, sans concorder avec l'allure plutôt intermittente des troubles cérébraux. En particulier, la rémission de l'état mental en 1901 ne répondit à aucune amélioration du syndrome basedowien.

Toutefois, la ménopause donna une forte poussée à ce dernier comme aux troubles mentaux, qui prirent comme nous l'avons dit un caractère inquiétant à dater de cette époque. La malade, depuis quelques semaines, chante, crie, insulte son entourage et brise les objets. C'est à la suite d'une scène violente et non motivée qu'elle est conduite à l'infirmerie spéciale du dépôt.

Examen. — A) État mental. — Excitation intellectuelle : la malade ne cesse de parler avec volubilité, en s'agitant d'une façon désordonnée. Elle pleure et rit sans transition. L'instabilité mentale avec impossibilité absolue de fixer l'attention constitue le fond de son état psychique.

Idées de grandeur : la malade s'imagine être riche ; il doit lui revenir 300.000 fr. d'un héritage, elle est apparentée à tous les directeurs de théâtre et doit composer une pièce dont elle tiendra le premier rôle, etc.

Idées de persécution : elle récrimine contre son mari et sa fille âgée de 15 ans, qui veulent sa perte l'un et l'autre. Elle accuse sa fille de « faire la P... » et son mari d'être un voleur. Tous deux la dénigrent auprès des voisins, etc...Quelques idées érotiques, se traduisant surtout par des gestes obscènes.

B) Syndrome basedowien. — *a*) A l'inspection de la région cervicale, on constate un élargissement de la base du cou avec légère saillie latérale droite détruisant la symétrie des formes normales. A la palpation, la glande thyroïde paraît beaucoup plus développée à droite ; elle donne de ce côté la sensation d'une masse rénitente, susceptible de diminuer légèrement sous un taxis

doux. On perçoit à son niveau un frémissement léger qui coïncide avec la systole cardiaque.

*b*) L'examen du cœur dénote une légère hypertrophie cardiaque avec souffle post-systolique à la pointe. Les contractions cardiaques sont précipitées, fortes, régulières, entrecoupées de pulsations irrégulières, faibles, à peine perceptibles à la radiale. Le pouls radial est à 140 pulsations. Les carotides sont animées de battements excessifs.

*c*) Il existe un tremblement très net des mains, menu, rapide, perceptible au repos et s'exagérant légèrement par les mouvements volontaires.

*d*) Pas d'exophtalmie appréciable. Les signes de Stellwag, de von Graefe et de Mœbius font défaut. Pas de paralysie de la musculature externe. Dilatation pupillaire égale des deux côtés. Contractilité irienne conservée. Pas de rétrécissement du champ visuel. Accommodation normale.

La motilité et la sensibilité sont normales, ni sucre ni albumine. Le visage est asymétrique, et la voûte palatine manifestement ogivale.

L'observation précédente nous fournit un exemple assez net de psychose polymorphe évoluant à côté d'un syndrome basedowien chez un même sujet. Son histoire ne nous paraît compatible, ni avec la théorie des *rapports directs*, ni avec la théorie de *simple coïncidence*. Le grand principe de la *dégénérescence* nous semble présider à l'éclosion des phénomènes somato-psychiques sus-énumérés, pour des raisons que nous empruntons aux antécédents de la malade, au mode de début de la maladie, à son évolution et à ses symptômes. *a*) Le *début* de l'affection est exclusivement psychique : les troubles psychopatiques apparaissent à une époque où ne se manifeste aucune perturbation somatique d'origine thyroïdienne. *b*) L'*évolution* de l'affection ne présente aucune synergie entre le syndrome basedowien qui demeure constant et la psychose para-basedowienne qui est intermittente. Pour cette raison, et pour la précédente, il paraît difficile de rattacher cette psychose à une auto-intoxication par trouble de la fonction glandulaire. Par contre, syndrome basedowien et psychose para-basedowienne, subissent des recrudescences sous l'influence des mêmes causes, ictus émotionnels, troubles

de la ménopause, etc., autant de circonstances qui réveillent le plus généralement l'état de *déséquilibre latent des dégénérés*. *c*) Les *symptômes psychiques* ne peuvent entrer raisonnablement dans aucun cadre précis de la nosographie des névroses non plus que des vésanies étiquetées. *d*) Les *symptômes somatiques* ne sont pas plus édifiants. On ne retrouve en particulier ni vertiges, ni pertes de connaissance, ni crises convulsives ; on ne retrouve ni zones hystérogènes, ni anesthésies cutanées, ni rétrécissements des champs sensoriels ; on ne retrouve pas davantage les signes physiques de l'alcoolisme. Pour cette raison, et pour la précédente, il serait abusif d'invoquer l'intervention d'une affection parasite. Par contre, un examen attentif révèle des stigmates physiques de *dégénérescence*. *e*) *Les antécédents personnels* nous révèlent chez notre malade un tempérament paranoïaque remontant à l'enfance. *f*) Les *antécédents héréditaires* témoignent d'une double tare familiale.

Notre observation peut donc prendre place à côté d'autres analogues qui tendent à restreindre l'expression trop significative de « psychose basedowienne », sans refouler néanmoins les troubles mentaux qui nous intéressent dans tel ou tel cadre autonome de la neurologie ou de la psychiatrie. Sans doute, l'affection goitreuse, comme source toxique, doit être capable d'influer d'une façon secondaire sur la physiononie des troubles mentaux en les exagérant ou les modifiant ; sans doute aussi l'intervention d'une névrose associée peut apporter sa note dans le concert clinique, à titre épisodique ou accidentel. Ces restrictions faites, un examen minutieux de la plupart des cas montrerait très probablement qu'il n'y a pas un rapport direct de cause à effet entre le syndrome basedowien et la psychose para-basedowienne, mais qu'entre eux il y a plus qu'une simple coïncidence et même plus qu'une association. L'union des deux processus morbides trouve son explication légitime dans le terrain commun de *dégénérescence*.

# ASILE D'ALIENÉS

## Le projet de concours spécial pour les médecins des asiles de la Seine.

*Summum Jus, summa Injuria,*

Par le Dr E. COULONJOU

Ex-chef de clinique à la Faculté, médecin des asiles publics d'aliénés.

Il est probable qu'il existe plusieurs définitions du mot : *Justice*, car nous voyons parfois se commettre, en son nom, des actes dont le sens est tout à fait exclusif de celui que le vulgaire attribue à ce terme. Ainsi, il semble qu'on ne saurait qualifier de *juste*, l'action de manquer sans motif à une promesse, de ne pas tenir un engagement : car la personne à qui l'on manque de parole est lésée dans un de ses droits, la parole donnée équivalant à la concession d'un droit ; et l'on enseignait jusqu'à aujourd'hui, dans toutes les langues, que la privation des droits constituait une injustice. De même, lorsque, dans une corporation d'individus essentiellement semblables, pareillement recrutés et égaux en titres, soumis jusqu'alors aux mêmes lois, un certain nombre cherchent à se séparer de la masse, en s'attribuant tous les avantages et interdisant aux autres les moyens d'accès qu'ils employèrent eux-mêmes, on ne se croit pas autorisé à les appeler justes ; car ils cherchent à priver leurs camarades de ce que ceux-ci considéraient comme des droits, eux-mêmes se les étant arrogés ; ils agissent à peu près comme des concurrents à une même course, qui, après s'être servis du chemin de fer pour arriver plus vite, couperaient la ligne, et obligeraient ainsi leurs camarades à aller à pied, puis bâtiraient un mur en n'ouvrant qu'une toute petite porte, afin de ne laisser arriver que ceux qu'eux-mêmes passeraient au crible de leurs préférences personnelles. Il ne viendrait à l'idée de personne de dénommer cela un acte de justice.

Or, dans notre corporation des médecins d'asiles, composée plus que jamais d'éléments essentiellement semblables, puisque recrutés de la même façon par un concours unique, il vient d'arriver qu'un certain nombre de confrères ont cherché à se séparer de la masse, en interdisant aux autres les moyens d'accès aux situations de choix qu'ils employèrent eux-mêmes. Et cependant, les promoteurs de

ce projet soutiennent qu'ils l'ont conçu dans l'intérêt de la justice. Alors, comme je suis trop respectueux de mes éminents confrères aînés, les aliénistes de la Seine, pour penser qu'ils ont élargi, distendu, le sens du mot : Justice, je préfère m'accuser d'ignorance et me dire que ce terme a des acceptions que je ne soupçonnais pas ; il pourrait, par exemple, signifier : *Coup d'Etat.*

Je n'aurais pas voulu revenir sur les objections et les critiques de fond que l'on peut faire au projet de concours spécial pour les médecins des asiles de la Seine ; ces choses ont été dites excellemment par mes distingués collègues Masselon, Levet, Lagriffe... ; elles ont fait l'objet d'une communication au congrès de Rennes et d'un vœu présenté par Dide. Je ne saurais y ajouter d'arguments bien neufs ; mais comme la question est extrêmement grave, et notre cher maître Bourneville l'a bien compris, puisqu'il nous ouvre toutes grandes les colonnes de ses journaux ; comme il est impossible d'admettre qu'on puisse nous déposséder et nous avilir, sans que nous fassions entendre un cri de révolte ; j'estime que chacun de nous (les disgraciés) a le devoir de pousser ce cri à sa façon. Or, depuis l'apparition de ce fameux projet fratricide et la publication des premières critiques, c'est-à-dire depuis juillet, il m'a été donné de voir quelques collègues, ou chefs, de correspondre avec un certain nombre d'autres ; et je puis dire que *tous* condamnent cet acte, et dans son fond, et surtout dans sa forme.

Comment pourrait-il en être autrement ? Est-ce que tout le monde n'est pas gravement lésé ? Est-ce que tous, du plus jeune au plus vieux, nous ne sommes pas transformés en dupes ? De telle sorte que si, un jour, se faisait sentir le besoin d'une action commune pour empêcher d'aboutir ce projet, je suis convaincu que les aliénistes (de province) seraient unanimes à se dresser et n'hésiteraient pas à accepter la lutte à laquelle leurs collègues de la Seine semblent vouloir les pousser. Car l'adoption du projet de concours spécial, survenant à cette heure, nous apparaîtrait, à nous, non comme une œuvre de droit, mais bien comme une souveraine injustice. L'isolement définitivement imposé aux aliénistes de province, succédant à une centralisation péniblement obtenue ; la création d'une chapelle, au moment où l'assistance des aliénés réclame la plus parfaite unité ; la diminution du nombre de postes accessibles au temps où les promotions semblent arrêtées ; enfin, une foule de conséquences néfastes, faciles à prévoir, provoqueraient, dans le personnel, le découragement et le dégoût.

J'ai lu et relu, comme chacun, l'exposé des motifs du projet, que les promoteurs ont jugé utile de dresser ; je le trouve beaucoup trop long, ou beaucoup trop court. Il est trop long, pour la débilité des arguments qu'il invoque ; comme dans tout plaidoyer éloquent d'une mauvaise cause, on y insiste démesurément sur des motifs puérils ; on s'étend sur des preuves insuffisantes afin de les grossir ; on y abuse de comparaisons conventionnelles ; et, lorsque le lecteur cherche à résumer, il s'aperçoit que tous les considérants peuvent s'appliquer à telle autre région de la France un peu importante. Il est trop court, parce qu'il ne parle nullement de la situation que l'adoption du projet créerait aux collègues, parce qu'il fait table rase de tous les écueils, qu'il ne veut prévoir aucune objection de la part de ceux qu'il déshérite. — Comment Messieurs les aliénistes de la Seine ont-ils pu espérer que les collègues dépossédés et aussi légèrement passés sous silence allaient se taire et ne pas relever les erreurs et les abus dont il est fait état dans leur exposé ?

Par abus, j'entends ce perpétuel besoin d'assimiler l'administration des asiles de la Seine à celle de l'Assistance publique. En vérité, c'est facile, et par voie d'assimilation on peut aller très loin ; mais, lorsqu'on possède un tout petit morceau d'esprit critique (il est bien médical, l'esprit critique) on ne se paye pas de mots. Or, examinez un peu les raisons de cette assimilation ; elle est basée sur : 1° le chiffre de malades ; 2° la centralisation du service administratif ; 3° les améliorations apportées au régime des aliénés de la Seine ; 4° la création de l'enseignement à l'Asile clinique ; 5° la création, il y a 25 ans, du concours d'internat ; 6° l'existence d'un concours spécial pour les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière (glissons sur Charenton !...). N'est-ce pas, que l'analogie est frappante ? Puisque les deux institutions (asiles publics et A. P.) sont si semblables, « nous voudrions, disent les promoteurs, dans l'intérêt des malades et de la science, voir appliquer aux asiles le même système de recrutement. » Mais, comme ce désir ne serait peut-être pas suffisant, ils parlent d'arguments *innombrables* à l'appui de leur thèse, et ils en citent... *deux :* 1° la séparation des fonctions du Directeur de celles du médecin, permettant à celui-ci de rester homme de science, en relation intime avec les sociétés savantes qui ont leur siège exclusif à Paris ; 2° les vœux unanimes des corps élus, et la campagne de M. Bourneville, tendant à l'organisation d'un concours spécial.

Je crois, dis-je, avoir bien lu l'exposé des motifs, je n'ai pas trouvé autre chose : et voilà pourquoi votre fille est

muette ! Si, après cela, vous n'êtes pas convaincus de la nécessité de l'assimilation, c'est que vous êtes difficiles. Je sais bien que certains diront que les six raisons alléguées plus haut sont applicables à Lille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, etc. (on l'a déjà dit et publié) et que le chiffre des malades n'est point extraordinaire, puisque dans les asiles de province, ainsi que je le rappelle plus loin, il est souvent très supérieur. On dira aussi que l'enseignement existe dans toutes les facultés ; que, partout on a amélioré, ainsi qu'à Paris, le régime des aliénés, on a créé des concours d'internat ; qu'enfin si, pour des raisons administratives, il y a un concours spécial pour Bicêtre et la Salpêtrière et un autre, *tout différent*, pour Charenton, c'est précisément parce qu'on n'a jamais voulu assimiler les asiles aux hôpitaux, parce qu'on les a rattachés à la préfecture en 1873, et que, relevant de la préfecture de la Seine comme l'asile d'Alençon relève de la préfecture de l'Orne, ils sont justiciables du ministère de l'Intérieur ; or, le ministère ayant organisé un concours pour ses asiles, en vertu de quel droit nouveau les titulaires de ceux de la Seine voudraient-ils aujourd'hui faire « bande à part » et repousser du pied leurs collègues nommés comme eux ? Je parie que c'est justement cette raison-là qu'on invoquera pour démontrer l'inanité d'un pareil projet et, vraiment, elle est bonne ; car, si ses auteurs essaient de tourner au profit de leur vœu les paroles de Bourneville en 1888, lorsqu'il défendait le concours régional, c'est encore un abus ; ils ne font pas remarquer que Bourneville parlait ainsi *avant* la création de tout concours, à une époque ou ce projet ne lésait personne (1). Comment peut-on appliquer ces paroles à notre situation actuelle ? Est-ce que nous ne sommes point là, aujourd'hui, nous tous, avec nos droits acquis, tout comme les aliénistes de la Seine ? Et puisque j'y songe bien indiscrètement, ne trouvera-t-on pas étonnant que les aliénistes de la Seine, désireux d'être assimilés aux médecins des hôpitaux, n'aient point admis, dans leur société nouvelle, les aliénistes des hôpitaux (2) ;

Voilà les gros arguments abusifs que les promoteurs me paraissent destinés à se voir reprocher ; il y en a d'autres qui seront moins unanimement critiqués. Ainsi, pour ma part, je ne fais aucune difficulté pour reconnaître le haut intérêt qu'ils attachent à leur projet pour les malades et pour la science... ; car, ainsi qu'ils le rappellent, les alié-

(1) Cette interprétation est parfaitement exacte. B.
(2) Voir : *Arch. de Neurol.*, oct. 1905, p. 336.)

nistes de la Seine constituent bien un corps d'élite ; il ne faut pas l'exposer à se voir inoculer des non-valeurs, ce qui se produirait peut-être si on continuait à nommer à l'ancienneté ou au choix ; cela n'est encore jamais arrivé, mais il vaut mieux prendre des précautions. Il ne faut même pas songer à nommer au choix sur titres, car un aliéniste de province ne possède pas de titres. J'ai bien entendu dire à Masselon et à Lagriffe qu'il y a eu des aliénistes en province ; mais c'est une erreur, il n'y en a qu'à Paris. Et vous ne savez pas pourquoi? Mais, tout simplement parce qu'ils soignent des Parisiens ! C'est bien là, je crois la seule raison de supériorité qui ressort des allégations des auteurs du projet, car, en ce qui concerne les relations intimes avec les sociétés savantes, je citerais 15 aliénistes de province qui en ont autant qu'eux. Nous autres, quand nous soignons des Parisiens, ce ne sont que des Parisiens de pacotille, de rebut, ceux qu'ils n'ont pas voulu ou pu garder (8.000 sur 18.000) ; mais cela ne compte pas. Et puis, ils en reçoivent beaucoup : 3.600 pour 5 asiles et 23 médecins, ce qui fait en moyenne 156 malades par médecin ! Ils en font sortir beaucoup : 1.500 par an, ce qui fait 65 par médecin ! Ne voilà-t-il pas bien ce « mouvement de population intense, sans analogue dans les départements? » (sic). Mais je ne saisis pas la portée de ces chiffres, car beaucoup d'asiles de province offrent un mouvement plus considérable. Ainsi je trouve, pour 1904 :

| | Entrées | Sorties | Décès |
|---|---|---|---|
| A Montdevergues (1 médecin)... | 231 | 186 | 184 |
| A Saint-Ylie — | 222 | 91 | 113 |
| A Saint-Yon — | 216 | 98 | 139 |
| A Quatre-Mares — | 202 | 92 | 176 |
| A Sainte-Catherine — | 197 | 82 | 80 |
| A Bordeaux — | 167 | 82 | 72 |
| Au Mans — | 160 | 54 | 97 |
| A Niort — | 156 | 143 | ? |

Je ne puis donner que ce spécimen, n'ayant pas lu les autres rapports ; mais ces asiles n'étant pas pris parmi les plus peuplés on conçoit que ce sont là des chiffres minima. Et alors? Du moment que le mouvement des asiles de province, tout en étant beaucoup plus important, n'est pas comparable à celui des asiles de la Seine, c'est bien la *qualité* des malades qui fait la différence. Que disais-je plus haut? C'est bien cela : vous auriez beau recevoir 10 fois plus d'aliénés par an en Gascogne qu'à Paris, ce n'est pas du tout

analogue. En vérité, je vous le dis, il n'y a que les Parisiens qui sont des malades intéressants et difficiles. Eh ! ne savons-nous pas que Paris est le centre de tout ce qui est beau, bien et vrai ? A quoi voulez-vous comparer la mode de Paris, le langage de Paris, les plaisirs de Paris, l'esprit de Paris ? Vous voyez bien que les fous de Paris sont des fous d'élite. « On ne peut nier, comme le dit l'un des promoteurs du projet, qu'il y ait là un état de choses bien particulier, dont l'influence s'est exercée et s'exercera plus fortement tous les jours sur le personnel médical de ces asiles, qui tend à devenir une corporation spéciale, dont les fonctions sont appropriées aux besoins de ce département tout spécial... » Hélas ! je crains bien que pour tout le monde, cette tendance à devenir une corporation spéciale ne soit point du tout prouvée, mais qu'elle apparaisse comme un simple désir des auteurs du projet ! Etaient-ils donc, de naissance, « *aliénistes de la Seine* » eux-mêmes, lorsqu'ils faisaient leur stage en province ?

Ce ne sont là, il est vrai, que les raisons officielles, à faire valoir auprès des pouvoirs extra-médicaux. Il y en a d'autres, plus intimes, plus profondes, si j'ose dire, à l'usage de ceux qui ne trouveraient pas les premières suffisantes : il faut créer un concours spécial pour « certains internes des asiles de la Seine, non des moins distingués, qui s'abstiennent de se présenter au concours actuel, afin de ne pas s'éloigner de Paris... » On ne peut pas dire que ceci n'est pas franc, ni surtout humain. C'est bien cela ; les auteurs sont guidés par un sentiment de commisération pour ces pauvres internes de valeur, qui ne peuvent décemment aller en province. Est-ce que les gens de valeur vont en province ? C'est bon pour les meurt-de-faim de la corporation... Du moment que quelques internes *distingués* désirent rester à Paris, il est indispensable de leur en donner le moyen immédiat. Alors, c'est admirable ! Voici ce qui se passera : dans une promotion de *dix* internes « de la Seine » *neuf* passeront le concours des asiles de France (Seine comprise) ; *huit* d'entre eux accepteront une place en province, en attendant leur nomination dans la Seine, à laquelle évidemment leur donne *droit* leur titre ; le neuvième refusera la province pour ne pas s'éloigner de Paris ; le dixième ne passera pas le concours pour ne pas être exposé à s'éloigner de Paris. Eh bien ! pour faire plaisir à ces deux distingués internes qui n'ont point voulu déserter la capitale, on dira aux *huit* qui sont à la peine : « Vous ne serez pas nommés à Paris ; il y a Messieurs un tel et un tel, qui ne nous ont pas quit-

tés ; leur fidélité doit avoir sa récompense ; votre concours ne signifie plus rien ; pour avoir Paris, vous devriez passer un nouveau concours, réglementé de telle façon que, comme au Bureau Central, nos favoris fidèles ne peuvent y être battus. Alors, voyez, réfléchissez... »

Je ne crois pas exagérer, tel est bien l'esprit du projet. Et la preuve, c'est le souci des auteurs d'assimiler le nouveau concours à celui de l'A. P., et d'en composer le jury de membres parisiens. Quand on crée une telle œuvre, on ne peut vraiment pas venir dire aux gens : « Le concours est ouvert à tous ceux que la médecine mentale intéresse (sic). » Est-ce que les concours de l'A. P. sont ouverts à tous les médecins ? Et puis, il ne fallait pas nous montrer ce souci de caser certains internes *distingués* qui ne veulent pas s'éloigner de Paris. Nous non plus, nous ne voulions pas rester en province, puisque nous avons passé le concours de Paris ; mais nous avons, en province, acquis des droits que nous n'abandonnerons pas : où sont les services de ces internes distingués ? Si la nécessité d'un nouveau concours pour Paris se faisait vraiment sentir, c'est nous qui devrions être favorisés, puisque nous avons été à la peine ; et Messieurs les aliénistes de la Seine le savent bien, eux qui, presque tous, ont comme nous, gagné leurs galons en province. Au lieu de cela, que verrait-on avec leur projet ? On verrait une lutte sur le même pied entre des chefs ayant peut-être 30 ans de services et des internes de cinquième année ; ces derniers jugés par leurs professeurs actuels, leurs amis journaliers. Or, on aurait beau être certain de leur absolue impartialité, pourrait-on ne pas se souvenir que ces juges avaient créé le concours *pour* ces internes distingués ?

Je n'insiste pas sur un dernier argument, qui consiste à rappeler le décret ministériel de 1840, où le ministre décide que la création du concours n'est qu'une application de son droit de nomination. Car, les auteurs du projet savent bien qu'il s'agissait encore là d'une création, et que cela ne lésait personne ; aujourd'hui, le concours a eu lieu, nul ministre ne serait fondé à venir dire ce que disait celui de 1840 ; son choix a déjà été éclairé, et, dans nos décrets de nomination, est contenue la possibilité d'être nommés à Paris comme dans toute la France. De même, il ne pourrait, en bonne justice, supprimer pour l'avancement le tiers des places, en faisant entrer tous les jours par d'autres portes des éléments étrangers. Non, un ministre ne se prêtera pas à l'application de cette mesure souverainement injuste ; il ne voudra pas favoriser ceux qui ne lui ont en-

core prêté aucun concours ou ceux qui lui refusèrent le leur lorsqu'il les nomma, au détriment de ceux qui se dévouèrent, croyant gagner leurs grades en travaillant à son service, fût-ce *en province*.

La question est simple : la lecture du projet laisse l'impression que la province n'existe scientifiquement pas, et qu'il est nécessaire de créer une oligarchie aliéniste au mépris de tous nos droits. Le procédé est aussi peu confraternel que possible ; il est méprisant et tendancieux, il est injuste. Nous ne nous laisserons pas traiter avec ce sans-gêne ; nous avons confiance dans l'équité de notre chef, le ministre de l'Intérieur, ancien aliéniste de province, convaincus qu'il nous suffira d'aller lui démontrer ces choses, pour qu'il s'oppose à toute diminution de nos droits acquis.

E. Coulonjou.

**Bien qu'un peu vif dans la forme nous avons cru devoir publier le travail de M. Coulonjou, car il ne renferme pas de personnalités. Du reste la note ministérielle ci-après, nous paraît devoir trancher la question au moins pour le moment.**

Nos lecteurs n'ont pas oublié la discussion dont ce projet a été l'objet au Congrès des aliénistes et neurologistes de Rennes en août dernier. Ils se rappellent certainement que le projet a été combattu vivement et par l'inspecteur général, le Dr Drouineau, délégué du ministère de l'intérieur et par un grand nombre de congressistes. A la séance de décembre de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, M. Pelletier, chef du service des aliénés, a donné communication de la dépêche suivante, que M. le Préfet a reçue de M. le Ministre de l'Intérieur.

Paris, le 30 novembre 1905.

Le Ministre de l'Intérieur à Monsieur le Préfet de la Seine,

Le service central de l'inspection générale, à l'occasion du récent Congrès qui s'est tenu à Rennes par les médecins aliénistes et neurologistes, a appelé mon attention sur un projet de concours spécial proposé récemment pour les médecins des asiles de la Seine, qui aurait pour résultat la séparation de ces médecins du corps médical de ces asiles tel qu'il est constitué actuellement.

Cette proposition ayant justement ému les médecins des asiles, je crois devoir vous faire connaître que, me ralliant absolument

au vœu émis, à ce sujet, par le Congrès de Rennes, je suis décidé à maintenir le concours tel qu'il est organisé actuellement et à ne pas sanctionner le projet dont il a été question.

J'ajoute que cette mesure s'impose d'autant plus qu'après l'expérience du recrutement des médecins des asiles par les concours d'abord régionaux, puis centraux, après les résultats vraiment remarquables de ces derniers concours, mon administration ne saurait abandonner une pratique que l'expérience a consacrée et qui a déjà renouvelé, de façon la plus heureuse, le personnel médical en y introduisant de jeunes médecins travailleurs, entraînés aux recherches de laboratoire et rompus aux difficultés de la pratique des affections mentales. —Le Ministre de l'Intérieur, signé : DUBIEF.

Nous pensons que cette communication officielle est de nature à faire disparaître les craintes de nos confrères des asiles.

---

# REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

---

1. — **Les cellules plasmatiques de la paralysie générale** ; par le Dr DE BUCK (*Journal de Neurologie*, 1905, n° 6.)

Se basant sur l'étude histologique de 18 cas de paralysie générale, M. de Buck se rallie d'une façon catégorique à la théorie de l'origine fibroplastique des cellules plasmatiques. L'examen attentif de celles de ces cellules que l'on rencontre à l'intérieur des capillaires montre en effet qu'elles dérivent de l'endothélium et que ce n'est que secondairement qu'elles envahissent l'intérieur du capillaire.

De même lorsqu'on examine les divers types cellulaires rencontrés dans la paroi, aussi bien que dans la lumière du vaisseau et dans l'espace péricapillaire, on trouve toutes les formes de passage entre la cellule endothéliale normale, des éléments plus jeunes et enfin des cellules plasmatiques mûres du type Marschalko.

Les éléments de nouvelle formation qu'on rencontre dans la paroi des capillaires et autour d'elle ne restent pas cantonnés au lieu de leur production, ils acquièrent une certaine mobilité qui leur permet d'envahir le tissu nerveux ambiant.

M. de Buck attribue aux cellules plasmatiques un rôle

secrétoire fermentitiel. Elles participent probablement à la formation des anticorps et sans aucun doute à la néoformation vasculaire qui caractérise la paralysie générale.

Mais si l'infiltration périvasculaire, si les cellules plasmatiques du processus paralytique sont d'origine histiogène, fibroplastique, on ne peut plus continuer à soutenir que ce processus est de nature diapédétique, lymphocytaire et il faut donner raison à Nissl et à Havet, quand ils prétendent que le globule blanc joue un rôle effacé dans l'infiltration périvasculaire de la paralysie générale. Le processus paralytique, au lieu d'être une diapédèse, devient ainsi une granulose fibroplastique, mésenchymateuse, un processus de néoformation interstitielle, correspondant à une sorte d'artério-sclérose rapide.

S'appuyant sur ces considérations, M. de Buck se rallie à la théorie de l'origine vasculaire primitive de la paralysie générale qui lui paraît rendre mieux compte de la marche, du pronostic et des ictus apoplectiques, épileptiques de cette affection. G. DENY.

II. — **Sur la présence d'un réseau spécial dans la région pigmentée des cellules nerveuses**; par G. MARINESCO. (*Journal de Neurologie*, 1905, n° 57).

Ce réseau est très visible, quoique d'aspect un peu différent, dans les cellules sticchochromes, telles que les cellules radiculaires, cellules des noyaux crâniens, cellules de Betz, etc. Il est constitué par une trame fibrille, à mailles plus ou moins larges, ayant des travées épaisses, assez souvent colorées en noir et parfois en brun. Les mailles de cette trame contiennent une substance fondamentale brune, renfermant des granulations pigmentaires. Les neuro-fibrilles situées à la périphérie de ce réseau, sont parfois épaisses et d'une coloration brun foncée.

D'après M. Marinesco, ce réseau dérive par voie de transformation chimique du réseau préexistant dans la cellule nerveuse : sa présence est intimement liée à celle du pigment, aussi s'observe-t-il de préférence chez les sujets adultes ou déjà âgés.

Les travées de ce réseau étant plus épaisses que celles de la région non pigmentée, on peut admettre qu'elles opposent une certaine résistance au passage du courant nerveux. L'épaississement des neuro-fibrilles correspondantes à vraisemblablement le même résultat. On comprend, de cette façon, que l'énergie nerveuse soit réduite d'une façon con-

sidérable chez les personnes âgées, puisque chez elles, le pigment occupe la plus grande partie de la cellule. G. DENY.

III. — **Clonus du droit abdominal dans un cas de mal de Pott** ; par PARHON et PAPINIAN. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 3.)

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans chez lequel se développa vers l'âge de 4 ans à la suite d'un traumatisme, un mal de Pott lombaire suivi quelque temps après de paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes rotulien et achilléen, clonus du pied et de la rotule, signe de Babinski bilatéral, etc.

A la suite de l'excitation de la face interne de la cuisse, il se produit une contraction homolatérale du couturier, d'un côté comme de l'autre ; mais le fait le plus intéressant de cette observation est la constatation d'une trépidation épileptoïde des muscles droits abdominaux en traçant avec le doigt appuyé fortement une ligne transversale au niveau de la région ombilicale. G. D.

IV. — **Lésions des neuro-fibrilles dans certains états pathologiques** ; par le Pr MARINESCO. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 12.)

L'auteur décrit dans ce travail les principales lésions des neurofibrilles, qu'il a constatées grâce à l'emploi de la méthode de Cajal, dans les myélites, les méningites, les ramollissements du cerveau, ainsi que les lésions des cellules géantes rencontrées au cours des hémiplégies et des paraplégies.

Dans ces différents états pathologiques les lésions des neurofibrilles sont le plus souvent associées à des altérations de la substance chromatophile ; mais il s'agit là de deux processus indépendants qui évoluent simultanément et parallèlement sans que l'un soit la conséquence de l'autre.

En ce qui concerne l'état des neuro-fibrilles dans la paralysie générale, M. Marinesco maintient l'existence, contestée récemment par M. Dagonet, de leurs altérations et cela, en s'appuyant non seulement sur ses propres recherches mais sur celles de Ballet et Laignel-Lavastine, de Marchand et plus récemment de Bielchowsky et Brodmann.

G. DENY.

V. — **Recherches sur la localisation spinale des muscles du périnée et du rectum (chez l'homme)**, par MM. IRIMESCO et PARHON. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 4.)

Les auteurs ont étudié histologiquement la moelle de

deux sujets qui ont succombé à la suite de suppurations périnéo-anales. Dans ces deux cas les lésions étaient les mêmes ; elles commençaient à la partie inférieure du deuxième myelotome sacré et étaient localisées au groupement cellulaire situé en arrière du groupe X de Onuf et au groupement intermedio-latéral qui commence vers la partie inférieure du troisième myelotome sacré et se continue dans les deux derniers ainsi qu'à un petit groupe voisin de celui-ci situé entre la corne antérieure et la corne postérieure.

De ces constatations MM. Irimesco et Parhon concluent que le noyau des muscles du périnée occupe un groupe placé en arrière et plus ou moins en dedans du groupe X de Onuf et constitué par des cellules intermédiaires, quant à leur volume, entre les cellules de ce dernier et les cellules motrices ordinaires. Au groupe intermedio-latéral correspondrait le noyau des muscles lisses du rectum et peut-être de la vessie.

Enfin le groupe plus différencié, placé entre la corne antérieure et la corne postérieure, à côté du groupe intermedio-latéral, représenterait le centre du sphincter de l'anus.

G. D.

VI. — **Sur les rapports qui existent entre la topographie des paralysies et celles des altérations des centres moteurs dans la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance** par PARHON et PAPINIAN. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 22.)

De l'étude anatomo-clinique d'un cas de poliomyélite antérieure aiguë datant de l'enfance les auteurs se croient en droit de conclure que la topographie des paralysies et des atrophies dans les maladies de la moelle est beaucoup plus souvent spinale que radiculaire. Dans la plupart des cas, en effet, l'atrophie ainsi que la paralysie n'intéressent pas tous les muscles innervés par une racine donnée et empiètent plus ou moins sur les territoires radiculaires voisins.

Au point de vue des localisations motrices de la moelle ce cas offre également un certain intérêt : à l'atrophie de tous les muscles de la jambe et du pied droits correspondait en effet une disparition complète du groupe postero-latéral et post-postero-latéral des cornes antérieures droites au niveau des derniers segments lombaires et des premiers segments sacrés. Il semble donc légitime de localiser dans le premier de ces groupes le centre des muscles de la jambe et dans le second celui des muscles du pied avec les restrictions que Parhon et Goldstein et plus récemment Marinesco ont faites pour le muscle pédieux. G. DENY.

VII. — **Un cas d'atrophie abarticulaire** ; par le Dr Deroubaix (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 13.)

Observation d'un homme de 72 ans qui avait été atteint à 12 ans d'une arthrite du genou droit suivie d'ankylose et d'atrophie du membre correspondant. A l'autopsie on ne trouva pas d'altérations des cellules des cornes antérieures ; par contre les cellules de la corne postérieure droite et de la zone intermédiaire du même côté présentaient des lésions chromatolytiques très accentuées. Au niveau de la moelle dorsale la colonne de Clarke était le siège des mêmes lésions.

S'appuyant sur ces constatations d'une part, et d'autre part, sur l'absence de lésions dégénératives des nerfs et des muscles et aussi sur l'existence de quelques lésions irritatives au niveau du ganglion spinal, l'auteur estime que ce fait vient à l'appui de la théorie neuro-irritative par voie de l'arc réflexe sympathique des atrophies abarticulaires.

G. D.

VIII. — **Les phénomènes morbides d'habitude**;par J. Crocq. (*Journ de Neurologie*, 1905, n° 8.)

Les deux phénomènes morbides d'habitude, sur lesquels attire l'attention dans cette note M. Crocq, sont l'*insomnie* et les *crises convulsives*. Il relate les observations de plusieurs malades chez lesquels la suppression de la cause de l'insomnie n'a pas suffi à rétablir le sommeil normal. Il a fallu pour cela administrer pendant quelques jours un hypnotique; d'où la conclusion qu'il s'agissait là d'une *insomnie d'habitude*, manifestation de même nature que la *douleur d'habitude*, décrite par Brissaud. Un certain nombre d'autres observations démontrent que des phénomènes convulsifs peuvent persister après la disparition de la cause qui les a engendrés et cesser au contraire à la suite de l'ingestion de quelques grammes de bromure de potassium.

Il faut savoir toutefois que les attaques d'habitude, comme les tics qui sont également des phénomènes d'habitude présentent quelquefois une résistance invincible au traitement.

G. D.

IX. — **Abcès du cerveau à symptomatologie fruste**; par le Dr J. Pallard. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1905, n° 3.

Il s'agit d'un garçon de 21 ans qui, à part quelques jours de fièvre au début, a présenté pendant plus de deux mois, une céphalée intense, accompagnée de vomissements et de stase de la papille, le mal ayant évolué sans fièvre, avec un amaigrissement progressif. L'évolution de la maladie a

été interrompue par une rémission de dix jours pendant la quelle tous les symptômes ont disparu.

En présence de ce tableau clinique on avait songé à une méningite anormale à marche lente ou à une tumeur cérébrale (la ponction lombaire avait révélé la présence d'un grand nombre de polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien) ; en réalité il s'agissait d'un volumineux abcès du lobe frontal droit, communiquant avec le ventricule latéral correspondant. L'autopsie n'ayant pas été complète, l'origine de cet abcès n'a pu être élucidée.

L'absence complète de signes de localisation (la céphalée était bilatérale et à la fois frontale et occipitale), n'a pas permis d'intervenir par une opération. G. Deny.

---

# REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

---

I. — **Nature du Tabès** ; par S. W. Gowers (*British Medical Journal*, page 61, juillet 1905.)

L'effet neurotoxique de la cause principale du tabes peut dépendre des suites de la syphilis mieux que d'un agent co-opérant. En quoi consiste ce rapport? c'est ce que nous devons rechercher. La principale valeur d'une hypothèse est de diriger nos investigations. Même lorsque les hypothèses sont erronées, leur inanité même ajoute toujours à nos connaissances. Mais pour obtenir une preuve certaine en ce qui concerne la cause initiale, la lumière doit être répandue dans les endroits obscurs ; c'est ce que la thérapeutique s'efforce de faire en déterminant d'une façon certaine la marche de la syphilis. Quand cela sera connu avec certitude, lorsque la nature de ses toxines sera découverte et les antitoxines obtenues, les effets du mal pourront être prévenus. Notre espoir ne disparaîtra jamais ; mais nous attendons encore une démonstration probante. Nous nous armons de patience et nous ne perdons pas courage; cependant nous sommes étonné de devoir attendre aussi longtemps.

(Les recherches de Metchnikoff et Roux sur le spirochaete pallida de Schaudinn annoncées depuis l'impression de cette étude, donnent des promesses plus fermes.) A. M.

II. — **Sur la syringomyélie**, par Bradsow ; (*British medical Journal*, page 62, juillet 1905.)

Les progrès de la maladie sont ordinairement (comme

dans le cas cité), extrêmement longs. Ils peuvent intéresser la moelle allongée et devenir fatals ; mais d'ordinaire ils ne tendent pas à abréger l'existence. Le traitement doit être symptomatique et palliatif, puisque nous ne possédons aucun moyen d'influencer la marche du mal à travers la moelle épinière. Il en va de même que pour le traitement des dégénérescences communes de la moelle. L'absence de douleur appelle la vigilance du praticien, car le malade, n'éprouvant aucun malaise, peut ne pas prendre garde à des lésions plus ou moins sérieuses ; de plus quelque ulcération peut survenir et être la source de formes variées d'infection septique. A. M.

III. — **Névrite optique** ; par Jameson Evans. (*British medical Journal*, p. 63, juillet 8, 1905.)

Généralement parlant, on peut espérer un changement considérable dans la vision centrale dans les cas où il y a une vision centrale conservée immédiatement après l'accident, mais peu ou point de modification en mieux ou en pis dans le champ de la vision.

Ces cas seront traités d'après la méthode adoptée dans les cas de blessure du cerveau, laquelle consiste dans le repos et la tranquillité en une chambre obscure, privation de lumière et bandeau durant une semaine ou deux ; puis pendant une période de deux ou trois semaines supplémentaire, enfin dans la suppression du travail mental et de toute excitation. A. M.

IV. — **Un cas de maladie de Thomsen** ; par le Dr Meeus. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 14.)

Relation exclusivement clinique d'un cas de maladie de Thomsen chez un jeune homme de 19 ans. Les particularités sur lesquelles insiste surtout l'auteur sont l'alcoolisme du père coïncidant avec une hérédité névro-psychopathique du côté maternel (3 tantes atteintes de psychoses périodiques) et l'absence du reste inexpliquée des principaux réflexes cutanés et tendineux. G. D.

V. — **Tremblement intentionnel limité du membre supérieur gauche**, par le Dr Bouchaud (de Lille). (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 8.)

Observation d'un homme de 62 ans, qui à la suite de deux ictus, fut atteint sans phénomènes paralytiques, d'un tremblement intentionnel limité au bras gauche.

A l'autopsie, on trouva une lésion limitée à la partie pos-

térieure de la capsule interne, et l'auteur admet, que l'irritation à ce niveau des fibres de projection conduisant les incitations motrices au membre supérieur du côté opposé, a été la cause du tremblement qui prenait naissance à l'occasion des mouvements du bras gauche. G. D.

VI. — **Les vertiges par symphyes salpingo-pharyngiennes Notions nouvelles pour le diagnostic et le traitement des vertiges** ; par le Dr Royet. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 9.)

La conclusion qui se dégage de ce travail est que le vertige est presque toujours d'origine otique. Le vertige d'oreille peut être dû à des lésions d'un point quelconque de l'appareil auditif. En pratique celui se trouve intéressé dans le plus grand nombre des cas est le pavillon de la trompe d'Eustache dont la position et les mouvements sont modifiés et par suite les fonctions compromises par la soudure de sa partie postérieure à la paroi du cavum (symphyses salpingo-pharyngiennes).

Par la destruction de ces symphyses on obtient, dans la plupart des cas, la guérison rapide, sinon immédiate, des vertiges qui en dépendent, c'est-à-dire du plus grand nombre de ceux qu'on a l'occasion d'observer.

L'existence de symptômes paraissant indiquer une lésion centrale ou cérébelleuse ne doit pas faire rejeter d'emblée giennes car, en dehors d'une simple association accidentelle l'hypothèse de vertige par symphyses salpingo-pharyn- il peut y avoir action favorisante d'une maladie sur l'autre, en raison de leur tendance commune à se manifester par des troubles de l'équilibre. G. Deny.

---

# REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

---

I. — **Discussion sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis.** (*Académie de médecine* ; séance des 21 et 28 février, 14 et 28 mars, 11 et 18 avril 1905.)

M. le Prof. Fournier a eu l'honneur de provoquer à l'Académie une de ces discussions pleines de grandeur où les plus illustres de nos savants viennent apporter le fruit de leur expérience et les trésors de leur érudition ; nous n'avons eu qu'un regret, c'est de n'avoir point eu le plaisir de voir cette importante question de psychiatrie amener à la tri-

bune. M. le Dr Magnan. Tour à tour les syphiligraphes les plus éminents, MM. Fournier et Hallopeau, les anatomo-pathologistes les plus connus, MM. Lancereaux et Cornil, les neurologistes les plus en vue, MM. Joffroy, Raymond et Motet ont étudié le problème sous ses différents aspects.

Le professeur Fournier ne considérait dans la communication qui a été la cause de ces longs débats que la paralysie générale syphilitique; laissant de côté la question de savoir s'il en existait d'autres, et concluait que c'est un accident très rare jusqu'à la sixième année de l'infection spécifique, qu'elle augmentait de fréquence jusqu'à la dixième et diminuait ensuite jusqu'à devenir infiniment rare aux alentours de la vingtième année : c'est donc un accident du tertiarisme moyen dans 81 0/0 des cas ; tandis qu'au contraire la syphilis cérébrale, à début hémiplégique se rencontrait dès l'année même du chancre et avait son maximum de fréquence dans la troisième année de l'infection. Le méningo-encéphalite diffuse est d'ailleurs moitié moins fréquente que la syphilis à forme hémiplegique. La cause occasionnelle de l'apparition de la paralysie générale fut, assez rarement il est vrai, le surmenage nerveux, l'alcoolisme, les excès vénériens et l'hérédité nerveuse, seulement, 18 fois chez 112 malades de la ville, tandis que la syphilis avait été insuffisamment traitée 79 fois sur 112; elle avait été d'allures bénignes jusqu'alors chez 82 de ces sujets : d'où la nécessité d'un traitement spécifique énergique dans le but d'empêcher le développement de la maladie de Bayle. Fournier préconise la méthode qu'il appelle méthode des cures mercurielles à termes tardifs et qui consiste d'une façon schématique à suivre pendant deux ans un traitement rigoureux ; puis de recommencer à se traiter pendant un an, vers la cinquième année de l'infection, et une autre fois vers la septième ou la huitième. D'ailleurs, le syphilitique doit mener une vie régulière et observer attentivement les règles d'une hygiène sévère, et particulièrement celles relatives au bon fonctionnement du système nerveux. Le professeur Fournier insiste d'ailleurs sur la fréquence de la syphilis, dans les antécédents, des paralytiques généraux jusqu'à 96 0/0; la rareté de cette maladie dans les milieux où la syphilis est rare : chez les femmes d'un certain monde, dans les campagnes, chez les religieux et chez les quakers. Il remarque la fréquence de l'association de la paralysie générale et du tabes, insiste sur les paralysies conjugales, sur celles qui s'accompagnent d'accidents spécifiques en voie d'évolution et

surtout sur la fréquence du signe d'Argyll-Robertson, que M. Babinski considère comme une marque certaine de syphilis.

M. Lancereaux qui, dès 1861, croyait à la fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux a changé d'opinion, car rien dans l'anatomie pathologique de la maladie de Baillarger ne rappelle les modalités connues de la syphilis tertiaire qui, loin d'être diffuse et progressive, est circonscrite et dégénérative. D'ailleurs le traitement spécifique n'a aucune action certaine sur la méningo-encéphalite diffuse.

M. Cornil, insiste lui aussi, sur les différences anatomiques entre les gommes et les lésions spécifiques vasculaires d'une part, et celles de la paralysie générale d'autre part, et il admet comme cause de cette dernière maladie : les émotions, le surmenage, l'alcoolisme, l'hérédité.

M. Motet, au contraire, insiste sur le rôle de la syphilis, non pas que la paralysie générale soit de nature spécifique, mais parce que les lésions vasculaires syphilitiques sont l'épine autour de laquelle évolue la méningo-encéphalite. Dans sa clientèle, M. Motet a trouvé, parmi les paralytiques généraux, 30 à 40 0/0 de syphilitiques.

M. Hallopeau : la paralysie générale est une deutéropathie syphilitique, c'est-à-dire une affection provoquée chez un sujet prédisposé par des néoplasmes spécifiques, des méninges ou de la surface cérébrale; elle peut se développer également sous l'influence d'autres causes. Le traitement spécifique ne peut avoir de raison d'être qu'avant ou pendant le développement de la lésion spécifique qui alors existe seule ; il n'est plus justifié, lors de la paralysie confirmée.

M. Raymond signale la fréquence relative des lésions syphilitiques chez les paralytiques, signalées soit pendant la vie, soit après les recherches nécroscopiques, particulièrement au niveau du fond des sillons qui séparent certaines circonvolutions ; pour lui, le tabes qui est toujours syphilitique est fréquemment associé à la maladie de Bayle et partage avec elle, son étiologie. La non-spécificité des lésions de la paralysie générale n'est pas un argument valable, car on sait aujourd'hui, que la tuberculose peut engendrer des lésions qui ne rappellent en rien les manifestations spécifiques de la maladie, en effet, rien ne distingue la sclérose du testicule due à la syphilis héréditaire de celle qui est d'origine banale.

M. Joffroy reconnaît bien que la syphilis est une bonne « fumure » pour la paralysie sur un organisme déjà prédis-

posé, de même que l'alcoolisme « fait le lit » à la tuberculose; mais il ne saurait admettre que tous les paralytiques généraux juvéniles soient des spécifiques héréditaires ; ils peuvent aussi bien être des intoxiqués héréditaires. La fréquence des lésions syphilitiques en voie d'évolution chez des paralytiques n'est pas aussi grande qu'on l'a prétendu. Les inoculations négatives de virus syphilitiques chez des paralytiques généraux ne sauraient rien prouver, car on a vu des sujets atteints de maladie de Bayle, devenir syphilitiques. Quant à la rareté de l'affection en Afrique ou en Asie, l'absence de la civilisation peut l'expliquer, car la syphilis est loin d'être rare dans ces régions.

M. Pinard insiste sur l'utilité de la « cure de l'hérédité », chez le syphilitique qui veut procréer quel que soit l'ancienneté de son affection, car un enfant bien portant n'est pas un signe de guérison certaine. L. WAHL.

II. — **Qnelques réflexions sur le développement de l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne** ; par le Dr COULONJOU. (*Journal de Neurologie*, 1905, n° 2.)

Sur une population de 580 malades l'asile du département de l'Orne ne compte que 11 paralytiques généraux soit environ 2 0/0. Et pourtant la syphilis est aussi fréquente dans cette contrée que dans les autres régions de la France et l'alcoolisme y est plus répandu qu'ailleurs ; par contre la population rurale y est en général peu cultivée. De cette triple constatation l'auteur conclut que l'absence du surmenage intellectuel est la seule et unique cause de la rareté de la paralysie générale dans le département de l'Orne.

G. D.

III. — **Essai sur la psychologie de l'impulsion sexuellle** ; par MM. VASCHIDE et VURPAS. (*Journal de Neurologie*, 1905, n° 3.)

Les auteurs s'attachent à démontrer dans ce travail qu'il existe un rapport étroit entre la tendance à l'impulsion et le désir génital. La plupart des impulsives qu'ils ont observées manifestaient constamment dans leurs paroles, leurs propos, leurs gestes, etc., un penchant marqué à l'érotisme. Pour démontrer le rôle de l'image motrice dans l'acte sexuel ils invoquent encore l'influence de la musique sur les rapports génitaux, la direction convergente des axes oculaires pendant leur accomplissement, l'état de lassitude qui les

suit et enfin l'élévation brusque de la pression artérielle sous l'influence des excitations du même ordre.

En s'appuyant sur ces données MM. Vaschide et Vurpas croient pouvoir admettre que le mécanisme fonctionnel psycho-dynamique de l'acte sexuel consiste dans une tension de plus en plus accentuée de l'état moteur qui, arrivé à son maximum, présente une phase tonique assez courte à laquelle fait suite une phase clonique, et qui se termine par une période d'adynamie et de repos.

Dans la production de cet état et de ses différentes phases l'image motrice joue le rôle primordial. L'érotomanie qui est le propre de sujets présentant des troubles de l'image motrice proprement dite, semble confirmer et affirmer par une autre voie le rôle et l'importance de l'image motrice dans la vie sexuelle. G. DENY.

IV. — **Note sur une anomalie de l'instinct sexuel : gérontophilie** ; par Ch. FÉRÉ. (*Journ. de neurologie*, 1905, n° 10.)

On sait que certains sujets de l'un ou de l'autre sexe n'éprouvent d'excitations sexuelles qu'en présence d'un sujet d'un sexe opposé, mais d'un âge tout à fait disproportionné au leur. C'est un exemple de cette anomalie de l'instinct sexuel que rapporte le docteur Féré.

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, dont les premières tendances sexuelles s'éveillèrent vers l'âge de 4 ans, au contact d'une femme d'une cinquantaine d'années, sans que celle-ci ait du reste rien fait pour provoquer la moindre excitation génésique.

Malgré une séparation qui fut définitive, l'impression causée par cette femme fut si vive et tellement obsédante, que durant toute sa jeunesse cet enfant ne fut plus préoccupé en dehors de ses heures de travail, que des moyens de se rapprocher des femmes mûres ou âgées, mais alertes, ayant des cheveux blancs et des sourcils noirs, etc. Devenu jeune homme, il n'eut pour maîtresses que des femmes réalisant ces conditions et n'éprouvait que répugnance et répulsion pour les jeunes femmes et les jeunes filles. Ajoutons que, même avec ces maîtresses mûres ou déjà vieilles femmes, il n'accomplissait guère l'acte sexuel, sans s'y être préparé par des excitations supplémentaires d'une nature spéciale.

Il s'agit là, d'après M. Féré, d'une anomalie congénitale de l'instinct sexuel qui serait suffisante à elle seule, en l'absence de toute autre tare physique ou morale, à classer

l'individu qui en est atteint, dans la famille des dégénérés. G. DENY.

V. — **Hypothermie chez un paralytique général** ; par MM. MARCHAND et OLIVIER. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 10.)

L'observation qui fait l'objet de ce travail a trait à un paralytique général tabétique, qui présenta une diminution progressive de la température (jusqu'à 30°), pendant les quelques jours qui précédèrent la mort. Cette hypothermie était exclusivement d'origine nerveuse, car il n'existait ni sucre, ni albumine dans les urines et on ne constata aucune lésion des organes thoraciques ou abdominaux. G. D.

VI. — **Réflexions à propos de cinq cas de psychose aiguë étudiés histologiquement** ; par le Dr DEROUBAIX. (*Journal de Neurologie*, 1904, n° 23.)

De l'étude histologique de cinq cas de psychose aiguë (délire aigu, paralysie générale, mélancolie anxieuse), l'auteur tire la conclusion que Nissl a raison de soutenir, qu'on a trop abusé jusqu'ici de l'intervention des globules blancs dans les altérations des centres nerveux et que, en matière de psychoses, le tableau anatomo-pathologique se réduit ou à des lésions parenchymateuses avec réaction neuroglique sans participation du mésoderme, ou à des lésions interstitielles où le processus porte probablement d'une façon primitive sur le mésoderme (vaisseaux) ou simultanément sur le mésorderme et l'élément parenchymateux. Dans ces derniers cas, le mésoderme réagit soit exclusivement, par de la prolifération et de la dégénérescence fibro-plastique (psychoses séniles, cérébro-sclérose lacunaire progressive d'origine artérielle), soit à la fois fibro-plastique et polyblastique (manchons périvasculaires, polyblastes, cellules que (manchores perivasculaires, polyblastes, cellules plasmatiques, mastzellen).

En se fondant sur ces données, on pourrait déjà distinguer deux formes nettement tranchées de psychose aiguë : une forme paralytique ou interstitielle et une forme non paralytique ou parenchymateuse ; et il est probable que cette dernière forme est susceptible de modalités cliniques correspondant aux psychoses chroniques.

Il est même probable qu'une certaine unité pathogénique plane sur toutes ces variétés cliniques de psychose aiguë en ce sens que la marche aiguë et l'issue mortelle d'une psychose, tout comme celles des affections somatiques, dépendent à la fois de l'intensité d'action de l'agent morbigène, et du défaut de résistance, de la faiblesse naturelle

ou acquise des centres nerveux : de telle sorte que, finalement, il n'y aurait pas de différence tranchée entre le tableau anatomique de la psychose aiguë et celui de la psychose chronique. G. D.

VII. — **Délire alcoolique continu ou hallucinose continue dans l'alcoolisme chronique** ; par le Dr Serge Soukhanoff. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 14.)

Sous ce nom l'auteur décrit une variété de psychose alcoolique continue caractérisée surtout par des hallucinations de l'ouïe qui persistent durant des années et par des idées délirantes de persécution, sans évolution, ni systématisation ce qui la distingue de la paranoïa alcoolique chronique. La prédominance des hallucinations visuelles sur les hallucinations auditives rend en général le diagnostic facile entre le delirium tremens et l'hallucinose alcoolique. Cette affection s'observe habituellement chez des sujets qui ont fait pendant longtemps des excès de boissons ; mais, à côté de l'hallucinose auditive alcoolique. il existe une hallucinose auditive chronique qui s'observe à la suite de lésions soit de l'organe de l'ouïe, soit des centres corticaux de l'audition, par exemple chez les artério-scléreux.

A l'appui de ces considérations l'auteur relate l'autoobservation d'un sujet atteint d'otite suppurée, qui commença très jeune à commettre des excès de boissons et dont les trois frères étaient dipsomanes. G. D.

VIII. — **Relations cliniques de la cécité avec la paralysie générale et le tabes** ; par A. Léri. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 7.)

On admet généralement que la cécité est très fréquente dans le tabes et très rare dans la paralysie générale. Il résulte au contraire des recherches de l'auteur, que la cécité affecte avec la paralysie générale les mêmes rapports qu'avec le tabes, qu'elle complique rarement aussi bien la paralysie générale que le tabes confirmé, mais qu'elle précède assez souvent les symptômes de l'une comme de l'autre affection, ou que plus exactement, elle s'accompagne ordinairement de petits symptômes de l'une et de l'autre maladie, et qui plus tard, pourront l'une ou l'autre, ou toutes les deux se développer.

D'ailleurs, d'ordinaire ni l'une ni l'autre des deux affections ne se développent, et quand elles s'accentuent, elles le font avec une irrégularité et avec un intervalle tel qu'il est véritablement impossible de mettre l'amaurose antérieure

sous la dépendance de l'affection, dont les principaux symptômes apparaissent plus tard.

En réalité, l'amaurose dite « tabétique », évolue comme une localisation spéciale, au niveau des voies optiques, d'un processus dont, il semble, deux autres localisations, spinale pour le tabes, cérébrocorticale pour la paralysie générale pourront ou non se développer plus tard.

G. DENY.

IX. — **Sur un cas de myxœdème infantile avec quelques considérations sur sa pathogénie** ; par MM. OBREGIA, PARHON et FLORIAN. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 16.)

Il s'agit d'une fillette de 12 ans atteinte de mynœdème, chez laquelle le traitement thyroïdien amena rapidement la disparition de tous les accidents. La taille de l'enfant qui ne dépassait pas 1 m. 07 avant le traitement était un an après de 1 m. 185. Les auteurs insistent à ce propos sur un fait déjà signalé par Moraczewski, l'augmentation de la rétention du calcium à la suite de l'opothérapie thyroïdienne. Ils en concluent que le corps thyroïde joue un rôle important dans l'assimilation du calcium et que c'est dans l'insuffisance de cette assimilation qu'il faut chercher la raison des troubles de l'ossification et par suite de l'arrêt de la croissance dans le myxœdème. L'amélioration de la croissance à la suite du traitement thyroïdien serait donc la conséquence de la rétention du calcium provoquée par ce traitement.

Les troubles de l'assimilation du calcium, élément qui entre pour une bonne partie dans la composition chimique des cheveux et des poils, expliqueraient encore le développement défectueux du système pileux chez les myxœdémateux.

G. DENY.

X. — **Aïchmophobie fraternelle. Phobie des objets pointus chez deux frères non jumeaux** ; par le Dr ROCH. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1904, n° 12).

Il s'agit de deux frères qui présentaient tous deux comme phénomène morbide unique et très caractérisé, une phobie des objets pointus (plumes, aiguilles, compas, ciseaux, etc.) et cela à l'insu l'un de l'autre pendant près de trois ans.

Toute idée de contagion psychique pouvant être ici écartée, l'auteur incline à croire que ce qui a été transmis dans ce cas par l'hérédité, n'est pas comme on l'admet généralement, un simple état de moindre résistance du sys-

tème nerveux, mais une forme particulière de maladie nerveuse. G. D.

IX. — **Evolution des états hypochondriaques**, par MM. Taty et Chaumier. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 23.)

Les dix observations d'états hypochondriaques relatés dans ce travail plaident en faveur de la présence d'un élément somatique à la base de ces délires. Quant un examen attentif ne révèle pas de maladie proprement dite, tuberculose, etc., on doit penser à la possibilité de lésions vasculaires d'origine sénile, goutteuse, syphilitique, etc. Il est des cas où les désordres somatiques siègent dans le cerveau et se révèlent à l'autopsie par des lésions en foyer. Enfin les hypochondriaques sont très souvent des constipés, et c'est là quelquefois l'unique origine des idées morbides.

La conclusion pratique à tirer de ces considérations c'est qu'il faut s'efforcer de traiter les hypochondriaques médicalement et non pas seulement psychiquement. Le pronostic des états hypochondriaques n'en reste pas moins très grave. Non seulement les rechutes sont fréquentes, non seulement les améliorations ne se maintiennent pas longtemps et l'état des malades reste stationnaire jusqu'à la mort, mais il faut encore se souvenir que tout hypochondriaque est sous le coup d'une éventualité redoutable, le suicide. G. Deny.

---

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

---

I. — **L'alcool en thérapeutique**, par James Barr. (*British Medical Journal*, n° du 1er juillet 1905, page 7.)

L'alcool exerce une action spéciale sur le système nerveux. Il produit non seulement des effets toxiques aigus, dans le cerveau, la moelle épinière et les nerfs. Son emploi, tels que coma ou delirium tremens, mais son usage habituel amène des modifications chroniques de dégénérescence par conséquent, dans les maladies chroniques du système nerveux sera interdit. Exceptionnellement ; il peut être utilisé avec profit comme soporifique, et, dans les troubles fonctionnels du système nerveux il donnf parfois de bons résultats. Dans les cas de névrulgie et dans la forme spasmodique de la migraine un verre de stout apporte souvent un immense soulagement, et souvent son usage régulier est beaucoup moins pernicieux que celui de l'antipyrine, de la

phénacétine, de l'antikamnia, etc. Dans l'angine de poitrine, le whisky chaud ou le brandy produisent de bons effets, mais dans ce cas il y a des remèdes beaucoup plus efficaces. Dans le cas de colique intestinale, le brandy est le meilleur remède. Récemment une personne sobre dit à l'auteur, sous l'empire d'un bon souvenir, qu'une affection spasmodique de cette nature, et dont elle souffrait depuis longtemps avait été immédiatement guérie par un verre de brandy qu'elle avait bu à la sollicitation d'un ami. Cet homme paraissait trouver que par suite du long sacrifice qu'il s'était imposé, pour donner l'exemple, il avait été privé d'un immense bonheur (? !) A. M.

II. — **Affusions froides dans le délirium tremens** ; par W. Broadbeut. (*British Medical Journal*, 1er juillet. p. 8, juillet 1905.)

Le traitement fut conduit par le Dr Heath, après avoir obtenu comme résultat anticipé, un repos réparateur et bienfaisant. L'albumine disparut progressivement. On a employé les affusions froides dans ce but, même dans le cas de pneumonie grave associée au delirium tremens. Après l'opération, lorsque la réaction a lieu, la peau est chaude et sèche et le pouls d'abord faible reprend de la force et du ton.

Dans le rhumatisme et l'hyperpyrexie entérique l'effet du bain froid n'est pas dû uniquement à l'atténuation de la chaleur. Le bain gradué est bien moins efficace que l'immersion dans l'eau froide et peut être de nul effet, à moins que l'affusion froide soit appliquée sur la tête. Il n'est pas facile dans la pratique courante de donner un bain froid en ces cas, cela peut être même impossible. L'affusion au moyen d'une éponge de bain peut cependant suffire parfois à provoquer une réaction. A. Mare.

III. — **Pathogénie de la déviation conjuguée des yeux et de la tête**; par le Dr Debray. (*Journal de Neurologie*, 1905.)

L'auteur ayant observé plusieurs cas d'hémianopsie sans déviation concomitante de la tête et des yeux, ou de persistance de cette déviation après la disparition de l'hémianopsie, combat la théorie de l'origine sensorielles de ce phénomène, récemment soutenue par le Professeur Bard. Avec MM. Déjérine et Roussy, M. Debray pense que l'hémianopsie n'est pas nécessairement la cause de la déviation conjuguée, que celle-ci et la rotation de la tête ne sont pas toujours d'ordre paralytique lorsque le malade regarde sa lésion et enfin que le centre cervical d'innervation pour les mouvements de la tête et des yeux ne saurait être unique, puis-

qu'on peut observer la dissociation du syndrome. M. Debray estime en outre que les altérations du centre postérieur seul suffisent à l'expliquer les deux modes de déviation conjuguée. S'il est détruit, le malade tourne la tête et les yeux du côté de sa lésion ; s'il est excité ou si ses voies de communication sont tiraillées, le malade tourne la tête et les yeux du côté opposé. Quant à la dissociation du syndrome, la déviation des yeux sans rotation de la tête, elle peut aussi s'expliquer par la localisation de la lésion au centre visuel ou aux fibres qui l'unissent à la zone calcarine, le centre auditif ou ses voies d'accès étant respectées. D. G.

VI. — **La psychothérapie** ; par le Pr Grasset. (*Revue des Deux-Mondes*, 15 septembre 1905).

On connaît la théorie des deux psychismes auxquels correspondraient, pour M. le Prof. Grasset, deux ordres de centres corticaux : des centres psychiques supérieurs (centre O) et des centres psychiques inférieurs (polygone) qui peuvent fonctionner séparément ou au contraire agir de concert.

Si on admet cette distinction, on comprend qu'il y ait aussi deux psychothérapies suivant qu'on s'adresse au seul psychisme inférieur du sujet ou au seul psychisme supérieur ou mieux à l'ensemble des deux psychismes restés unis. La première, psychothérapie inférieure, agissant sur le polygone aide plutôt à la disjonction des deux psychismes, tandis que la psychothérapie supérieure fortifie l'unité des psychismes, développe la volonté et accroît l'action et l'influence du moi supérieur.

On peut donc avec la psychothérapie obtenir des effets contradictoires et en apparence inconciliables à condition de distinguer deux thérapeutiques psychiques absolument différentes dans leur point de départ, leur mode d'application et leurs effets sur l'organisme.

Telle est la thèse que démontre l'auteur en étudiant séparément chacune de ces deux psychothérapies.

Pour pouvoir faire de la psychothérapie inférieure, il faut d'abord dissocier les deux psychismes. Cette dissociation est réalisée par l'*hypnotisme* qui annihile le centre O et libère le polygone.

Cette émancipation du polygone est nécessaire pour que par la *suggestion* on puisse le débarrasser de l'idée morbide de la douleur, de la paralysie, de la convulsion, etc., qui l'a envahi en lui substituant l'idée contraire de la guérison, de la santé. Mais il ne faut pas se faire d'illusions ; cette

*thérapeutique suggestive* n'est efficace que contre le symptôme de la maladie et elle n'a aucune prise sur le fond et l'essence même de cette maladie.

La psychothérapie inférieure ou la thérapeutique suggestive avec laquelle elle se confond, a en outre l'inconvénient de ne pas fortifier la volonté supérieure, l'unité et la personnalité du moi, de faciliter et d'accroître la désagrégation sus-polygonale, d'aggraver la séparation des deux psychismes. Ces brèves considérations permettent de prévoir les nombreuses contre-indications de l'hypnotisme thérapeutique.

Les localisations précises, étroites et tenaces, des névroses et spécialement de l'hystérie en constituent la seule et unique indication.

La psychothérapie supérieure loin de séparer les psychismes pour modifier l'un d'eux, s'adresse à l'ensemble des psychismes, fortifier leur union et leur collaboration, cherche à connaître la force de O et son influence sur l'entière vie du sujet.

Encore faut-il pour qu'elle puisse donner des résultats que les centres supérieurs ne soient pas trop altérés. D'où cette conclusion que la psychothérapie supérieure n'est pas le traitement des psychoses vraies, mais seulement celui des psycho-névroses dans lesquelles prédominent la débilité et l'instabilité mentale, la facilité de désagrégation sus-polygonale, etc.

Les procédés à mettre en œuvre en matière de psychothérapie supérieure varient forcément suivant qu'il s'agit de combattre une impotence fonctionnelle, un tic, etc., ou bien au contraire un acte psychique, une idée, une sensation ou une émotion morbides.

Dans le premier cas on peut s'adresser *directement* au centre O et l'obliger par des exercices méthodiques à rétablir la fonction compromise ou pervertie ; il est plus malaisé d'agir sur les actes psychiques morbides et on ne peut y parvenir qu'*indirectement* en s'efforçant de leur substituer des états psychiques normaux, et cela, au moyen de l'isolement, d'un changement de milieu, de distractions et d'occupations soigneusement déterminées, en un mot, d'un programme de vie précis, suggéré par le médecin, mais accepté et suivi aveuglément par le malade.

En résumée, les deux psychothérapies ont l'une, et l'autre une action curative psychique incontestable, mais avant de les utiliser le médecin ne devra jamais oublier qu'elles diffèrent profondément l'une de l'autre en ce que la supé-

rieure *fortifie* et l'inférieure *affaiblit* l'unité et la force du moi supérieur, conscient et libre. G. DENY.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET PSYCHOLOGIE

*Séance du 21 novembre* 1905. — Présidence de M. Jules VOISIN.

*Vomissements incoercibles datant de 3 ans guéris par l'hypnotisme.*

M. Paul JOIRE (de Lille).— M. T., âgé de 61 ans, non hystérique, surmené, a eu, il y a 3 ans, de grands chagrins. Depuis lors tous les aliments solides et même demi solides sont rejetés, il ne vit depuis 3 ans que d'eau, de lait et d'œufs crus. Assez accessible à la suggestion, surtout à la suggestion armée, il a pu après la première séance manger quelques biscuits, puis après la seconde des pommes de terre et des légumes. Réhabitué progressivement à l'alimentation commune, il reprend des forces et le sthénomètre confirme la solidité de la guérison.

M. Jules VOISIN. — La suggestion peut ainsi guérir un très grand nombre de troubles relatifs à l'alimentation ou à la digestion. J'ai hypnotisé et complètement guéri une femme qui, atteinte de dysphagie ne pouvait manger en présence d'une autre personne, et cela depuis 5 ans.

M. Lionel DAURIAC. — Pendant mon séjour à l'Ecole normale supérieure, on nous servit un jour du veau accommodé à une sauce d'un goût répugnant. Il en est résulté pour moi un souvenir désagréable. J'ai gardé une aversion invincible pour cette viande, même quand elle est très bien accommodée. Evidemment je suis victime d'une auto-suggestion.

M. Paul MAGNIN. — La plupart de nos dégoûts viennent en effet d'une circonstance fortuite et s'installent définitivement par auto-suggestion. Un grand fumeur est appelé dans son bureau au moment où il fume sa pipe ; il dépose cette dernière sur une cheminée ; quand il revient et veut la rallumer, il lui trouve une odeur nauséabonde. Depuis cette époque, malgré son très vif désir de reprendre une habitude qui lui fut chère, il ne peut surmonter l'aversion qu'il éprouve pour le tabac et même pour la fumée.

M. Paul FAREZ. — Une de mes malades a soigné jadis une parente atteinte d'un cancer du sein. Cette tumeur bourgeonnante ressemblait objectivement à un chou-fleur. Depuis lors, elle

avait des nausées, souvent même elle vomissait dès qu'elle voyait un chou-fleur ou que seulement elle en entendait parler. Grâce à la suggestion hypnotique, je l'ai rendue capable de manger du chou-fleur avec plaisir.

M. Bérillon. — L'anorexie hystérique a été souvent guérie par des moyens empiriques. Des guérisons de ce trouble nerveux ont été également obtenues à la grotte de Lourdes. J'ai été témoin du fait suivant : une religieuse qui déclarait ne pouvoir supporter aucun aliment solide fut à plusieurs reprises immergée dans la piscine. Un jour, en sortant, elle se rendit à son hôtel et séance tenante absorba un énorme beefsteak aux pommes. On l'amena triomphalement au cabinet des consultations médicales. Mais le médecin de ce cabinet ne parut pas partager l'enthousiasme des pelerins. Il fit sagement observer que le choix de ce premier aliment était plutôt contestable. Il lui parut en particulier que des pommes frites en cette occasion ne correspondaient pas aux dispositions d'un estomac ayant perdu l'habitude de tels repas. Il engagea la religieuse à faire choix d'aliments d'une digestibilité plus certaine, ajoutant que cela n'enlèverait rien à la valeur du « miracle » ; il lui affirma qu'elle resterait guérie, surtout si elle avait soin de consolider la guérison miraculeuse par l'emploi de quelques pilules laxatives et de cachets de bicarbonate de soude.

*La dormeuse de Ran Semo.*

M. Paul Farez. — Argentina est née en 1889. Lors de ses premières règles, elle présenta l'état mental hystérique. A propos des moindres reproches, elle fait une fugue, Une de ces fugues eut lieu dans l'état second. En août 1904, elle présente des troubles dysesthésiques, de l'œdème ainsi que la gangrène hystérique. Quelques jours après, elle s'endort pour trois jours. Dès lors, tout reproche provoque, non plus une fugue, mais une attaque de sommeil qui dure de 3 à 8 jours. L'attaque de sommeil comporte quelques phénomènes prémonitoires, crampes, anesthésies locales, même des hallucinations. Pendant le sommeil, Argentina est dans la résolution musculaire complète, avec de temps à autre des contractions partielles, celle de la langue surtout. La sensibilité générale, ainsi que les diverses sensibilités spéciales sont totalement suspendues. Tantôt elle se réveille toutes les 24 heures pour la satisfaction de ses divers besoins ; tantôt elle reste, pendant toute la durée de son sommeil, sans manger ni boire, comme sans uriner, ni déféquer. Ce sommeil ne se termine pas brusquement, on assiste à des réveils partiels et à la restauration progressive des diverses sensibilités. Dans la période qui précède le réveil, elle est accessible à la suggestion elle fait même des révélations graphiques qui dévoilent des idées fixes subconscientes,

origine de la plupart de ses fugues et de ses sommeils. L'hypothèse de la simulation doit être écartée. Il s'agit d'un cas qui répond au type classique de l'attaque de sommeil hystérique.

*Les timidités. Indications de la suggestion hypnotique.*

M. Bérillon. — L'étude des phénomènes observés dans l'état d'intimidation permet de les assimiler à ceux que provoque le sentiment de la peur. Dans un cas comme dans l'autre, ce qui domine, c'est la sensation de diminution de puissance que celui qui est intimidé ou effrayé constate sur lui-même. L'intimidation agit comme si elle paralysait momentanément les organes producteurs de l'énergie excito-motrice. Il en résulte une rupture d'équilibre dans le fonctionnement des centres de l'écorce cérébrale. Lorsque l'intimidation est portée à son degré le plus élevé, celui qui en est atteint peut se trouver dans l'incapacité absolue de se mouvoir, de parler et de penser.

On peut donc comparer cet état à la paralysie psychique qu'il est facile de produire par suggestion dans certains états de l'hypnotisme. Pour nous l'état d'intimidation est analogue à l'état d'hypnose. Seulement dans ce cas il s'agit d'hypnotisme fortuit.

Ce qui justifie cette manière de voir, c'est qu'une suggestibilité excessive est la condition essentielle de la production de l'intimidation et c'est ce qui explique que le plus grand nombre de ceux qui présentent un degré de timidité aussi accentué sont extrêmement suggestibles et par conséquent très hypnotisables. Dans ces cas-là, l'exagération des phénomènes d'émotivité peut être rattachée à une éducation défectueuse par laquelle la disposition à la vénération de certaines personnes a été trop cultivée. L'admiration met l'esprit dans un état d'attente favorable à la production de l'hypnose. Si les timides sont en général très suggestifs, par contre, il en est chez lesquels la suggestibilité semble diminuée et qui se montrent réfractaires à toute tentative d'hypnotisation ; quand on étudie leur état mental habituel, on apprend qu'ils sont des originaux, des impulsifs et qu'ils sont peu sociables.

Chez les premiers, le caractère fondamental de leur timidité, c'est qu'elle ne se manifeste que dans des circonstances capables de la légitimer (examens, présentation à des personnes auxquelles on accorde un caractère de supériorité, événements inattendus, etc.) Elle témoigne d'un manque de présence d'esprit, d'un caractère faible et d'une volonté peu exercée ; mais elle ne constitue pas en soi une tare névropathique. Cette timidité occasionnelle, heureusement de beaucoup la plus fréquente, est capable de guérir par un traitement éducatif approprié dans lequel la suggestion hypnotique jouera le rôle le plus efficace, chez les sujets chez les-

quels l'intimidation est réalisée par l'influence ou par la présence d'autrui, la timidité comporte donc un pronostic favorable.

Dans la seconde catégorie, on observe au contraire des sujets chez lesquels l'état d'intimidation existe pour ainsi dire à l'état permanent. Cette timidité qui s'accompagne le plus souvent d'anxiété, de phénomènes somatiques accentués, tels que des troubles vaso-moteurs, de l'arythmie, des sensations subjectives, phobies obsédantes et surtout de la rougeur constitue un véritable trouble mental. On est autorisé à la considérer comme une des nombreuses manifestations de la dégénérescence mentale héréditaire. Par ce fait, le pronostic acquiert un caractère assez défavorable. Néanmoins il ne faut pas les considérer comme incurables. Un traitement moral méthodique dans lequel la suggestion hypnotique a manifesté souvent son efficacité est nettement indiqué. Il conviendra de le poursuivre pendant un temps assez long. Il faut reconnaître que les malades qui appartiennent à cette seconde catégorie sont souvent hypnotisables. L'entraînement hypno-suggestif est long et difficile.

Le traitement, par ses résultats, permet seul de tracer les limites de ce qu'il faut attribuer à l'éducation et ce qui est sous la dépendance de l'hérédité. Par là, l'emploi du la suggestion hypnotique facilite le diagnostic et constitue un procédé très pratique pour arriver à formuler un pronostic assez précis.

*L'hypersuggestibilité.*

MM. Pamart et Béillon présentent 3 malades hypersuggestibles, intéressants à divers titres :

I. Un enfant de 13 ans, atteint de la manie de vagabondage, s'endort en quelques secondes ; dans l'état second, il lutte contre le réveil, se plaint, parle et répond aux questions posées.

II. Un jeune homme de 17 ans, qui a commis des délits par imitation ; soumis au traitement hypno-pédagogique, il sera peu à peu immunisé contre les influences mauvaises auxquelles jadis il cédait sans défense.

III. Un étudiant dont l'hypersuggestibilité se complique d'une extraordinaire timidité. Il n'ose sortir seul, le soir, dans Paris ; il n'ose parler à haute voix devant une personne étrangère. Hypnotisé, il fait, devant l'assistance, à haute et intelligible voix, avec beaucoup d'assurance, le récit de ses misères morales. N'importe qui pouvait l'endormir ; son hypersuggestibilité a été inhibée par la psychothérapie. Loin de diminuer la volonté, ainsi que le répètent des esprits peu observateurs ou animés d'idées préconçues, la suggestion hypnotique reconstitue le pouvoir de volition et rend à l'individu la maîtrise de soi.

*Intelligence chez les animaux.*

M. Minette, médecin vétérinaire à Compiègne, rapporte des

traits d'intelligence qu'il a observés chez le chien, le chat et la chèvre. Une chèvre était capable de tourner avec une corne la clé d'une porte de jardin laissée sur la serrure, allait marauder dans le jardin, puis, son méfait accompli, sortait du jardin après en avoir fermé la porte.

*Séance du mardi 19 décembre 1905.*

Présidence de M. le Dr Jules Voisin.

*Aliénés ou demi-aliénés vénérés comme marabouts.*

M. Bouhageb (de Tunis). — Des âmes, pieuses et ignorantes ont noyé la simplicité du Coran dans une infinité de prescriptions secondaires nouvelles ; et l'accaparement de tout l'être par l'idée religieuse a rendu l'âme musulmane accessible au « mystérisme », ainsi qu'à l'existence d'un esprit occulte qui préside à tous les événements. Cet esprit ne se révèle qu'aux élus de Dieu. Ceux-ci sont dans une sorte d'extase ; indifférents à tout ce qui les entoure, absorbés par le monde invisible, ils prononcent des paroles embrouillées, apparemment dépourvues de sens, parce qu'ils s'adressent non aux mortels mais aux puissances surnaturelles. Or, les aliénés réalisent souvent un état psychologique analogue ; s'ils sont servis par des circonstances propices, ils passent pour inspirés et prennent le caractère de marabouts, aux yeux de la foule ignorante. En Tunisie, le fanatisme populaire vénère comme saints nombre de fous.

M. Berillon. — Il est même des musulmans très malins qui, pour s'attirer la vénération populaire, simulent l'aliénation mentale. Dans un récent voyage que je fis en Tunisie, on m'a montré quelques-uns de ces simulateurs.

*La psychologie de la médecine hindoue.*

M. Valentino. — Pour l'Hindou, tout se ramène à la religion : les maladies sont envoyées par les dieux ; les livres de médecine sont les livres sacrés ; la thérapeutique aussi est sacrée. Sans doute, aux traditions médicales d'ordre religieux, il s'en est ajouté d'autres, ethniques ou familiales écrites par des savants médecins, pour compléter les livres sacrés, mais ces dernières sont ce qu'est la jurisprudence à la doctrine. Or, la doctrine est immuable et sacrée ; les maladies sont d'essence divine et relèvent de dieux particuliers. Dès lors, les influences susceptibles de rendre malade participent aussi de l'essence divine, tels le serpent et le tigre qu'on ne tue pas, parce qu'ils sont divins. Les maladies durent au gré des dieux et donnent la mort ou non, suivant le livre de Yamen, lequel représente le destin. La thérapeutique est pathogénique, c'est-à-dire religieuse ;

elle ne peut qu'obtenir ou accélérer le bon vouloir des dieux ; les agents thérapeutiques sont : 1° les vœux, lucratifs pour les prêtres, puisqu'ils consistent en fruits, animaux, etc. ; 2° les mantras ou formules magiques, supplicatives, impératives ou suggestives, suivant les cas ; 3° les médicaments, réputés agréables aux dieux, soit par eux-mêmes, tels le ficus religiosa, soit à cause des rites qui ont accompagné leur culture. Quant aux résultats, on constate une mortalité élevée, faute d'hygiène et de soins éclairés. Toutefois, on cite de nombreuses guérisons, par exemple de cas qui auraient guéri spontanément ou de pseudo-maladies guéries par suggestion, car l'Hindou est éminemment suggestionnable. Si le malade meurt, on explique la mort par un arrêt du destin ou, par l'impureté soit du médecin, soit du malade (ivrognerie ou vénération insuffisante pour le brahme).

M. Berillon. — Jadis en France les animaux ont été considérés non pas comme sacrés, mais cités en justice et frappés de pénalités, à l'égal de l'homme. Ainsi, dans les cas de bestialité, des truies ont été exposées publiquement, puis mises à mort, tout comme l'homme qui les avait souillées. Pour ce qui concerne l'Inde, je constate que l'Hindou respecte la vie d'animaux féroces et pratique les sacrifice humains (incinération des veuves, etc.), tandis que le conquérant anglais, grand chasseur de bêtes féroces est respectueux de la vie humaine ; d'où il semble résulter que la douceur envers les animaux entraîne la cruauté envers les hommes, et la cruauté envers les animaux la douceur envers les hommes.

M. Valentino. — Les Hindous sont très logiques ; ils respectent le tigre et le serpent parce que ces animaux sont sacrés ; ils font bon marché de la vie humaine, parce que l'homme est impur et souillé.

M. Dauriac. — Ces considérations de M. Valentino m'ont rappelé la haine d'Auguste Comte contre l'état métaphysique et sa sympathie pour l'état fétichiste. D'ailleurs, Comte, lui aussi, a versé dans le Fétichisme, avec le Grand Etre, le Grand Fétiche et le Grand Milieu. Pour lui, ces entités verbales sont des illusions dont il est bon que l'humanité se repaisse ; il y voit la nécessité de présenter les idées abstraites sous des formes concrètes, pour les rendre contagieuses. Les peuples mythologiques peuvent facilement recevoir une éducation sérieuse ; il suffit de leur transformer le concret en abstrait, sans rien changer au contenu fondamental de la doctrine.

*Définition de la suggestion*

M. Félix Regnault. — C'est à tort et au grand détriment de la clarté que les auteurs identifient tour à tour la suggestion avec une insinuation mauvaise, avec toute l'idée acceptée par le cerveau, avec la seule influencehypnotique, avec la persuasion, l'imitation, la contagion mentale, etc. Le sens de chacune de ces expressions doit être restreint et précisé. Une définition doit être analytique et s'appliquer à une série nettement limitée de faits. Ce qu'on désigne sous le nom général de suggestion n'est tantôt que de l'imitation, tantôt que de l'affirmation, ou que de la persuasion, ou que du raisonnement, etc. Il importe de toujours distinguer explicitement ces diverses variétés.

*Les timidités. Les localisations fonctionnelles de l'émotivité.*

Dr Berillon. — Dans une précédente communication nous avons mis en relief les points principaux suivants.

1° La timidité est la manifestation d'états psychologiques constitués par de l'inhibition des centres nerveux ;

2° Les phénomènes d'inhibition observés dans les états d'intimidation sont analogues à ceux qu'on réalise dans les états d'hypnotisme.

3° La suggestibilité est la condition essentielle de la provocation des états d'intimidation, comme de ceux de l'état d'hypnotisme.

4° L'intensité des états d'intimidation est en rapport avec le degré de suggestibilité, aussi les sujets hypersuggestibles sont également les plus faciles à intimider.

Envisagée dans son sens le plus général, la timidité doit être considérée comme un phénomène normal. Elle est la manifestation d'un esprit de subordination s'inclinant devant l'autorité légitime de parents, de maîtres, de supérieurs ou de personnes douées d'autorité ou de prestige.

Tout être jeune ou inexpérimenté doit, jusqu'à un certain degré, présenter de la timidité. C'est une qualité de la jeunesse. Elle tempère utilement les dispositions à la présomption, à la trop grande confiance en soi et même à l'impulsion. Elle se concilie avec le désir de se perfectionner et de s'instruire et constitue une sorte de discrétion, de retenue naturelle dont une éducation raisonnable est appelée à tirer les meilleurs résultats.

Tous les hommes bien élevés reconnaissent que dans leur enfance, dans leur adolescence et également au début de l'âge mûr, ils avaient des dispositions à la timidité. Ils hésitaient à faire une démarche, à rendre une visite, à adresser une requête, à demander un service, à imposer

leur présence à quelqu'un et ils se laissaient facilement intimider par la présence d'inconnus. Cette timidité naturelle à l'égard des personnes avec lesquelles ils n'étaient pas familiarisés disparaissait quand on les mettait à leur aise et qu'on les accueillait avec bienveillance.

L'homme qui évolue normalement, à partir d'un certain âge doit cesser d'être timide. Il prend de l'assurance, acquiert du sang-froid et prend possession de lui-même. Il arrive à se rendre un compte assez exact de sa valeur personnelle, de ses aptitudes, de ses compétences et de son autorité.

La disparition de la timidité peut s'opérer graduellement. Dans un grand nombre de cas elle s'opère d'une façon soudaine, sous l'influence en quelque sorte, d'une influence suggestive, à l'occasion d'un événement, d'une circonstance fortuite, imposant à l'homme la manifestation de sa valeur personnelle.

Il peut arriver qu'après avoir disparu pendant assez longtemps, la timidité réapparaisse de nouveau. Ces récidives s'observent à la suite d'affections diverses, au cours de la neurasthénie, à la suite de chocs physiques et moraux.

Quand la timidité persiste, malgré l'âge ou l'expérience, quand elle réapparaît par paroxysmes, elle doit être considérée comme ayant un caractère pathologique. Il est rare que ces timidités pathologiques ne s'accompagnent pas de troubles fonctionnels localisés dans tel ou tel organe.

Tous les systèmes peuvent être atteints. L'organe de la parole est le siège fréquent de localisation de cette émotivité. Elle se traduit par du bégaiement, de l'aphonie, du mutisme et des troubles divers de l'articulation de la parole. D'autres localisations s'observent dans le système circulatoire, dans l'appareil génito-urinaire, dans le système cutané, dans les divers organes des sens, dans les fonctions motrices. Récemment je viens d'observer une localisation assez singulière de l'émotivité : une dame, lorsqu'elle est en visite, éprouve, sous l'influence de l'émotivité, un véritable ballonnement abdominal. Ses intestins se remplissent de gaz et elle éprouve un malaise très pénible qui ne se dissipe qu'après sa sortie, lorsqu'elle a pu se livrer à l'émission de flatuosités, d'ailleurs complètement dépourvues d'odeur.

Le traitement par la suggestion hypnotique a amené la guérison complète de cette incommodité, en amenant parallèlement la disparition des divers états d'intimidation et d'émotivité morbide.

*Les prophètes juifs.*

M. Binet-Sangle. — La psychologie religieuse a des relations très étroites avec la psychologie des dégénérés mystiques. On en trouve la preuve dans l'histoire de l'exégèse rationaliste depuis ses origines jusqu'à nos jours.

En étudiant successivement, avec leur physionomie réelle et leur couleur orientale, les vagabonds anonymes du livre des Juges, l'irascible et sanglant Samuel qui permet de donner une théorie nouvelle de l'hallucination verbale, les prophètes de cour Gad et Nathan, les convulsionnaires Assaph, Eman et Iedouthoun, les conspirateurs Schemaya et Ahiya le Schilonite, les thaumaturges de Bethel, Iddo le voyant, les jeteurs d'anathèmes Iehou ben-Hanani et Azariahou ben-Oded, Myriam, la musicienne, sœur de Moïse, Debora, la vierge guerrière, Houlda, Noadya et Hanna qui vit Jésus, on arrive à se faire une opinion précise sur la psychologie de ces prophètes. La méthode à employer consiste à étudier le type du prophète juif, son lieu de naissance, son domicile, son hérédité, sa constitution, sa suggestibilité, ses images et ses idées, ses hallucinations, sa théomanie, son intelligence, son orgueil, ses tristesses, ses haines, son activité et son pouvoir suggestif.

M. René Pamart. — La jeune fille que je présente à la Société est âgée de 24 ans, elle est depuis 7 ans atteinte d'une aphonie nerveuse complète ayant résisté à tous les traitements mis en œuvre. Elle ne présente aucun stigmate d'hystérie et ce serait une erreur de considérer cette aphonie comme hystérique, alors qu'elle est une simple localisation fonctionnelle de l'émotivité. Tout d'abord réfractaire à l'hypnose, cette jeune fille a pu être endormie pour la première fois à la fin de novembre. Aujourd'hui elle parle à haute voix et peut même commencer à chanter ; chaque séance amène de nouveaux progrès dans le fonctionnement de son larynx, et leur constatation ramène tout naturellement la gaieté et la confiance. Les aphonies hystériques sont fréquentes, les aphonies purement émotives sont plus rares ; c'est ce qui donne à ce cas son intérêt.

---

Un épileptique incendiaire interné. — M. Césaire Mansire, 32 ans, vacher sans domicile, arrêté en août dernier, pour avoir incendié deux meules de blé appartenant à un cultivateur d'Ivry-le-Temple, a été reconnu après un long examen médical, atteint de folie épileptique et interné à l'asile d'aliénés de Clermont. (*Semeur de l'Oise*, 10 janvier). — D'où la nécessité d'hospitaliser le plus possible les *épileptiques*.

# BIBLIOGRAPHIE

1. — *Précis de psychiatrie*, par E. Régis, Professeur adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé de cours de Clinique psychiatrique. (Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris 1887 et par l'Académie de médecine 1895.) Troisième édition entièrement refondue avec 82 figures et 6 tracés dans le texte. Collection Testut, volume in-18, colombier, cartonné de 1100 pages. Paris, O. Doin, 1906 : 10 francs.

Tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la médecine mentale en France déplorent les préjugés régnant encore chez nous — et dans le public et parmi les médecins — relativement aux questions psychiatriques ; aussi sauront-ils gré à M. le Professeur Régis de l'œuvre considérable et à tous égards remarquable qu'il a su mener à bonne fin. Depuis la deuxième édition du Manuel bien connu de M. Régis, paru en 1892, il s'est produit, en psychiatrie, dans tous les pays, un tel effort scientifique, un tel mouvement d'idées et d'opinions, que cette spécialité médicale s'est trouvée, en 10 années, modifiée pour ainsi dire de fond en comble. Aussi le *Précis de Psychiatrie* de 1906 est-il, à proprement parler, non pas une troisième édition du *Manuel pratique des maladies mentales* paru pour la première fois en 1884, mais un livre entièrement nouveau, par son contenu, ses planches et figures, son caractère typographique, son format, son aspect extérieur et enfin les proportions plus considérables qu'il a prises. Certains chapitres sont entièrement neufs ou complètement remaniés, tels ceux consacrés à la symptomatologie générale, à la confusion mentale, à la démence précoce, aux dégénérescences et aux psychoses des dégénérés, aux psychoses d'intoxications et d'infections, à la paralysie générale, à la pratique psychiatrique.

Le *Précis de Psychiatrie* est divisé en trois livres. Le premier, que précède une introduction historique, est consacré à la *pathologie générale*. La première partie traite *des généralités relatives aux psychopathies : étiologie, évolution, anatomie pathologique*. Dans la seconde partie est étudiée la *symptomatologie générale* ou *séméiologie*. Cette revue des symptômes et syndromes constitutifs des psychopathies occupe dans cette édition une place beaucoup plus considérable que dans les précédentes ; son importance de premier ordre le justifie. Plus de cent pages sont consacrées à l'exposé des éléments morbides psychiques qui constituent

les diverses maladies mentales. Signalons entre autres les troubles de l'idéation (idées délirantes, troubles de la mémoire et de l'attention), les troubles de la perception (hallucinations), les troubles de l'affectivité (émotions pathologiques, anxiété, obsessions, phobies) les troubles de la conscience et de la personnalité, ceux de l'activité (troubles de l'activité générale, troubles du langage, troubles des actes : impulsions). Vient ensuite l'étude des troubles du système nerveux, suivie de celle des troubles des fonctions organiques. Enfin, M. Régis expose la question des stigmates de dégénérescence ou *infirmités psychiques d'évolution* et donne un tableau des *stigmates de déchéance* caractérisant les *Infirmités psychiques d'involution* ou démences.

Dans la troisième partie du livre premier, M. Régis expose sa *classification*. Il distingue deux grands groupes de psychopathies : les *maladies psychiques* et les *infirmités psychiques*. Les psychopathies-maladies comprennent : A. Les *psychoses générales* (dans lesquelles les troubles psychiques s'accompagnent de troubles de l'activité générale et des diverses fonctions de l'organisme) : manie, mélancolie, folie à double forme, confusion mentale. B. Les *psychoses essentielles* dans lesquelles les troubles du psychisme existent seuls ou à peu près : délire de persécution, délire ambitieux, érotique, etc. Ces formes ne sont qu'autant de variétés d'une seule psychose : la *psychose systématisée progressive*.

Les psychopathies-infirmités comprennent: A. les *infirmités psychiques d'évolution* ou *dégénérescences psychiques*, avec les délires greffés sur ces états, et B. les *infirmités psychiques d'involution* ou *déchéances psychiques, démences*.

Le classement méthodique de M. Régis est clair, ingénieux, commode, et ce sont là certes des qualités très appréciables.

Le livre II comporte 600 pages consacrées à la *Pathologie spéciale*, c'est-à-dire à l'étude : 1° des états psychopathiques primitifs ; 2° des états psychopathiques secondaires ou associés. Parmi les chapitres les plus intéressants citons ceux consacrés à *la confusion mentale typique* (délire oniriq ue), à la *démence précoce* que M. Régis envisage comme une confusion mentale chronique. L'auteur ne se fait pas illusion sur la surprise que pourra causer la place attribuée à la démence précoce dans le groupe des confusions. Il nous paraît inutile d'insister sur les critiques qu'il serait aisé de faire à cette conception. Espérons que M. Régis, dans la prochaine edition de son Précis, donnera à la démence précoce la place qui lui revient. D'ailleurs, ce qui

importe davantage, la description clinique que l'auteur en donne est excellente, et contribuera à faire mieux connaître en France une affection dont l'intérêt est capital au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Citons encore comme particulièrement intéressantes les descriptions de la psychose systématisée progressive, des obsessions et impulsions, des psychoses délirantes des dégénérés avec leurs nombreuses variétés : délire d'auto-accusation, délire hypocondriaque, délire systématisé d'interprétation, etc.

M. Régis a volontairement fait une place importante aux *psychoses d'auto-intoxications* et *d'infections*, et cela, d'abord en raison du rôle considérable de ces facteurs en psychiatrie, ensuite parce que ces maladies représentent la presque totalité des innombrables psychoses symptomatiques auxquelles le praticien a particulièrement affaire. Nul mieux que l'auteur n'était préparé à écrire l'histoire de ces *délires des hôpitaux* dont l'étude est en général un peu négligée au profit des délires plus graves observés dans les asiles. M. Régis passe en revue les principales d'entre ces psychoses toxiques : psychoses des auto-intoxications gastro-intestinale, hépatique, rénale, cutanée, génito-urinaire, thyroïdienne, diathésique, inanitionnelle, traumatique, post-opératoire, héliosique ; psychoses des infections typhique, grippale, pneumonique, polynévritique, variolique, rubéolique, scarlatineuse, diphtérique, érysipélateuse, syphilitique, tuberculeuse, cancéreuse.

Mentionnons encore parmi les meilleurs chapitres de la Pathologie spéciale celui qui traite de la Paralysie générale.

Le livre troisième comporte plus de 200 pages consacrées à la *Pratique Psychiatrique*. Cette partie si importante a été traitée par M. Régis de la façon la plus complète et la plus intéressante ; le lecteur y trouve à chaque page des indications pratiques précises. Des chapitres distincts traitent de la *pratique médicale* (diagnostic, traitement, assistance), de la *pratique médico-légale* (droit criminel et responsabilité, droit civil et capacité). Il faut citer comme particulièrement utiles les conseils sur la façon d'examiner les malades, les pages consacrées au *traitement* tant préventif que curatif (isolement, traitement moral, alitement, balnéothérapie, etc.), à l'expertise psychiatrique en général et à l'expertise psychiatrique dans l'armée, aux aliénés criminels, à l'enseignement de la Psychiatrie en France et à l'étranger. Le livre se termine par un certain nombre de rapports médico-légaux afférents à quelques-unes des prin-

cipales situations qui se rencontrent dans la pratique psychiatrique.

Le *Précis de Psychiatrie* de M. Régis vient à une heure favorable. Le goût des études de pathologie mentale, jusqu'alors limité à un cercle des plus restreints, se diffuse peu à peu dans le public tant médical qu'extra-médical. Simultanément des foyers psychiatriques se créent dans nos Universités provinciales. Le livre de M. Régis est éminemment propre à favoriser ce réveil et cette extension des études de médecine mentale. De plus il a le mérite de faire entrer définitivement la psychiatrie dans la médecine ordinaire par la voie des grandes doctrines de la pathologie générale actuelle (auto-intoxications, infections). Par sa documentation copieuse mais toujours judicieusement interprétée, par son érudition de première main, son caractère à la fois scientifique et pratique, cet ouvrage est appelé à rendre des services considérables à de nombreuses catégories de lecteurs. Aux médecins praticiens il donne des descriptions claires des divers types de vésanies et surtout il enseigne ce qu'ils ont besoin de connaître, les psychoses d'auto-intoxications et d'infections qui sont au premier chef de leur domaine professionnel, car c'est eux qui doivent les observer et les traiter. Pour les débutants en médecine mentale, les médecins des prisons, les médecins des armées de terre et de mer, les magistrats et avocats, les psychologues, le Précis de M. Régis sera un guide des plus sûrs rempli d'indications utiles, de documents intéressants, de conseils indispensables. Enfin neurologistes et aliénistes auront grand profit à le consulter : ils y trouveront une mise au point des questions actuellement à l'ordre du jour, un inventaire complet de l'état présent de la psychiatrie, en France et à l'étranger, qui se recommande autant par la solidité du fond que par l'élégance de la forme.

M. Régis, appréciant le rôle historique de la Psychiatrie française, se plaît à en louer « les incomparables qualités de fine observation, d'ordre, de méthode et de clarté ». Nous souscrivons d'autant plus volontiers à cet éloge que l'œuvre scientifique du Professeur de l'Université de Bordeaux et son *Précis de Psychiatrie* nous sont des témoignages que ces qualités maîtresses du clinicien restent toujours la caractéristique de la psychiatrie française. P. SÉRIEUX.

II. — *Des accidents psychiques liés aux maladies de l'oreille et de ses annexes*, par F. JACQUES. (*Thèse de Bordeaux*, 1904-1905, n° 67.

L'auteur a réuni 70 observations publiées ou inédites qui

démontrent l'influence exercée par les maladies de l'oreille sur l'éclosion des hallucinations auditives et de la folie. Ces affections auriculaires sont des lésions banales de l'oreille externe (bouchons de cérumen, tumeurs, corps étrangers, otite externe), de l'oreille moyenne (otites simples, purulentes ou sèches, affections de la trompe, de la caisse, de l'apophyse mastoïde) ou du labyrinthe. On retrouve chez ces malades des causes indispensables, telles que hérédité vésanique, névropathique, alcoolique, intoxications personnelles, infections, grossesses répétées, lactations multiples, traumatismes, chocs moraux, créant une prédisposition spéciale héréditaire ou acquise ; un grand nombre de ces malades étaient atteints de dégénérescence physique ou mentale ; mais ces accidents psychiques peuvent survenir chez un otopathique sans la moindre prédisposition héréditaire. On rencontre avec une égale fréquence des hommes et des femmes : l'âge le plus fréquemment signalé varie de 21 à 50 ans. Les altérations de l'ouïe ont un retentissement fâcheux sur l'intelligence et le caractère et engendrent lentement un état mental caractérisé par un amoindrissement des facultés intellectuelles, une diminution de l'affectivité et de la volonté, un certain degré d'hypochondrie, une propension très marquée à la tristesse. Sur ce terrain vont apparaître des phénomènes psychiques d'ordre hallucinatoire et même délirant. Les hallucinations auditives peuvent rester toujours conscientes (14 fois sur 70), parcourir une phase consciente plus ou moins longue pour devenir inconscientes ou se montrer inconscientes d'emblée. Quand une seule oreille est atteinte, les erreurs sensorielles ne se montrent que du côté lésé : elles sont bilatérales quand les deux oreilles sont malades. Dans les cas où la maladie causale a été traitée et guérie, les hallucinations auditives ont disparu ; elles se sont atténuées quand la maladie a diminué d'intensité ; elles sont passées à l'état chronique quand elle a persisté. Ces hallucinations ont consisté en monosyllabes, simples mots, phrases très courtes, le plus souvent de nature désagréable, fréquemment indépendants des idées ou des sentiments actuels du malade ; elles surviennent de préférence, le soir, la nuit, dans les états d'assoupissement. Leur caractéristique est de succéder la plupart du temps aux bruits pathologiques auriculaires ou d'alterner avec eux.

Les malades peuvent aussi présenter des manifestations vésaniques diverses en rapport avec les caractères de leurs hallucinations : ce sont surtout des délires mélancoliques analogues aux formes banales mais dont la caractéristique

est d'être amorcés, commandés et dirigés par les hallucinations auditives aux caractères desquelles elles empruntent leur contenu (2 observations personnelles) ; quand l'affection auriculaire est unilatérale, les hallucinations restent unilatérales. Enfin on peut observer de véritables délires systématisés de persécution qui prennent leur point de départ dans l'interprétation délirante des bruits subjectifs de l'ouïe et des hallucinations verbales inconscientes : les idées de persécution s'organisent, se précisent et se systématisent de plus en plus, mais quelle qu'ait été la durée de la psychose l'existence des idées de grandeur et la transformation de la personnalité n'ont jamais été notées chez ces persécutés.

Les états de folie *ab aure læsa* ne reconnaissent pas toujours une seule et même pathogénie. Ils dérivent tantôt d'une complication inflammatoire des méninges ou de l'encéphale, tantôt des bruits subjectifs de l'ouïe, qui se transforment en voix et provoquent alors des conceptions délirantes variées, tantôt enfin et le plus souvent peut-être, de l'action combinée de ces deux mécanismes.

Ils empruntent à l'affection génératrice un certain nombre de caractères qui permettent de les distinguer assez facilement des états psychopathiques analogues. La nature de l'otopathie, la forme des troubles mentaux, la prédisposition cérébrale, l'âge des malades sont les principaux facteurs du pronostic. Le traitement devra s'adresser à la cause et user cependant des moyens d'action sur le moral. Les chances de succès augmenteront avec la rapidité de l'intervention.

Il importe donc d'examiner l'oreille des individus qui se plaignent d'hallucinations auditives, surtout quand ces hallucinations affectent un caractère d'unilatéralité.

Jean ABADIE.

III. — *Le rire hystérique*, par Mlle Elisabeth DESCHAMPS. *Thèse de Bordeaux*, 1904-1905.

Etude du rire dans l'hystérie apparaissant à l'état de rire soit spontané, soit provoqué. Le rire immodéré spontané peut être considéré comme un signe précurseur d'hystérie. Le rire peut précéder ou suivre l'attaque banale d'hystérie. Il peut apparaître comme réaction émotive inverse. Il peut constituer à lui seul un équivalent convulsif de la grande attaque : c'est l'attaque convulsive de fou-rire. Le rire peut être provoqué d'autre part par l'excitation directe des muscles du rire, par suggestion de l'acte lui-même, par suggestion d'un état psychique gai, par excitation des zones idéo-

gènes modifiant l'état mental dans le sens du rire, enfin par excitation de zones spasmogènes spéciales à l'attaque convulsive de fou-rire. Jean ABADIE.

IV.—*Complications méningitiques de la fièvre typhoïde chez l'enfant*, par le Dr J. GIRAUDET. (*Thèse de Bordeaux*, 1904-1905, n° 27.)

L'auteur a réuni 57 observations de complications méningitiques dans la dothiénentérie infantile, auxquelles il a ajouté 4 observations inédites : ces accidents sont donc relativement rares. Ils se traduisent cliniquement par des symptômes qui rappellent, le plus souvent, ceux des méningites aiguës ; parfois ceux de la méningite tuberculeuse ; plus souvent les convulsions éclamptiques. Les formes subaiguë et éclamptique sont surtout difficiles à diagnostiquer : la séro-réaction, la diazo-réaction, la fibrino-réaction et surtout la ponction lombaire facilitent beaucoup le diagnostic. A l'autopsie des enfants morts au milieu d'accidents méningitiques compliquant une dothiénentérie, on a constaté soit une méningite purulente généralisée ou localisée, soit une simple congestion des méninges. Dans d'autres cas, aucune lésion apparente ne se présentait à l'œil de l'observateur. On a retrouvé dans le pus des méninges le bacille d'Eberth pur ou associé au staphylocoque ; on a constaté aussi la présence du bacille d'Eberth à l'état de pureté dans le liquide céphalo-rachidien extrait par ponction lombaire ; les accidents méningitiques peuvent être causés aussi par des microbes autres que le bacille d'Eberth (bacille de Koch, et même par les toxines typhiques). Le pronostic est très grave, la mortalité dépasse 50 0/0, quand surviennent des complications méningitiques : la forme pseudo-tuberculeuse paraît la plus bénigne. La ponction lombaire, les bains chauds ou tièdes, sont les deux moyens thérapeutiques les plus efficaces contre les accidents méningitiques de la dothiénentérie infantile. Jean ABADIE.

---

# VARIA

## CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le ministre de l'intérieur. — Sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, — Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 ; les décrets des 6 juin 1863, 19 octobre 1894 et 14 août 1905 ; — vu les arrêtés mi-

nistériels de 18 juillet et 24 octobre 1888, des 12 juin 1899, 7 mars 1900, 6 mai 1902 et 6 avril 1904 ; — vu l'avis du comité des inspecteurs généraux en date du 28 novembre 1905. arrête :

Art. 1er — Un concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, le lundi 19 mars 1906.

Art. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas avoir trente-trois ans révolus le 1er janvier qui précède le concours ; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours. Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le lundi 19 février 1906 au plus tard, au ministère de l'intérieur (1er bureau de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours. Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit : 1° Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur désigné par le ministre, président ; — 2° Trois professeurs, titulaires de facultés de médecine, ou, des agrégés ou chargés de cours des maladies mentales, en exercice dans les facultés de l'Etat ; — 3° Trois directeurs-médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton ; — 4° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'intérieur, sur la proposition du comité des inspecteurs généraux. Les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des facultés différentes. Les directeurs-médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des académies qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours. En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs, désigné par le ministre de l'intérieur. En cas d'absence parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour

remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient de plein droit avec les membres restants.

Art. 4. — Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur général président. Elles seront au nombre de six, savoir : 1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats : le maximum des points sera de 30. — 2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures, le maximum des points sera de 10. — Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise. Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat, et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée.

3° Une épreuve sur titres ; le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques. Ces épreuves sont éliminatoires.

4° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 20.

5° Une épreuve clinique orale. Cette épreuve portera sur un seul malade. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de l'aliéné, y compris le temps de réflexion, et vingt minutes d'exposition. Le maximum des points sera de 20.

6° Une épreuve clinique écrite. Cette épreuve portera sur un seul malade, qui sera examiné au point de vue médical et au point de vue médico-légal. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction d'une consultation écrite. Le maximum des points sera de 20.

La police générale du concours est confiée au jury qui détermine notamment les règles à appliquer à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est fixé à dix : il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé. Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury. Sera déclaré démissionnaire tout candidat reçu qui, dans le délai de cinq ans après la proclamation des résultats du concours, n'aurait pris possession d'aucun des postes qui lui auraient été offerts à son tour de nomination. C'est à partir du jour de l'installation effec-

tive du médecin adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre savoir : aux directeurs médecins et médecins en chefs, après trois ans de stage, au minimum dans la classe inférieure ; aux médecins adjoints après deux ans au minimum, dans la classe précédente.

Art. 6. — Le prochain concours aura lieu dans un délai maximum de trois ans. — Art. 7. Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté. — Fait à Paris, le 23 janvier 1906. DUBIEF.

ANNEXE DE L'ARRÊTÉ DU 23 JANVIER 1906.

En vertu des décrets des 19 octobre 1894 et 14 août 1905, les cadres et traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés ont été établis ainsi qu'il suit :

| CADRES | TRAITEMENTS |
|---|---|
| 1° *Directeurs médecins.* | |
| Classse exceptionnelle | 8.000 » |
| 1re classe | 7.000 » |
| 2e classe | 6.000 » |
| 3e classe | 5.000 » |
| 2° *Médecins en chef.* | |
| Classe exceptionnelle | 8.000 » |
| 1re classe | 7.000 » |
| 2e classe | 6.000 » |
| 3e classe | 5.000 » |
| 3° *Médecins adjoints.* | |
| Classe exceptionnelle | 4.000 » |
| 1re classe | 3.500 » |
| 2e classe | 3.000 » |

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

Cet arrêté a été pris à la suite du vote du Conseil supérieur de l'Assistance publique sur la proposition de M. Bourneville.

LES ALIÉNÉS DANS LES HOSPICES.

On lit dans un journal de Béziers (Hérault) (correspondance du *Petit Méridional*) à la date du 5 octobre : « Il y a quelques jours, la police amenait à l'hôpital un individu qui divaguait sur la voie publique. Ce malheureux avait été rendu à la liberté, mardi matin. Hier, le malade, nommé F..., qui a longtemps porté la soutane, a occasionné quelques rassemblements, se livrant à des manifestations religieuses, insultant les passants... Ce pauvre fou a été admis de nouveau à l'hospice. » Ce que le journal

ne dit pas, c'est que cet aliéné, avant d'être mis dans la rue, on ne sait pourquoi, avait fait un long séjour dans ce même hospice, en cabanon, fort mal installé, alors que ses vociférations ne laissaient aucun doute sur son état mental et sur l'urgence de son admission dans un asile. Cependant une circulaire ministérielle de 1887, rédigée à la suite des articles de M. Bourneville sur les *cabanons des hospices*, circulaire signée de M. Fallières, recommande que le séjour des aliénés dans un hospice soit limité au temps indispensable pour constater leur état. Dès que l'aliénation est reconnue, le malade doit être transféré dans un établissement spécial.

N'est-il pas regrettable d'avoir à signaler encore de pareils faits, sur lesquels M. Bourneville a si souvent appelé l'attention et qui ont été l'objet d'une communication de M. Monod, directeur de l'Assistance publique, au Congrès de 1889. Espérons que le fou de l'hospice de Béziers sera sans retard nouveau transféré à l'asile de l'Hérault. R.

### Congrès des aliénistes et neurologistes.

Ayant eu l'occasion d'assister à la session de Rennes du Congrès des aliénistes et neurologistes, présidé par M. le Dr Giraud, le distingué médecin-directeur de l'asile Saint-Yon, l'idée nous est venue de donner l'énumération des villes où ce *Congrès*, né du *Congrès international de médecine mentale* de 1889, a siégé avec les noms des présidents et des secrétaires généraux :

| Années | Villes | Président | Secrétaire général |
|---|---|---|---|
| 1890 | Rouen | Professeur Ball | Dr Giraud |
| 1891 | Lyon | Dr Bouchereau | Dr A. Carrier |
| 1892 | Blois | Dr Bouchereau | Dr Doutrebente |
| 1893 | La Rochelle | Dr Christian | Dr Mabille |
| 1894 | Clerm.-Ferrand | Pr Pierret | Dr Hospital (1) |
| 1895 | Bordeaux | Professeur Joffroy | Dr Régis |
| 1896 | Nancy | Professeur Pitres | Dr Vernet |
| 1897 | Toulouse | Dr Ritti | Dr Parart |
| 1898 | Angers | Dr Motet | Dr Petrucci |
| 1899 | Marseille | Dr Doutrebente | Dr Boubila |
| 1900 | Paris | Congrès international | |
| 1901 | Limoges | Dr Gilbert-Ballet | Dr Doursout |
| 1902 | Grenoble | Dr Régis | Dr Bonnet |
| 1903 | Bruxelles | Professeur Francotte | Dr Crocq |
| 1904 | Pau | Professeur Brissaud | Dr Girma |
| 1905 | Rennes | Dr Giraud | Dr Sizaret |

(1) Le Congrès prend le nom de *Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.*

La prochaine session aura lieu en 1906 à Lille. M. le professeur Grasset (de Montpellier) et M. le Dr Chocreaux ont été désignés, le premier comme président, le second comme secrétaire général,

Marcel B.

Le Dr Védie candidat a la présidence de la République.

Au dernier moment, une candidature nouvelle s'est produite, celle de M. Henri Védie, né à Rouen — ce qui n'est pas très éloigné du Havre — fils d'un médecin aliéniste (1), aliéniste lui-même, « auteur de solutions nouvelles et très importantes en psychophysiologie. » Voici la très philosophique profession de foi de notre homme :

*Citoyens, députés et sénateurs, électeurs présidentiels,*

« Je brigue la présidence pour quatre ans au plus. Arbitre attentif entre tous les républicains, je les aiderai à transformer l'instinct révolutionnaire en évolution scientifique ; à cet effet, je vous soumettrai des réformes fiscales, administratives et sociales, qui mériteront toute votre attention, sans oublier un seul instant la défense nationale et la sécurité publique. Des études variées et profondes m'ont préparé au rôle que je sollicite de votre clairvoyance et de votre patriotisme. Je vous restituerai le pouvoir exécutif le 16 janvier 1910 et bien avant, peut-être, pour raison de santé. — Salut et fraternité. Henri Védie. »

Quatre ans seulement de présidence ! Ça, c'est une habileté au moins. Les électeurs pourraient bien être sensibles à cette promesse de retraite avant l'heure constitutionnelle. (L'*Aurore*, 17 janvier.)

## FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — Mouvement de décembre 1905. — M. Mabille, ancien receveur des finances, est nommé directeur de l'Asile d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. Lesvier, nommé directeur honoraire. — M. le Dr Marchand, médecin adjoint à Blois, est nommé à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Monestier, médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône), est nommé, en la même qualité, à Marseille, en remplacement de M. Boubila, retraité. — M. le Dr Fenayrou, médecin-adjoint à Naugeat (Haute-Vienne, est nommé médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône). — M. Sigismond Lacroix est nommé directeur de l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard en remplacement de M. Balet, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé Directeur honoraire.

(1) Le Dr Védie père a été le premier médecin-directeur de l'asile d'Evreux ; le Dr Védie fils, candidat, a été longtemps, croyons-nous, médecin de l'asile Saint-Luc, à Pau.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Nous apprenons avec plaisir la nomination de notre excellent collaborateur, M. le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef de Ville-Evrard, au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

---

**AVIS A NOS ABONNÉS.** — *Nous leurs rappelons que les abonnements combinés aux* **Archives de Neurologie** *et au* **Progrès médical**, *sont de 28 fr. pour la France et 30 fr. pour l'Etranger et que par conséquent en ajoutant 8 fr. à leur abonnement des* **Archives** *ils peuvent recevoir les deux journaux. Nous nous adressons plus spécialement aux médecins des asiles dont les deux journaux ont soutenu régulièrement leurs intérêts professionnels.*

*Nous sommes à leur disposition pour compléter dans de bonnes conditions les années qui manquent à leur collection. — La collection complète : 1880 à 1905 inclusivement, prise dans nos bureaux, est de 150 fr. ; la 2e série de 1896 à 1905 est de 100 fr.* (*Voir les* **annonces** *après le* **sommaire**.)

---

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BOURNEVILLE. — *Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves.* In-16 de 32 pages avec 22 fig. Prix : 1 franc. Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75. Aux bureaux du *Progrès Médical.*

BOURNEVILLE. — *Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral.* In-16 de 24 pages. Prix : Pour nos abonnés (franco) : 0 fr. 50.

BOURNEVILLE. — Rapports présentés à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine en 1904 : Admission dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière des malades reconnus aliénés dans les hôpitaux de l'assistance publique ; — Rapport à l'occasion du XIIIe Congrès des médecins aliénistes de France; — Visite de la section des enfants de Bicêtre et de la Fondation Vallée ; — Rapport sur les budgets de l'asile de Villejuif ; — Rapport au sujet de la réforme de l'*Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières*, documents, statistiques, sur les écoles municipales et discussions. Programmes. Règlements. In-4° de 150 pages avec de nombreux tableaux.

HAMEL. — *Rapport médical de l'asile d'aliénés à Auxerre* pour 1904. In-8° de 24 pages. Lanier, Imp. à Auxerre.

MABILLE (H.). — *Rapport administratif et médical de l'asile public d'aliénés de Lafond* pour 1904. In-8° de 114 pages. Martin. Imp. La Rochelle.

*Le rédacteur-gérant :* BOURNEVILLE.

---

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

Vol. XXI Février 1906 N° 122

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE NERVEUSE

### Pachyméningite interne post-traumatique.

PAR FÉLIX ROSE,
Chef de clinique adjoint à la Faculté.

(*Travail de la clinique des maladies nerveuses : Salpêtrière.*)

L'histoire clinique des fractures de la colonne vertébrale, leur évolution rapidement progressive ou régressive, sont bien connues, et l'on sait qu'il n'existe, au début, aucun signe permettant d'affirmer le pronostic, dans un sens ou dans l'autre. En particulier, on discute encore aujourd'hui sur la valeur pronostique de l'abolition ou de la présence des réflexes. Nous-même (1) avons soutenu que, si l'état des réflexes ne pouvait nous donner de renseignements absolument sûrs, l'abolition permanente des réflexes, l'influence du shock étant éliminée, était un signe de pronostic plutôt mauvais, contre-indiquant l'intervention.

Bien moins connue est l'évolution tardive des compressions par fracture qui s'améliorent.

Nous en rapportons ici un cas, que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, le professeur RAYMOND, et dont l'intérêt réside dans son évolution particulière, durant une période de 4 ans après l'accident.

OBSERVATION. Boud..., âgée de 30 ans, entre le 5 juillet 1905 à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Raymond pour une paralysie complète, survenue, il y a 4 ans, à la suite d'un violent traumatisme dans la région dorso-lombaire.

(1) F. ROSE. — *Thèse de Paris*, 1905.

La malade, dont les antécédents tant héréditaires que personnels n'offrent rien de pathologique, était employée à la Compagnie de l'Urbaine où elle travaillait à la sellerie.

Il y a environ 4 ans, un monte-charge, destiné à monter les voitures à l'étage supérieur, manœuvré par quelqu'un d'inexpérimenté, a surpris la malade, l'a frappée dans la région lombaire et l'aplatit sur le sol ; on put intervenir à temps pour empêcher qu'elle ne fût écrasée. Aussitôt après l'accident elle fut transportée à l'hôpital Beaujon.

A ce moment, elle était totalement paralysée, et il existait une anesthésie totale et absolue des membres inférieurs, qu'elle croyait coupés.

D'abord on fut obligé de la sonder ; mais bientôt elle perdit matières et urines sans être avertie en rien du passage de l'urine et des fèces.

La malade resta 3 semaines dans une gouttière de Bonnet puis fut couchée sur un matelas d'eau. Au bout de 5 mois elle eut une escarre qu'elle attribua à un manque de soins et elle quitta l'hôpital. Cette escarre dura 8 mois. Peu à peu les troubles anesthésiques diminuèrent en intensité et en étendue. La motilité s'améliora également d'une façon progressive. La malade fut d'abord capable d'exécuter quelques mouvements, de plus en plus étendus, de plus en plus énergiques dans son lit, enfin elle put se lever et vaquer, quoique péniblement, à ses occupations.

Les troubles sphinctériens persistèrent : la malade sentait le besoin, mais ne pouvait lui résister, les muqueuses uréthrale et anale restèrent anesthésiques.

Aucun changement ne survint dans son état jusqu'à son entrée à la Salpêtrière, si ce n'est qu'une nouvelle escarre fessière autrement localisée que la première, apparut il y a un mois ; en même temps elle fut prise d'une fièvre violente surtout le soir.

*Etat de la malade le 6 juillet* 1905. — La malade est pâle et amaigrie, son état général est des plus défectueux. Elle présente une fièvre élevéee, oscillant entre 39° et 40°, à type intermittent hectique. Elle tousse moyennement et rend des crachats muqueux assez abondants. L'auscultation des poumons révèle quelques râles congestifs à la base ; mais on ne trouve aucun foyer pneumonique et les sommets sont normaux.

*Motilité.* — Les mouvements spontanés des cuisses et des jambes sont possibles et se font dans une étendue suffisante.

La malade ne peut remuer du tout les pieds et les orteils, Alors que la force musculaire est nulle aux pieds, la répartition de cette force dans les autres segments varie beaucoup avec le mouvement considéré. Ainsi la flexion de la jambe sur la cuisse est très faible, l'extension, au contraire, est absolument normale.

A la cuisse la flexion et l'abduction sont très bien conservés, tandis que les mouvements opposés peuvent être empêchés par la résistance passive la plus légère.

Au tronc, au cou et aux membres supérieure, la motilité est normale en tous points. La malade ne peut marcher qu'avec des béquilles, alors qu'auparavant celles-ci n'avaient plus été absolument nécessaires.

Le pied est ballant et traîné sur le sol, et la malade est obligée de marcher uniquement avec les secours des fléchisseurs de la cuisse et des extenseurs de la jambe.

Les réflexes des membres inférieurs, tant tendineux (rotulien achilléen) que cutanés (plantaire) sont abolis. Le réflexe cutané abdominal est conservé. Il existe une atrophie musculaire diffuse des membres inférieurs, qui, au dire de la malade, auraient beaucoup augmenté dans les derniers temps.

*Sensibilité au contact.*— Le pied est totalement insensible, aussi bien sur la face plantaire que sur le dos. Cette aire anesthésique se prolonge en haut par une bande prenant toute la moitié externe de la jambe, tant en avant qu'en arrière et s'arrêtant au-dessous du genou.

Au niveau des fesses, il existe une anesthésie en garniture large d'une paume de main de chaque côté, et descendant un peu au-dessous du pli fessier. La vulve et son pourtour sont anesthésiques. Seule la région clitoridienne a gardé quelque sensibilité. Sur la face interne des cuisses, la sensibilité reparaît presque immédiatement. A la piqûre, les limites de l'anesthésie sont les mêmes qu'au toucher. Pour les sensations thermiques on observe des erreurs d'interprétation dans les mêmes régions. La sensibilité profonde n'a pas été examinée.

Les sphincters sont toujours insuffisants et le passage des matières et de l'urine n'est pas senti.

Au niveau de la région lombaire, environ à 2 cm. au-dessus d'une ligne passant par les crêtes iliaques, il existe une dépression assez accentuée de la colonne vertébrale, vestige du traumatisme ancien. La fracture semble avoir porté sur les 3e et 4e vertèbres lombaires.

Un peu au-dessous, dans la région anesthésique fessière, se voient deux escarres profondes et suintantes datant d'environ 1 mois 1/2.

L'état de la malade au point de vue des troubles nerveux ne s'est pas modifié. La malade, minée par une fièvre hectique à grandes oscillations, est morte des progrès de la cachexie, sans aucun accident inflammatoire terminal, le 3 août 1905, c'est-à-dire un mois après son entrée.

Autopsie. — *Rachis* : La partie postérieure des arcs lombaires montre que l'enfoncement osseux était relativement éloigné de la moelle, qui était peu comprimée.

*Moelle* : Foyer de méningo-myélite chronique caractérisée par des adhérences des méninges à la face postérieure de la moelle, qui est élargie transversalement du double de son diamètre normal et renferme une cavité centrale irrégulière. Le foyer de myélite assez bien localisé commence environ entre le 2e et le 3e segment lombaire pour se terminer au niveau du 4e ou 5e segment sacré.

Le canal épendymaire est normal partout, sauf dans la région dorsale moyenne, où, sur une longueur de plusieurs segments, il offre une lumière qui admet une fine aiguille.

A la face postérieure du bulbe, au niveau de la toile choroïdienne du IVe ventricule et sur la face postérieure des 2 premiers segments cervicaux siègent 3 petites masses gris-rose, molles, qui, disons-le tout de suite, à l'examen microscopique se sont montrées être constituées par du tissu muqueux un peu particulier. — Dans les centres nerveux supérieurs ainsi que dans les viscères, rien à signaler.

*Examen microscopique.* — L'endroit de la compression a été fixé partie au sublimé-iodé-formol, partie au bichromate-Marchi et coloré à l'hématéine-éosine et au Van Gieson.

Les lésions sont surtout nettes à la partie supérieure de la compression : l'endroit de la compression maxima se trouvait être fort difficile à couper.

La face externe de la dure-mère est normale, il n'existe pas la moindre trace de péri-pachyméningite. Tout l'épaississement, qui est suffisant pour tripler l'épaisseur habituelle de la membrane, s'est constitué au dépens de la face interne. Cette pachyméningite existe surtout en arrière et sur les côtés ; en arrière on trouve une symphyse totale des méninges et de la moelle, tandis que sur les côtés, la dure-mère est nettement limitée du côté de l'arachnoïde ; la pie-mère y est également libre.

La pachyméningite est constituée par du tissu conjonctif fibreux disposé en lames parallèles, entre lesquelles se trouvent de nombreux noyaux du type conjonctif, soit allongés et recourbés, soit arrondis, tous en train de proliférer. Par endroits, ces noyaux sont réunis en amas, par dizaines au plus. On les trouve soit autour des vaisseaux, soit en dehors d'eux sans prédominance pour les amas péri-vasculaire. Nulle part, on ne rencontre de cellules géantes.

Les vaisseaux de la dure-mère sont normaux, et si on trouve quelques vaisseaux sous-pie-mériens épaissis, l'épaississement

ne porte que sur la tunique moyenne et surtout sur l'adventice. L'endartère reste toujours normal.

Sauf au niveau de la symphyse méningo-médullaire l'espace sous-arachnoïdien est libre ; il ne contient pas de lymphocytes. Il n'y a donc pas à regretter qu'on n'ait pas fait de ponction lombaire pendant la vie. — Quant à la pie-mère, elle est normale et ne présente aucune trace d'inflammation.

La moelle ne contient presque plus de fibres nerveuses normales, on en rencontre encore quelques paquets dans les parties antérieures de la coupe. Il existe encore quelques cellules nerveuses arrondies, ayant gardé leur noyau et un ou deux prolongements.

Partout ailleurs, ce ne sont que des mailles vides formées par une névroglie à fines ramilles, contenant de nombreux noyaux. Ajoutons qu'on ne trouve ni corps granuleux, ni infiltration leucocytaire.

A l'endroit de la compression maxima, on retrouve les mêmes lésions ; dans la moelle dont nous n'avons pu obtenir que des coupes incomplètes, aucune fibre normale ne persiste. On en voit qui, assez bien colorées par la fuchsine, s'entrecroisent dans tous les sens, formant des espèces de nids. On ne rencontre pas de fibres nerveuses fines pouvant faire supposer un processus de régénération. La paroi postérieure de la cavité médullaire qui existait à ce niveau est irrégulière, non limitée par un processus névroglique, pseudo-gliomateux comme on le rencontre dans certaines cavités post-hématomyéliques. Les lésions dure-mériennes sont les mêmes que plus haut, l'infiltration embryonnaire est encore plus accentuée, mais sans constituer des amas pouvant faire penser à des tubercules.

Les racines rachidiennes, sans être enserrées par le processus méningitique, ne contiennent presque plus de fibres nerveuses ; et celles qui subsistent se colorent mal. La trame névroglique n'est pas épaissie.

Au-dessus de la compression on trouve une dégénérescence ascendante des cordons de Goll jusque dans le bulbe. Cette dégénérescence est pour la plus grande partie ancienne, seule, dans la région dorsale inférieure, la région limitée des fibres normales montre des granulations noires au Marchi. La dégénérescence des cordons postérieurs n'est pas systématisée. Les fibres endogènes sont également prises. La dilatation du canal épendymaire signalée plus haut est une dilatation simple sans lésions de l'épithélium.

**En résumé, nous nous trouvons en face d'une femme qui, 4 ans avant son entrée, subit un traumatisme, in-**

tense en apparence, de la colonne lombaire. Paraplégie et anesthésie absolues des membres inférieurs consécutives ; escarre qui guérit. Au bout de 5-7 mois l'anesthésie d'abord, la motilité ensuite, s'améliorent au point qu'un an après l'accident, la malade peut vaquer, quoique difficilement, à ses occupations. Quatre ans après, elle vient mourir à l'hôpital d'une infection partie de nouvelles escarres ; elle présente à ce moment une paraparésie flasque qui semble s'être accentuée de nouveau, de l'anesthésie limitée aux dernières racines sacrées et de l'incontinence de l'urine et des matières. Ces troubles sphinctériens n'avaient d'ailleurs subi aucune modification depuis le trauma initial. A l'autopsie, pachyméningite interne et myélite traumatique de la moelle sacro-lombaire.

Cette observation présente plusieurs côtés intéressants au point de vue de son évolution clinique et des constatations anatomiques.

Auparavant, faisons observer que la limitation de la lésion correspond exactement aux troubles moteurs observés, tandis que les troubles sensitifs sont beaucoup moins étendus que ceux auxquels on aurait pu s'attendre avec une myélite transverse, même incomplète.

Quoique les fractures de la colonne lombaire soient celles dont le pronostic est le moins grave, on admet d'une façon générale que si, au bout de quelques jours ou semaines, la guérison ou l'amélioration ne sont pas un fait accompli, on ne doit plus compter sur elles. Dans notre observation, ce n'est qu'au bout de 6 mois environ que la motilité a commencé à s'améliorer et qu'assez rapidement la malade a pu marcher suffisamment pour s'occuper de son ménage. Ce n'est que plus tard, peut-être sous l'influence débilitante de l'escarre, que les troubles moteurs se sont de nouveau accentués.

Le plus souvent les troubles des sphincters ont plus de tendance à la rétrocession que les troubles moteurs. Ici, ce fut juste le contraire ; et les troubles sphinctériens ont persisté sans changement, malgré l'amélioration motrice. L'assertion de *Gurlt*, à savoir : que l'on ne doit plus compter sur une amélioration alors que la paralysie du rectum et de la vessie n'ont pas rétrocédé au bout

de 8-9 semaines, est donc mise en défaut par notre cas.

Il est à regretter qu'il ait été impossible d'avoir des renseignements sur l'état et l'évolution des réflexes tendineux. Nous savons qu'au début, immédiatement après l'accident et pendant son séjour à la Salpêtrière, la paraplégie fut flasque ; il aurait été du plus haut intérêt, au point de vue de la théorie, de savoir comment se sont comportés les réflexes pendant la période d'amélioration motrice. S'ils étaient restés abolis d'une façon persistante, ce fait infirmerait la théorie que nous avons soutenue dans notre thèse, à savoir : que l'abolition permanente des réflexes au cours d'une section de compression incomplète indiquait un système nerveux incapable de réagir. Car c'est à une réaction de la moelle qu'il faut attribuer la spasmodicité habituelle de la paraplégie dans ces cas.

C'est surtout l'évolution en deux temps des accidents médullaires chez notre malade qui frappe : c'est-à-dire dès le traumatisme il y eut paraplégie absolue, puis amélioration et enfin reprise des accidents. Voyons si les constatations anatomiques peuvent nous expliquer ces particularités.

Faisons remarquer, d'abord, que le traumatisme a été peut-être moins violent qu'il ne pourrait sembler à première vue. En effet, à l'autopsie, on ne trouve qu'un enfoncement des arcs vertébraux postérieurs, qui restent à une certaine distance de la moelle. Cette constatation n'a pas de valeur absolue d'ailleurs. Nombreuses sont les observations de fracture grave où, à l'autopsie, on ne trouva aucun rétrécissement du canal rachidien ; on admet qu'il y a réduction spontanée dans ces cas. *Jolly* en a publié encore un en 1903, dans lequel la moelle n'était plus qu'un cordon fibreux confondu avec les méninges sans qu'il y eût le moindre déplacement vertébral, mais chez notre malade il ne semble pas y avoir eu de compression très forte de la moelle par la fracture, car celle-ci ne porta pas sur le corps vertébral et ne s'accompagna donc pas d'un déplacement très accentué.

Il est donc probable que l'aplatissement transversal de la moelle est moins le résultat du traumatisme que celui de la pachyméningite consécutive. Le shock, que

l'on voit, dans certains cas, durer jusqu'à 4 et 6 mois, ne suffit pas pour expliquer tous les accidents initiaux, car on ne comprendrait pas dans ce cas pourquoi seuls les sphincters soient restés totalement paralysés.

La cavité centrale qui existait dans le renflement pathologique de la moelle fait penser à la possibilité d'une hématomyélie traumatique. L'examen anatomique ne nous permet pas de nous prononcer en faveur de cette hypothèse qui, nous l'avouons, est tentante. Telle que la cavité se présente sur les coupes, elle ne tranche pas plus en faveur de l'hématomyélie que de la myélomalacie.

Quoi qu'il en soit de la lésion initiale, il n'en est pas moins vrai qu'il faut rendre la pachyméningite interne responsable des accidents postérieurs.

Cette espèce de méningite post-traumatique est assez rare. Le plus souvent on a affaire à une péri-pachyméningite, soit simple, soit tuberculeuse. L'origine traumatique du mal de Pott a été très discutée et *Menard*, dans son traité, tout en admettant le traumatisme vertébral comme cause éventuelle de la tuberculose des vertèbres, le croit extrêmement rare. Il en rapporte cependant un cas lui-même, d'autres cas probants ont été publiés par *Sayre Bradford*, *Lovett*, *Taylor*, *Marinesco*, etc. Un cas dans lequel il n'y avait pas de déformations vertébrales a été communiqué précédemment par *Touche*. *Thomas* et *Lortat-Jacob*. L'évolution clinique de cette pachyméningite tuberculeuse post-traumatique est tout autre d'ordinaire.

Il ne s'agit, en général, que d'un traumatisme simple de la colonne vertébrale, non suivi de phénomènes nerveux immédiats. Ce n'est que plusieurs mois, souvent davantage (un mois seulement dans l'observation de Touche) que se développent les troubles sensitivo-moteurs. Nous ne connaissons pas d'observations où une fracture ait entraîné une pachyméningite bacillaire, ce qui serait d'ailleurs possible.

Cliniquement, on ne peut pas, du reste, faire le diagnostic entre cette pachyméningite tuberculeuse et une pachyméningite simple, même avec le secours de la ponction lombaire. Dans les lésions tuberculeuses, la

symphyse des méninges fait, comme on le sait, que le liquide cérébro-spinal ne contient pas de traces de l'inflammation méningée sous la forme de lymphocytes. Dans notre cas, la ponction lombaire aurait également donné un résultat négatif, vu l'absence de tout élément figuré dans l'espace sous-arachnoïdien. En tout cas, il s'agissait de pachyméningite interne chronique simple, vu l'absence de toute lésion tuberculeuse ou syphilitique.

Un autre point digne de remarque est l'intensité de la réaction dure-mérienne à un traumatisme relativement faible. Des cas analogues sont rapportés par *Oustaniol* et par *Mac Ewen*.

Pour nous résumer, nous croyons donc que le traumatisme médullaire assez léger a produit une première lésion peut-être de nature hémorrhagique, ayant détruit totalement les centres sphinctériens, n'ayant fait qu'abrutir les fibres sensitivo-motrices des membres inférieurs.

La lésion de ces dernières a rétrocédé en partie, et c'est alors que s'est installée une pachyméningite interne qui, à son tour, a produit une compression médullaire. Nous croyons ainsi expliquer d'une manière satisfaisante l'évolution clinique un peu particulière de ces cas.

Pour terminer, nous insisterons encore une fois sur l'enseignement qu'il nous donne au point de vue du pronostic des fractures de la colonne lombaire. Il nous montre, en effet, que même au bout de quelques mois on peut espérer une amélioration des mouvements, malgré une paralysie sphinctérienne totale; au point de vue de la vie du malade, cette constatation n'a d'ailleurs qu'un intérêt relatif, puisqu'il finira par mourir des progrès de la méningo-myélite, d'une escarre, comme notre malade, ou d'infection urinaire.

BIBLIOTHÈQUE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE NANCY

---

## Imbécillité et épilepsie consécutives à un kyste hydatique de la dure-mère à parois ossifiées ;

PAR MM. AUBRY, médecin-adjoint de l'Asile de Maréville, et LUCIEN, interne des Hôpitaux de Nancy.

Les observations d'imbécillité consécutive à des tumeurs endocraniennes en général sont assez rares. C'est

à ce titre, et en raison de particularités spéciales dignes d'intérêt, que nous rapportons le cas suivant.

Observation. — C..., 38 ans. Imbécillité et épilepsie, hémiplégie spasmodique, nystagmus, troubles de la parole, accès répétés et escharres.

*Antécédents héréditaires.* — Nous manquons de renseignements sur la famille de la malade, nous savons seulement que le père, voyageur de commerce, breton d'origine, après avoir vécu à Metz, s'est retiré à Paris; il est actuellement décédé, de cause inconnue. La mère était d'origine lorraine, gérait un petit commerce de corsets; elle a également disparu sans que nous sachions ce qu'elle est devenue. Il n'existait pas de consanguinité ni de différence d'âge très accentuée entre les époux, qui étaient âgés l'un de 45 ans, l'autre de 33 au moment de la conception de la malade.

*Antécédents personnels.* — C..., Marie, est née à Metz le 5 mai 1867. Nous ignorons également dans quelles conditions se fit sa naissance, et son développement jusqu'à l'âge de 7 ans. A cet âge, l'enfant, jusque-là intelligente et d'apparence normale, fut « *prise de convulsions à l'occasion d'une rougeole* ». Elle présenta alors des crises à caractère *épileptique très fréquentes et rebelles à tout traitement.* A ce moment aussi se manifesta un véritable *arrêt de développement intellectuel et physique avec hémiplégie gauche.* Malgré une fréquentation relative de l'école, l'enfant ne put apprendre ni à lire ni à écrire, son caractère se modifia, et toute tentative d'éducation ou d'instruction demeura impossible.

Les accès épileptiques, très fréquents après les convulsions, de la 7e année, devinrent peu à peu moins nombreux, puis s'accrurent de nouveau de façon irrégulière jusqu'à l'âge de 18 ans. Alors, les parents, qui avaient jusque-là gardé assez facilement leur enfant, furent contraints en raison de leurs occupations de la placer à l'asile de Maréville le 4 mai 1885.

A son entrée, la malade était chétive, d'une très petite taille (1 m. 45) ; elle portait de nombreuses traces de suppuration osseuse du côté gauche, en particulier, et présentait une hémiplégie avec contracture.

Lorsque nous voyons C.., 18 ans après son entrée, son état ne s'est pas modifié sensiblement. Elle a pris cependant beaucoup d'embonpoint malgré la persistance de fistules osseuses au trochanter et à la face externe du calcanéum gauche. La taille ne s'est pas accrue. La face est fortement asymétrique, le front s'élargit à droite, et fait saillie en avant, la bosse frontale gauche semble en retrait. Le facies est masculin avec barbe et moustaches très développées, les oreilles sont plates et asymétriques. Le

globe oculaire droit est plus saillant, sa pupille est constamment très dilatée, et ne réagit pas ; de ce côté la vision est faible et à peine accusée. Le globe oculaire gauche est dévié en dehors. Nystagmus à oscillations rapides plus accusé à droite. *Hémiplégie spasmodique complète à gauche.* La tête est inclinée du côté gauche et se redresse difficilement, les traits de la face sont fortement déviés. Au membre supérieur, la contracture est complète, le bras, légèrement écarté du corps, l'avant-bras fléchi sur le bras ; la main est rabattue et déviée vers le cubitus, les doigts sont en flexion, les mouvements ne peuvent être provoqués, les masses musculaires sont atrophiées, molles et s'écrasent sous le doigt. Le membre inférieur est contracté en flexion, la cuisse repliée à angle obtus sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse, le pied est dévié en varus équin. La contracture est moindre qu'au membre supérieur, il existe quelques mouvements dans les articulations du genou et de la hanche, et la marche est possible sur le bord externe du pied avec une claudication très prononcée. Avec les parties molles, il existe une différence de longueur de 1 cm. 8 entre les deux bras, les membres sont atrophiés dans tous leurs segments, et sont le siège d'un œdème dur avec baisse sensible de la température cutanée. La sensibilité objective est très diminuée, mais l'état mental de la malade ne permet pas de l'examiner avec soin. — Les organes des sens paraissent suffisamment développés à l'exception des globes oculaires.

La malade est douée d'une bonne santé habituelle, et réglée régulièrement. Elle souffre d'une céphalée plus accentuée après les crises épileptiques, qu'elle indique par son attitude, la main sur le front, ou quelquefois par des plaintes très précises. La parole est embarrassée, traînante, scandée ; ces troubles sont également plus sensibles après les accès.

Niveau intellectuel très faible ; le langage est cependant assez bien développé, la malade connaît le nom des objets usuels, et s'exprime en des termes suffisamment compréhensibles. Elle n'a cependant aucune instruction même rudimentaire, ne sait lire ni écrire et ne connaît aucune des lettres de l'alphabet. Elle s'habille seule, mais sans soins, et se couche tout habillée, ne se gâte pas, mais ne prend aucune précaution, et se souille avec ses déjections.

Les sentiments affectifs sont peu apparents, et ses préoccupations consistent à manger sans cesse. Elle reste d'habitude assise dans un coin, repliée sur elle-même, l'air satisfait, souriant sans motif ; ramasse tout ce qui se trouve à sa portée, croûtes de pain et chiffons, dont elle forme un paquet qu'elle porte constamment dans son tablier ; elle dérobe aussi du linge, des chaussures qu'elle cache dans ses vêtements.

En dehors des moments où elle se trouve sous l'influence de

troubles épileptiques, elle reste calme, mais irascible, ne supporte le contact de personne, toujours prête à frapper ou à proférer des paroles grossières, si on veut changer ses habitudes ou lui donner des soins de propreté. Si une de ses compagnes passe dans son voisinage, elle l'insulte ou lance des coups de pied ; conduite à table ou au dortoir, elle pousse brutalement les personnes qu'elle rencontre. Elle mange goulûment et malproprement, suce toute la journée une croûte de pain. Parle peu et rarement spontanément, répète de temps à autre quand on lui donne des soins : « Je suis grasse comme un bœuf » et rit aux éclats ; dans ses accès de colère et de violence, ses insultes sont stéréotypées : « Infirmière de m..., sœur de ... », et répète ces mots sans varier pendant un temps très long.

Sujette à de petites et à de grandes crises épileptiques, à caractère jacksonien : les petites sont bien plus fréquentes que les grandes dans la proportion de 3 environ pour une grande crise. Alors C... devient subitement pâle, chancelle sans tomber, fait quelques pas, paraît absolument étrangère à ce qui l'entoure, puis s'assied, se relève et se met à courir devant elle en cercle, s'arrêtant pour repartir ensuite, criant d'une voix forte, la figure grimaçante, le bras gauche levé et écarté du corps. Elle bouleverse tout, s'accrochant de sa main droite aux personnes ou aux objets qu'elle rencontre.

Les grandes crises sont accompagnées de chute avec urines involontaires et convulsions très violentes ; elles sont très longues, plus longues sensiblement que les crises épileptiques ordinaires de ses compagnes. En raison de la contracture permanente, il est difficile de comparer l'intensité des convulsions des deux côtés du corps, cependant on remarque que, tout au début de la crise après une chute, toujours à gauche, la tête se fléchit plus fortement de ce côté, et que le membre supérieur gauche s'écarte alors de la poitrine avant toute convulsion à droite. Ces accidents comitiaux sont suivis d'un sommeil prolongé qui s'accompagne, au réveil, de confusion mentale accentuée avec idées de préjudice, et réclamations formulées dans un langage enfantin et monotone. La malade semble être alors sous l'influence d'illusions sensorielles qu'il n'est pas aisé de préciser en raison de la difficulté de l'examen.

Après les accès, la céphalée est augmentée, la malade se plaint, noue un mouchoir autour de sa tête, porte la main au front ; le nystagmus est accéléré, le strabisme est plus accentué. Ces accès convulsifs d'abord fréquents au début de la maladie et atteignant alors le nombre de 5 à 6 par jour diminuèrent peu à peu. En mai 1886, premier mois de séjour à l'Asile, on note un accès quotidien avec une série de 6 le jour de l'apparition des règles ; puis ils deviennent moins fréquents, et se maintiennent à un nombre

variant de 17 à 21 par mois sans série et à des espaces assez réguliers jusqu'au mois de septembre 1885.

De mai 1887, à décembre 1891, les accès redeviennent plus nombreux avec quelques séries de 4 à 5 crises quotidiennes.

354 accès en 1893
378 — 1894
441 — 1895

puis ils diminuent de nouveau

157 accès en 1900
156 — 1901
137 — 1902
105 — 1903

De janvier 1904 à septembre 1904, ils sont encore plus rares. Cependant depuis 2 ans, l'état de C... s'est modifié, le niveau intellectuel a beaucoup baissé, la confusion mentale s'est accrue ; le gâtisme apparaît, d'abord à de longs intervalles, puis de façon permanente, la malade parle à peine, ne se donne plus aucun soin, et vit d'une façon purement végétative. Elle a beaucoup maigri tout en s'alimentant assez régulièrement. Le 24 octobre, se produisent 4 petites crises coup sur coup, puis cet état s'aggrave rapidement

8 accès le 25 octobre
11 — 26 —
9 — 27 —
30 — 28 —
28 — 29 —
29 — 30 —
30 — 31 —
31 — 1er novembre.

Ces crises sont très violentes, et se suivent par série de 4 à 5. C... reste couchée sur le côté gauche, dans un état semi-comateux, la température se maintient à 39,8. Une eschare fessière est apparue et fait des progrès rapides malgré tous les soins. A partir du 3 novembre, les accès sont moins nombreux, varient de 10 à 15 par jour.

En décembre, 6 accès le 1er
1 — 15
3 — 27

Janvier 1905, 10 accès sans aucune série en février. Aucune crise. — En mai, 2 accès. — En avril, 1 accès.

Malgré cette diminution notable des accidents convulsifs, l'état

de la malade s'aggrave tous les jours, elle est dans un état de déchéance physique extrême, l'escharre a pris des proportions très étendues en surface et en profondeur, dénudant le sacrum et les dernières côtes.

L'état mental a peu varié, mais les troubles de la parole se sont accrus, les mots sont bredouillés, scandés irrégulièrement et à peine compréhensibles. — Décès le 16 avril 1905 à l'âge de 38 ans par suite d'infection et de broncho-pneumonie, dans un état de misère physiologique extrême.

Autopsie. — Kyste de la dure-mère à parois ossifiées. Atrophie par compression de l'hémisphère droit. Atrophie croisée du cervelet.

Cadavre émacié à l'extrême, incliné sur le côté gauche, qui est le siège d'une contracture invincible, plus accentuée au membre supérieur.

Eschares très étendues, à gauche en particulier, perte de substance remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate dénudant les régions lombaires et fessières, le sacrum, et descendant jusqu'à l'ischion. Cette escharre dépasse légèrement la ligne médiane, elle s'étale un peu sur la fesse droite, mais avec une profondeur moindre. A gauche, les trous sacrés sont à nu, ainsi que les lames des dernières vertèbres lombaires. Les trois dernières côtes sont dénudées sur une longueur de 8 cm, le périoste a disparu, le tissu osseux est noir et résistant. Fistules sur le trochanter et le calcanéum gauche, excavations profondes le long de la crête du tibia du même côté.

*Tête.* — Le crâne est recouvert d'une épicrâne mince, il est éburné, et malgré l'épaisseur normale il est doué d'une résistance telle qu'il nécessite des efforts très grands pour être rompu par le marteau. Cette résistance est plus marquée vers les frontaux; à ce niveau, l'os, blanc et sec, a l'aspect de l'ivoire. La calotte cranienne est légèrement adhérente à la dure-mère sous-jacente, au niveau de la ligne médiane et du pôle frontal droit, elle est asymétrique, moins épaisse et aplatie du côté droit. Une coupe frontale pratiquée au niveau des pariétaux mesure en des points symétriques, 6 mm. 2 à gauche et 4 mm. 9 à droite ; à la région moyenne de l'écaille pariétale, ces épaisseurs respectives sont de 5mm. A l'ouverture du crâne, la *dure-mère est épaissie, blanche*, ses vaisseaux sont très apparents. Elle donne à la palpation l'impression d'une toile résistante semi-rigide, dure à la coupe.

La calotte durale est traversée par un sillon sagittal très marqué. La moitié droite de cette calotte est plus étendue en hauteur et en largeur que la moitié gauche. Cette partie droite résonne sous le doigt, et recouvre une tumeur dure, développée

parallèlement à la faux du cerveau. La surface externe de la dure-mère est lisse, mais cette méninge présente à droite des foyers d'ossification situés le long de la faux du cerveau, et descendant sur la région rolandique. Ces foyers ont déterminé des nodules osseux au nombre de cinq, faisant saillie sur la face interne. Le plus volumineux de ces nodules présente une épaisseur de 6mm ; sa surface est tomenteuse, les autres font une saillie moindre, leur aspect est plus régulier.

La face interne de la dure-mère *est marbrée de zones colorées en ocre clair, dues à des extravasations sanguines assez récentes.*

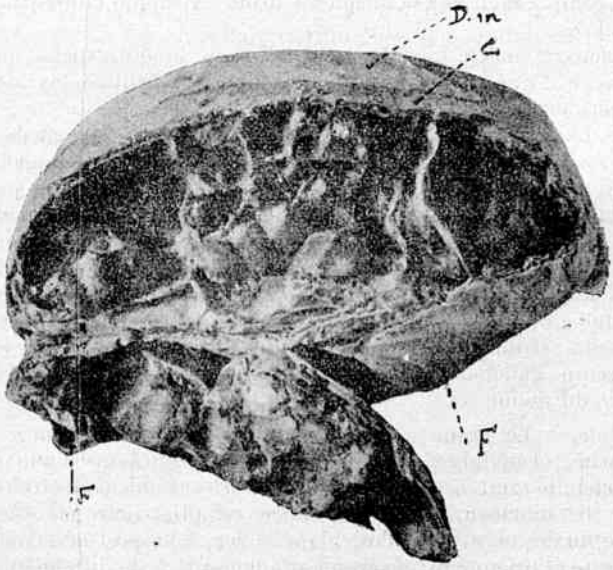



FIG. 3. — Tumeur, aspect intérieur après section longitudinale. D. m., Dure-mère. — F., Fond du cerveau. — C., Coque osseuse.

Cette coloration est beaucoup plus intense au niveau des foyers situés à la région occipitale, et à la face supérieure de la tente du cervelet, elle envahit également l'étage moyen de la base du crâne et délimite de chaque côté une aire à contours réguliers plus étendue à droite et dans laquelle la dure-mère est à demi-décollée du tissu osseux.

A droite, *l'encéphale est recouvert par une tumeur dure, entièrement comprise dans l'épaisseur du tissu dural et s'étendant depuis l'insertion ethmoïdale de la faux du cerveau jusqu'à son insertion postérieure.*

Cette tumeur affecte la forme d'un secteur de sphère, et présente une surface extérieure convexe, et deux surfaces internes à peu près planes. Son poids total est de 320 grammes environ. Les deux pôles de la tumeur sont distants de 17 cm. 5, sa plus grande longueur est de 7 cm. 5, sa hauteur maxima, de 5 cm. La face convexe est lisse, et s'applique contre la voûte cranienne, elle est limitée par deux bords : l'un est supérieur correspondant à la faux du cerveau, l'autre représente une ligne courbe, partant de l'extrémité antérieure de la faux, suivant ensuite un trajet horizontal, et s'infléchissant enfin pour rejoindre par un trajet descendant l'insertion sur la tente du cervelet.

Les deux faces inférieures sont séparées l'une de l'autre par une crête saillante, déprimant profondément les circonvolutions de l'hémisphère droit. Ces faces, légèrement tomenteuses, sont sillonnées de trajets vasculaires, et présentent plusieurs orifices donnant passage à des vaisseaux.

A la coupe, on constate que cette tumeur est développée dans l'intérieur du tissu dural, qui l'enveloppe entièrement d'une gangue fibreuse à laquelle elle adhère par de nombreux tractus assez lâches cependant sur la face convexe. Elle est formée d'une coque dure, d'aspect osseux d'une épaisseur inégale variant de 1 à 2 mm. Cette coque est tapissée intérieurement d'un feuillet gélatineux adhérent. De ce feuillet partent des cloisons qui décomposent la tumeur en de nombreuses loges secondaires : ces loges contiennent des corps de formes irrégulières, d'aspect blanc jaunâtre, d'un volume variable, étroitement entassés les uns contre les autres et limités par des faces tantôt planes, tantôt arrondies et plongeant alors dans les cavités anfractueuses remplies par un liquide citron limpide. Ces corps sont de consistance molle, très friables, s'écrasant sous le doigt en montrant de nombreux cristaux très réfringents ; quelques-uns présentent des parties pigmentées de coloration rouille. L'encéphale à l'état frais, 10 minutes après l'extraction, pèse 1080 gr., les méninges, transparentes et d'aspect normal sur les crêtes des circonvolutions, sont au contraire blanches, épaissies, légèrement adhérentes au niveau des scissures, cet état est plus accentué le long de la scissure interhémisphérique.

Les deux hémisphères sont très différents d'aspect en raison de la compression exercée par la tumeur. L'hémisphère droit est aplati, déprimé, beaucoup plus étalé qu'à l'état normal : l'hémisphère gauche, au contraire, est écarté de la ligne médiane et son diamètre transversal est très diminué au niveau de Fa. L'aspect de ce dernier hémisphère paraît, du reste, peu modifié quant à la forme générale des circonvolutions.

L'hémisphère droit est notablement altéré, le développement du kyste a converti la face supérieure en une surface plane, si-

tuée à 2 cm. au-dessous du bord supérieur de l'hémisphère opposé ; cette surface plane, modelée sur la face intérieure de la tumeur est creusée d'une rigole oblique se dirigeant en dehors et en avant et aboutissant par son origine postérieure, à la scissure interhémisphérique.

A ce niveau, le pôle postérieur de l'hémisphère, très écarté de la ligne médiane et déprimé surtout dans la région du cunéus découvre largement le lobe droit du cervelet.

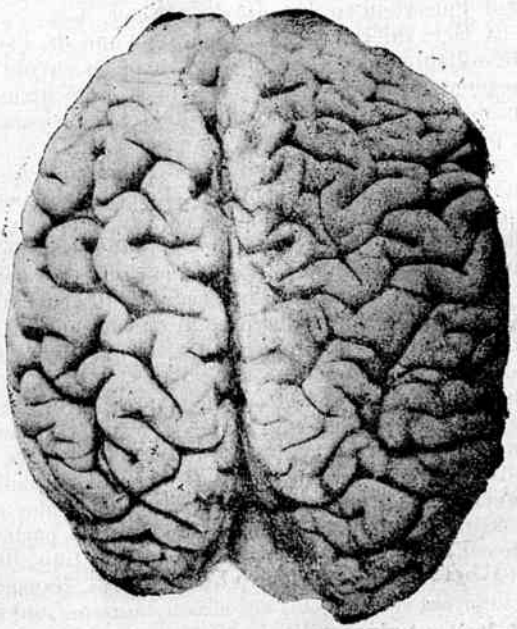


FIG. 4. — Encéphale, face supérieure.

La face convexe de cet hémisphère est donc divisée en 2 surfaces, l'une supérieure plane, l'autre externe, séparées par un bord saillant. Il en résulte ainsi une modification profonde de la topographie des circonvolutions.

La face externe est formée à sa partie antérieure par $F_3$ fortement divisée par des plis de passage profonds qui en modifient l'aspect. Au-dessous de la scissure de Sylvius, entièrement apparente sur cette face, $T_1 L_2 T_3$ ont conservé leur aspect habituel. $O_1 O_2 O_3$ sont également peu altérées.

La face plane déprimée comprend $F_2F_1$ et toute la partie postérieure de la frontale interne. La scissure de Rolando vient se terminer à 1 cm. 1/2 du bord interne, il en résulte que le lobule paracentral en entier est apparent sur cette face supérieure. Fa, Pa, $P_1$, $P_2$, le lobule quadrilatère, en font également partie.

La face interne de l'hémisphère rabattue vers l'extérieur se trouve ainsi considérablement réduite et limitée à la partie antérieure de Fa. à la circonvolution du corps calleux et au cunéus; toutes ces dernières circonvolutions sont peu développées, le cunéus en particulier a subi une régression très sensible.

A la base du cerveau l'espace interpédonculaire est profondément situé en contre-bas des circonvolutions olfactives; le pôle

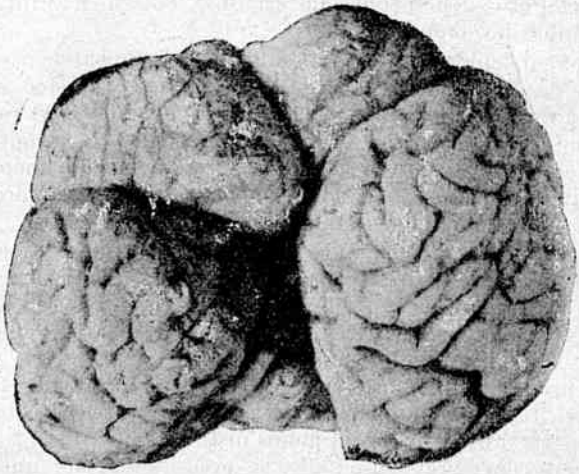


Fig. 5. — Encéphale, vue postérieure.

temporal droit est plus saillant, la région olfactive droite est élargie, ses circonvolutions sont aplaties. La protubérance et le bulbe sont écartés de la ligne médiane et déjetés à droite.

La face supérieure du cervelet est recouverte à droite par des méninges blanches épaissies. Les deux lobes sont très inégaux; ils sont le siège d'une atrophie croisée avec celle des hémisphères cérébraux et portant sur le lobe gauche, en particulier au niveau des amygdales. Après durcissement dans le formol, il existe une différence de poids de 22 gr.; le lobe gauche pesant 47 gr. et le lobe droit 69 gr.

*Le nerf optique droit est atrophié et réduit à un tractus mince d'aspect transparent*; les autres nerfs craniens ne diffèrent pas micros-

copiquement les uns des autres. La pituitaire est peu développée.

On trouve sur la base du crâne des déformations correspondantes à celles de l'encéphale. La fosse temporale droite augmentée dans toutes ses dimensions, en particulier en profondeur et en largeur, a dévié les petites ailes du sphénoïde, le rocher, et a rejeté en dedans les apophyses clinoïdes et la selle turcique ; elle mesure 6 cm. 20 de largeur ; la fosse gauche mesurant seulement 5 cm. 35. La gouttière basilaire a également une direction oblique. Cette asymétrie se retrouve au niveau des trous de la base qui sont déformés et déplacés à droite.

Des coupes frontales montrent que le corps calleux est très atrophié, la partie moyenne est réduite à une mince lamelle, le bourrelet et le genou sont plus accusés, tout en n'ayant qu'un bien faible développement.

Les ventricules latéraux ont subi une modification analogue à celle des hémisphères. La voûte est aplatie et déjetée en dehors, à droite ; au contraire, la cavité ventriculaire est resserrée et réduite à gauche. Par suite de l'abaissement de la voûte et du corps calleux, le septum lucidum est replié sur lui-même. La substance blanche est également moins volumineuse à droite, les noyaux gris sont moins développés.

La coupe de la protubérance montre que la région pyramidale a subi une atrophie très accusée ; à droite, cette atrophie se traduit à l'extérieur par une différence de forme très sensible, et peut être nettement suivie sur les coupes, jusqu'à la partie inférieure des pyramides bulbaires (1).

Au niveau des membres gauches, la contracture a persisté après la mort. Du côté hémiplégié, la peau est sans résistance, infiltrée, les masses musculaires sont moins distinctes, leur tissu a subi la dégénérescence graisseuse ; elles se présentent sous une forme jaunâtre cireuse, striée d'ocre, ayant tout à fait perdu l'apparence du tissu normal, et se laissant difficilement diviser en faisceaux de fibres.

Les aponévroses sont minces et sans reflet. — Les articulations après la section des parties molles restent peu mobiles ; leurs ligaments sont serrés, inextensibles, surtout au membre supérieur ; cependant les surfaces articulaires sont intactes ; le tendon du biceps est ossifié. — Les os sont atrophiés, ainsi que le montre le tableau ci-joint ; ils portent la trace de lésions suppuratives nombreuses (2). L'examen radiographique décèle une différence de structure, les diaphyses des membres gauches con-

(1) Voir *figure* 4.
(2) Voir les *figures*.

| PIÈCES SQUELETTIQUES EXAMINÉES. | DIMENSIONS | | | POIDS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Côté sain. | Côté paralysé. | Différence. | Côté sain. | Côté paralysé. | Différence. |
| | Centimètres. | Centimètres. | Centimètres. | Grammes. | Grammes | Grammes. |
| Humérus..... | Longueur... 28.90 | 27.20 | 1.70 | 112.50 | 81.»» | 31.50 |
| Epiphyse inférieure..... | Largeur.... 5.50 | 5.10 | 0.40 | » | » | » |
| » supérieure..... | » .... 4.25 | 4.10 | 0.35 | » | » | » |
| Cubitus..... | Longueur... 24.»» | 22.60 | 1.40 | 43.»» | 34.50 | 8.50 |
| Radius..... | » ... 22.20 | 20.»» | 2.20 | 36.»» | 24.»» | 12.»» |
| Fémur..... | » ... 39.80 | 39 »» | 0.80 | 292.50 | 255.»» | 67.50 |
| Epiphyse inférieure..... | Largeur.... 7.20 | 6.70 | 0.50 | » | » | » |
| Rotule..... | Longueur.. 3.81 | 3.62 | 0.19 | 10.50 | 7.50 | 3.»» |
| » ..... | Largeur.... 3.90 | 3.45 | 0.45 | » | » | » |
| » ..... | Epaisseur... 1.80 | 1.72 | 0.08 | » | » | » |

tiennent moins de tissu compact que les diaphyses droites (différence de moitié pour les humérus). A gauche également les travées osseuses du tissu spongieux sont plus écartées et circonscrivent des mailles plus larges.

L'examen *histologique* de la tumeur a montré que ses parois molles possédaient une structure lamellaire bien caractéristique. Des coupes pratiquées sur la dure-mère au point où cette méninge se dédoublait pour englober la tumeur ont fait voir que le feuillet dure-mérien proprement dit était très épaissi et composé d'éléments conjonctifs et de faisceaux fibreux, se groupant de façon à constituer deux couches d'inégale importance : une plus externe, formée de fibres dirigées d'avant en arrière, et une autre plus

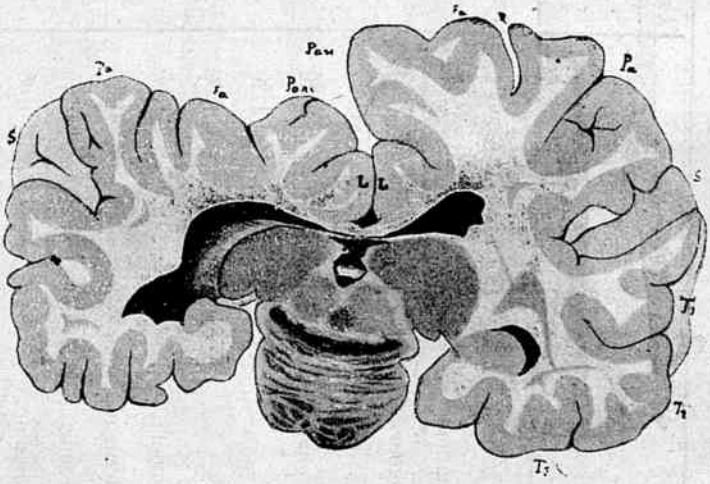


FIG. 6. — Calque d'une coupe passant par le lobule paracentral.

profonde, plus épaisse et plus dense, à fibres perpendiculaires aux premières. Dans ces deux couches cheminent des vaisseaux sanguins. La tumeur est entièrement comprise dans un dédoublement de ce feuillet profond auquel elle adhère plus ou moins intimement dans son étendue.

Une portion de la coque osseuse de la tumeur a été décalcifiée ; ses coupes traitées par l'hématoxyline-éosine suivant la méthode de Van Gieson se sont montrées constituées par du tissu conjonctif fibreux, dense et pauvre en éléments cellulaires, mais au milieu de ce tissu fibreux, on trouve des portions complètement ossifiées avec cellules osseuses typiques et système de Havers.

Les masses caséeuses contiennent un très grand nombre de cristaux de cholestérine.

Cette structure, la division du kyste par des cloisons membraneuses en alvéoles remplies de masses caséeuses, nous ont permis de conclure à l'existence d'un kyste hydatique pluriloculaire, ayant subi la dégénérescence spéciale déjà décrite pour ces kystes de l'encéphale, bien que nous n'ayons trouvé ni crochets ni cou-

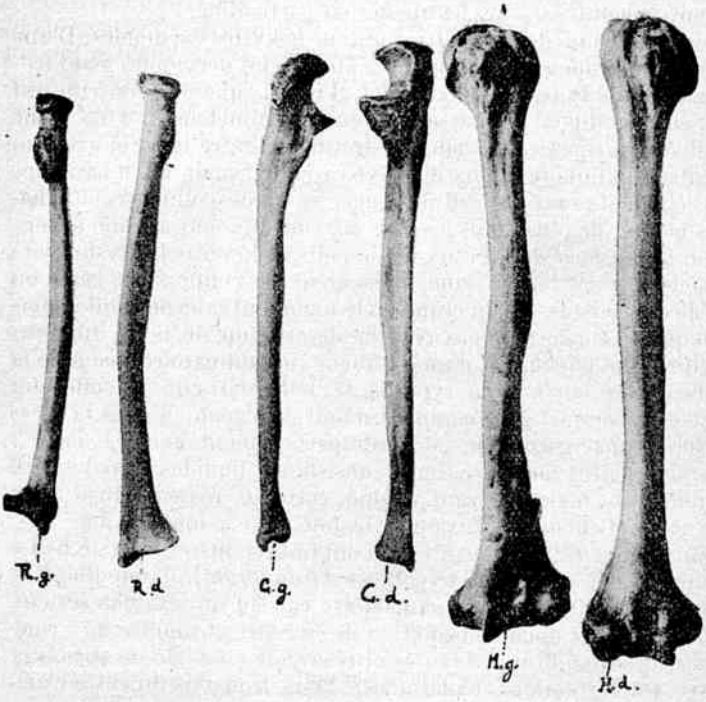



FIG. 7.— R. g., Radius gauche.— R. d., Radius droit. — C. g., Cubitus gauche. — C. d., Cubitus droit. — H. g., Humérus gauche. — H. d., Humérus droit.

che germinale, ce qui s'explique étant donné l'état d'involution de la tumeur. La coque osseuse répond à la membrane périkystique, formée primitivement aux dépens de la couche profonde de la dure-mère, qui s'est peu à peu imprégnée de sels calcaires et a enfin partiellement subi la transformation osseuse ; la tumeur évoluant vers la dégénérescence. Les transformations osseuses de ce genre se produisent suivant le mode habituel de l'ossification endo-conjonctive. Nous ne pensons pas que, dans le cas présent, il

soit besoin de faire intervenir la propriété ostéogénique de la dure-mère. C'est, en effet, la couche la plus externe de la dure-mère qui joue vis-à-vis du crâne, le rôle de périoste interne et encore cette propriété va-t-elle en s'atténuant à mesure que le sujet avance en âge. Dans notre observation, l'ossification s'est produite dans la couche durale la plus profonde, il en est du reste ainsi dans la plupart des ossifications de cette nature (ossifications de la faux du cerveau, de la tente du cervelet, etc.), si fréquemment rencontrées, chez les aliénés en particulier.

Il ne pouvait, de plus, être question de kystes dermoïdes. D'une étude de Lannelongue, consacrée aux kystes dermoïdes assez fréquents dans la région du cervelet, il résulte que leur contenu est en effet composé de masses caséeuses, grumeleuses, d'un blanc jaunâtre, disposées en couches stratifiées contre la paroi avec, au centre, un liquide séreux d'aspect variable ; mais au microscope ces éléments sont des cellules sébacées et des cellules épithéliales plates ; de plus, tous les faits ont constaté sans aucune exception la présence de cheveux ou de poils, et en outre les kystes dermoïdes, de par leur origine, présentent des connexions, canal ou pédicule, avec les os du crâne ou le tégument externe, toutes choses qui ne concordent pas avec la description de notre tumeur.

Reste la possibilité d'une tumeur inflammatoire liée à de la tuberculose ou à de la syphilis. M. Joffroy (1) cite en effet un kyste du cervelet gros comme un œuf de pigeon, et dont la description macroscopique concorde parfaitement avec la nôtre : parois ossifiées, masse caséeuse consistante, liquide citrin (histoire clinique du malade ayant même certaine ressemblance avec la nôtre). Cependant l'examen histologique a montré des vaisseaux et des cellules géantes qui ont fait repousser le kyste hydatique, et fait admettre l'hypothèse d'une lésion inflammatoire. Il ne peut en être de même dans notre cas où un examen sérieux n'a pu déceler aucune formation de ce genre et montré au contraire des membranes ayant la plus grande analogie de structure avec les formations hydatiques. Nous trouvons du reste une observation de M. Vigouroux, ayant trait à une tumeur du lobe frontal en tout point semblable, mais d'une grosseur moindre, et contenant des crochets de cysticerque, ayant permis d'affirmer nettement l'origine de cette production, malgré la présence d'éléments cellulaires nombreux et de vaisseaux (2).

Les kystes hydatiques endocraniens, ne sont du reste pas très rares, ils sont connus et décrits depuis une époque très ancienne. Dans une étude récente, Sato en ras-

(1) JOFFROY. — Congrès international de Neurologie de 1900.
(2) *Ann. Méd. pyschol.*, 1902, n° 2.

semble 128 cas, et, dans six mois de pratique hospitalière, dit en avoir rencontré quatre (1). Cette fréquence relative, au moins dans certains pays, permet de croire que le parasitisme du cerveau, si fréquent chez l'animal, est souvent méconnu et qu'on doit lui faire une certaine part dans le diagnostic des tumeurs cérébrales. Les kystes des méninges molles sont d'après certains auteurs plus fréquents encore, mais la dure-mère est moins souvent atteinte ; les hydatides de cette membrane sont peu signalées et comme dans notre cas se sont développées aux dépens d'un repli dural : faux et tente du cervelet de préférence. De plus il est rare que ces formations parasitaires aient une évolution aussi longue ; en général le dénouement en est rapide.

Dans le cas que nous rapportons, le kyste a existé pendant plus de trente ans ; il est logique de penser que la tumeur a été annoncée par les premières crises de la septième année ; cependant étant donné la tolérance du cerveau pour certains corps étrangers, il se peut que ces symptômes ne se soient manifestés qu'après que le kyste ait pris un certain volume. Il s'est développé ensuite de façon considérable causant l'atrophie de l'hémisphère droit et occupant près d'un cinquième de la cavité crânienne. Il est impossible de prévoir quand ce développement cessant il a subi la dégénérescence avec transformation caséeuse. Cette dégénérescence était certainement très ancienne au moment de l'autopsie. L'examen de la pièce le prouve, et le volume du kyste enserré dans sa coque osseuse, moulée contre la voûte crânienne, n'avait pas dû se modifier pendant de longues années. Cette tumeur, arrêtée dans son évolution, est restée longtemps sans causer de nouveaux troubles créant seulement quelques points d'irritation méningée, puis une pachyméningite ayant subi une accélération brusque hémorrhagique traduite au dehors par des accès répétés d'épilepsie. Signalons aussi la production d'escharres précoces et graves, et aussi l'existence de lésions osseuses suppuratives du côté hémiplégié coïncidant avec des troubles trophiques et vaso-moteurs. Le diagnostic exact de la

(1) Sato. — *Uber cysticerken im Gehirm des Menschen.* (*Deustche Zeitschrift f. Nervenheil.* Bd. 27, H. 1-2, p. 24).

cause eût été bien difficile à poser en raison du manque de symptômes spéciaux, et cependant il aurait permis une intervention chirurgicale efficace.

Le symptôme idiotie-épilepsie est assez rarement secondaire à des tumeurs endocraniennes développées dans le jeune âge. Nous n'en connaissons pas de cas liés à la cause que nous rapportons, et d'une aussi longue évolution. Le plus souvent il s'agit de tumeurs inflammatoires, de kystes dermoïdes, de sarcomes et il est rare que le malade atteigne un âge aussi avancé (1).

---

# THÉRAPEUTIQUE

---

## Un cas de gastrite hystérique traité par la psychothérapie (2) ;

Par Mme la doctoresse LIPINSKA.

Le but de la psychothérapie est de ramener à l'état normal l'individu dont l'équilibre intellectuel et physique est ébranlé. La perte d'équilibre peut se manifester par une excitation démesurée, une exagération des réflexes et de tous les mouvements, ou bien par une diminution de la sensibilité, laquelle devient rebelle à tous les excitants et va jusqu'à une anesthésie complète.

Le manque d'équilibre apparaît le plus clairement dans l'hystérie, c'est pourquoi les savants d'un grand mérite, tel Charcot, se mirent à étudier les phénomènes produits par l'hypnotisme sur les hystériques. Mais l'esprit humain, avide de résoudre les problèmes qui l'environnent, est disposé parfois à tirer de trop rapides conclusions de ses observations ; cette faute a été commise par Charcot. En 1889-1890 des expériences furent pratiquées à la Salpêtrière, sur des hystériques. Charcot, entouré d'auditeurs tels que Fournier, Babinski, Robin, Cornil, Marie, prétendait que les phénomènes hystériques et hypnotiques sont identiques et que ces derniers apparaissent

(1) BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques*, 1881, 1885, 1891, 1893, 1894.
(2) Communication au premier Congrès belge de neurologie et de psychiatrie, Liége, 20 septembre 1905.

seulement chez les hystériques. Le monde scientifique accueillit les paroles du maître avec enthousiasme. Tous les médecins se mirent à hypnotiser les malades ; néanmoins les idées saines ne reparurent pas chez les hystériques, lesquelles étaient les sujets de ces expériences.

Pendant que l'Ecole de la Salpêtrière expérimentait sur les hystériques, l'Ecole de Nancy, avec Bernheim en tête, étudiait le sommeil hypnotique chez les sujets bien portants ; elle aboutit à la conclusion que le sommeil hypnotique est la continuation du sommeil normal et que si les phénomènes hypnotiques apparaissent plus nettement chez les hystériques, c'est parce que toutes les manifestations sont plus vives chez elles.

Charcot, avant sa mort, écrivit à Dumontpallier qu'on ne peut pas déduire des expériences faites sur les hystériques des faits positifs quant à l'hypnotisme thérapeutique, ou le petit hypnostisme, lequel a pour but de calmer les nerfs. Il donna donc raison à l'Ecole de Nancy. Ainsi, de la lutte des deux écoles a surgi la vérité : l'hypnotisme thérapeutique occupe actuellement dans le monde la position qui lui est due.

On sait aujourd'hui que le traitement doit être approprié à l'individu, les médecins n'ignorent plus que le sommeil hypnotique ne peut nuire, pourvu qu'il soit la continuation du sommeil naturel ; les anciens préjugés sont tombés à ce sujet et la conclusion de l'Ecole de Nancy subsiste seule. Peu importe comment le sommeil est obtenu, soit en fixant un objet brillant, soit par l'apposition des mains sur le front, soit par la parole. Peu importe aussi combien de phases existent dans le sommeil hypnotique, quatre ou sept, pourvu que l'hypnotisme thérapeutique calme les nerfs et ramène l'équilibre perdu. Parfois le sommeil hypnotique n'est pas indispensable ; la suggestion verbale suffit : il ne faut pas, en effet, que les malades fassent des efforts pour s'endormir; le calme et la tranquillité sont parfois salutaires. C'est un fait connu maintenant que le sommeil, chez les hystériques, s'obtient difficilement, leur attention étant trop dispersée pour qu'elle puise être concentrée. Cependant le sommeil hypnotique donne, dans l'hystérie, des résultats bienfaisants.

En parlant de l'Ecole de Nancy, on ne peut pas passer sous silence le nom de son fondateur, le Dr Liebault. Médecin inconnu, il acquit une position indépendante et se sacrifia totalement à l'hypnotisme. Il parvint à guérir une foule de malades par l'hypnotisme, et ce génial observateur prouva que le sommeil prolongé suffit pour ramener l'organisme à la fonction normale.

En Lithuanie, un des amis du célèbre poète polonais Adam Mickiewicz, le Dr Joseph Siemaxzko, guérissait les paysans au moyen de pilules de pain ou de poudres insignifiantes, en insistant surtout auprès des malades pour qu'ils prissent ces pilules au moment du coucher du soleil, en regardant vers l'est. Aujourd'hui encore, les vieilles gens racontent, en Lithuanie, que le Dr Joseph Siemaxzko fut un célèbre médecin. Après avoir émis ces quelques idées générales, je tiens à présenter l'observation faite sur une malade :

Cette femme, servante à tout faire, était pâle, maigrie, avec un teint terreux ; elle attirait l'attention par son aspect décharné.

Agée de 42 ans, misérable, grincheuse, elle pleurait et se plaignait qu'elle ne pouvait rien tenir dans ses mains, tant celles-ci tremblaient toujours. Elle ajoutait que quelque chose l'oppressait au creux de l'estomac et remontait ensuite vers la gorge. Elle souffrait de maux de tête dans l'occiput, d'insomnie, d'une anorexie complète, avait de la constipation; ses règles était douloureuses et se produisaient toutes les 2 semaines. Son état durait depuis un an et dans les derniers temps il s'était aggravé.

L'état général était bon, mais la nutrition s'était ralentie ; température normale ; le pouls 76, plein, régulier ; la respiration normale, pas d'oppression. L'état des poumons était normal également sur toute leur étendue, on percevait le murmure vésiculaire normal, les bruits du cœur normaux, la forme du ventre habituelle ; il y avait hyperesthésie des ovaires et du creux de l'estomac.

*Système nerveux.*— Les réflexes tendineux augmentés ; tremblement des mains à chaque mouvement ; les réflexes pharyngiens et oculaires étaient abolis, tremblement des paupières ; les pupilles réagissaient normalement. Pas de troubles sensitifs.

L'analyse des urines ne donnait rien de particulier.

Le 15 août 1902, on donne à la malade : Menthol 0.10 centigr. Teint. de valériane 20 gr. XX gouttes par jour. Le 16 août, la

malade pleure toujours, l'anorexie dure encore, et elle ne peut même penser à la nourriture ; l'insommie est complète et l'amaigrissement continue.

Le 17 août, on fait l'analyse du suc gastrique et on trouve une quantité exagérée d'acide chlorhydrique. J'eus recours à la suggestion. La durée de celle-ci est de 10 à 15 minutes, ensuite la malade sommeille une demi-heure. Je lui suggère qu'elle allait se sentir mieux : la malade se calme et promit de manger un petit pain.

Le 18 août, la malade se sent mieux, elle a dormi, elle a mangé le petit pain, elle a pris une tasse de thé. Le 19 août : elle dort mieux, elle dit qu'elle se sent en meilleur état ; le dégoût de la nourriture diminue, elle promet de manger du potage. Le 20 août 1902, la sensation de contraction dans le creux de l'estomac et dans la gorge persiste. On la suggestionne encore pendant 20 à 25 minutes, et elle dort trois quarts d'heure, se calmant et ne se plaignant plus.

Le 21 août : la malade mange et dort bien, elle s'intéresse à son entourage, ses traits sont reposés.

Ce qui est particulier dans ce cas, c'est que la malade n'a jamais entendu parler de l'hypnotisme, ni de la suggestion. Après avoir essayé beaucoup de médicaments (fer, bromure, vin de quinquina, etc.) elle en était arrivée à une indifférence complète : après quelques jours de suggestion elle en revient à son état normal. Dans les premières séances, la suggestion fut de fort courte durée et très simple. Depuis, je n'ai pas eu de nouvelles de la malade et à mon grand regret, il m'est impossible de dire si le résultat obtenu a été de longue durée.

---

# RECUEIL DE FAITS

---

## Un cas de myotonie congénitale ;

Par le Dr Fr. MEEUS

Médecin de la colonie de Gheel.

J'ai eu l'occasion d'examiner récemment un malade atteint de la maladie de Thomsen : comme cette affection est assez rare, j'ai cru utile de présenter ici l'histoire

de ce malade qui était venu consulter le médecin uniquement pour avoir un certificat d'exemption du service militaire.

1° *Histoire de la Famille. — Côté paternel.* Le malade est un enfant naturel. Toutefois, tout fait présumer que l'homme qui a épousé plus tard la mère, est aussi le père réel (1). Du côté du père présumé donc, la famille se compose de gens tous solides et bien portants. — *Côté maternel.* Ici la famille se compose de neuropathes et d'aliénés. Une de ses grand'tantes fut atteinte de folie périodique. Une tante, sœur de la mère du malade, traversa deux crises de mélancolie, l'une il y a 7 à 8 ans durant une grossesse, l'autre l'an dernier, durant l'évolution d'un pyo-salpinx. Une autre tante, également sœur de sa mère, traversa aussi deux crises de mélancolie, l'une il y a 10 à 12 ans, l'autre il y a deux ans lors de la mort d'un enfant. Pas de suicides dans la famille.

Pas de consanguinité. — Le père est un solide gaillard, mais aussi un buveur enragé. La mère est bien portante à tous les points de vue. Ils ont eu quatre enfants : un fils, le malade en question, et trois filles dont l'une est morte à l'âge de cinq ans et les deux autres se portent bien.

2° *Antécédents personnels du malade.* — L... St... est un jeune homme de 19 ans, conscrit de cette année, bien constitué, taille moyenne ; pas de signes notables de dégénérescence.

N'a jamais fait de maladie sérieuse ; célibataire, menuisier de profession, mène une vie régulière et active, et ne fait aucun excès.

Le mal dont il souffre est *congénital* : le malade affirme nettement avoir toujours été raide dans les mouvements, mais cette raideur s'est encore accentuée vers l'âge de 14 ans (puberté) et est restée stationnaire depuis.

3° *Etat actuel.*— D'après les renseignements du malade, il existe chez lui une raideur au début de tous les mouvements volontaires tant aux bras qu'au tronc et aux jambes. Une fois les muscles bien mis en mouvement, cette raideur disparaît. Le malade sent parfaitement cette raideur envahir ses membres, mais elle n'a rien de douloureux et constitue une simple gêne des mouvements.

La somme de travail qu'il fournit est aussi bonne que celle de ses compagnons, bien qu'au travail son mal peut lui jouer des vilains tours. Quand il veut, par exemple, soulever une lourde planche, la gêne qui caractérise le début du mouvement rend le soulèvement difficile et quand il y est parvenu, la raideur générale que cet ef-

(1) Des renseignements sur la famille m'ont été fournis par le médecin de la commune où demeure le malade.

fort semble avoir stimulée, est portée à son summum, et lui empêche de déposer la planche sur sa table de travail. Il la maintient soulevée dans ses bras raidis et doit attendre quelques secondes pour que la tension se relâche et qu'il puisse déposer la planche à l'endroit voulu.

Il peut marcher très vite et longtemps : ainsi pendant de longs mois il a fait plusieurs fois par semaine, à pied, la route d'aller et retour de Sch... à Anvers, soit environ 2 h. 30, pour suivre en ville des cours de perfectionnement professionnel. Mais, il doit s'y prendre prudemment, d'abord faire des petits pas, puis accélérer progressivement la marche. S'il veut accélérer brusquement le pas, ses jambes se raidissent, et il tomberait s'il voulait continuer. Pendant la marche aussi, alors que la première raideur s'est dissipée et qu'il marche d'un pas alerte, une émotion soudaine, un appel, une simple bousculade peuvent provoquer l'apparition instantanée de la crampe indolore : tout son corps se raidit comme un bâton et le malheureux tombe si on ne le soutient.

*Examen du malade.* — La physionomie du malade est placide comme un masque, la bouche petite, et quand il parle, c'est surtout la langue qui se meut, les lèvres restant presque immobiles comme le reste de la face.

Quand on le fait lever et marcher, il y a ordinairement, mais pas toujours, une gêne *visible* des mouvements, puis, après avoir fait deux en trois pas, il écarte les jambes, fauche légèrement, s'arrête une dizaine de secondes puis continue la marche sans gêne apparente. Se maintient parfaitement debout les jambes rapprochées et les yeux fermés ; marche sans aucune difficulté sur une ligne.

Quand il a voulu remettre ses bas que nous avions fait enlever pour l'examen, il a d'abord paru très mal habile et les doigts étaient raides ; après quelques tâtonnements il a pu mettre ses bas et ses bottines aussi aisément qu'une personne normale.

*Examen du système nerveux.* — *Sensibilité* normale tant pour la finesse que pour la localisation ; aucune zone d'anesthésie, ni d'hyperesthésie ; aucune douleur ni spontanée, ni provoquée.

*Motilité.*— Sauf la gêne spéciale décrite plus haut, il n'y a aucun trouble des mouvements *volontaires*, la force est normale ; la pression exercée quand le malade nous serre la main se fait sans saccades. L'écriture est courante. Le malade présente aux mouvements *passifs* une résistance variable : tantôt plus forte que la normale. Les principaux mouvements *réflexes* sont absents : nous n'avons pu obtenir la manifestation des réflexes du genou, ni du bras, ni du réflexe cutané plantaire, ni le réflexe pharyngien. Le réflexe cornéen est faible ; les différentes formes des réflexes papillaires sont normales. — Les circonstances ne nous ont pas permis de rechercher les réactions électriques.

Intelligence : moyenne. Comme le malade a fréquenté jusque maintenant des cours de perfectionnement professionnel, on peut même affirmer que ce n'est pas un ouvrier ordinaire. Il paraît timide ; n'a jamais de maux de tête ; ne se plaint de rien. N'a aucune phobie. Comme je lui demandais si ce n'est peut-être pas la peur de ne pouvoir marcher ou de tomber qui lui joue ces méchants tours, il me répond qu'il n'a jamais eu de pareille idée ; que d'ailleurs la crampe indolore le saisit si brusquement qu'il n'a pas même le temps d'y songer. Au surplus, le malade vit avec son mal, ne s'en soucie guère, et si ce n'était le désir, d'ailleurs très légitime, d'avoir un certificat d'exemption du service militaire, il n'aurait jamais consulté un médecin.

*Système musculaire.* — Les muscles sont bien développés, mais pas outre mesure ; proportionnellement, toutefois, la musculature des mollets est plus forte que celle des bras.

La contraction idéo-musculaire provoquée par le pincement et la percussion, est quasi nulle aux bras, nettement accentuée aux mollets.

*Fonctions digestives respiratoires* : rien de spécial. *Circulation.* Pouls toujours aux environs de 100 ; irrégulier. Cœur excité ; pas de bruits anormaux. Pas de varices.

*Peau, nutrition générale* : en bon état de nutrition ; graisse normalement abondante, paraît être excellente.

*Urines.* La recherche de la créatinine signalée dans les urines de myotoniques (Bechterew, Karpinsky, Wersiloff) n'a pu être faite, le malade n'étant venu qu'une fois en consultation.

Dans l'histoire du malade nous trouvons, en dehors des symptômes caractéristiques de la raideur musculaire, comme choses plus spéciales à noter :

1° *L'absence d'hérédité homologue* : aucun membre de la famille n'a jamais rien présenté de semblable.

Il y a donc eu une transformation d'hérédité : car à côté de l'alcoolisme invétéré chez le père, il y a une hérédité nerveuse et surtout mentale du côté de la mère.

2° *L'absence des principaux réflexes.* Dans l'état actuel de la question des myotonies congénitales, on n'en saurait donner une explication plausible, pas plus d'ailleurs que des autres symptômes neuropathologiques et même psychiques que divers auteurs ont observé concurremment avec l'affection fondamentale.

3° Dans le cas actuel, la myotonie constitue une infir-

mité gênante mais qui n'empêche pas notre malade de vaquer à sa besogne journalière. Quant à son aptitude pour le service militaire, il faut faire les réserves les plus formelles. (1). Il pourrait lui arriver ce qui arriva à un malade de Seeligmuller qui faisait le désespoir de l'instructeur militaire parce qu'il ne parvenait pas à manier le fusil avec la rapidité et la dextérité nécessaires. Dans les exercices d'ensemble, la parades, le mal serait encore plus grand.

---

# CLINIQUE MENTALE

## Mal perforant et paralysie générale :

Par le Dr **MARIE**, médecin en chef à Villejuif, et le Dr Madeleine **PELLETIER**, interne du service.

Nous avons pu étudier dans notre service trois paralytiques généraux qui présentaient, au niveau de la plante du pied, des maux perforants symétriques.

Obs. I. — Le premier de ces malades, Aub..., est entré à l'Asile le 1er décembre 1902 avec le certificat suivant du Dr Legras :

« Paralysie générale, affaiblissement intellectuel. Projets extravagants. Insomnie. Idées délirantes de richesse. Inégalité pupillaire. Troubles de la parole. Mal perforant du pied gauche. »

C'est un malade de 43 ans, célibataire, ne présentant pas d'antécédents héréditaires au point de vue nerveux. Le père serait mort à 24 ans d'une affection cardiaque.

Le malade nie la syphilis. Comme signes physiques, il présente de l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll-Robertson. La parole est traînante avec des accrocs aux mots d'épreuve.

A son entrée, le malade présentait des idées délirantes de grandeur caractéristiques. Il devait, disait-il, épouser prochainement une jeu ne fille très riche ; un ami de son beau-

(1) « Ils ne conviennent généralement pas pour le service militaire » (H. Oppenheim, *Lehrburch der Nervenkrankheiten*. Berlin, 1902. Verlag S. Karger, p. 240.)

frère devait mettre à sa disposition des voitures, des domestiques, etc.. Depuis son entrée, le malade a présenté des périodes alternatives d'amélioration et d'aggravation ; actuellement, quoique toujours affaibli au point de vue mental, il est en rémission quant à ses idées délirantes et il aide assez bien les infirmiers dans leur besogne journalière. Le point intéressant à signaler, c'est que, en même temps que s'opérait la rémission mentale, les maux perforants s'amélioraient aussi ; la suppuration tarissait et la plaie était en bonne voie de guérison. Actuellement, les idées délirantes sont disparues. « Je croyais en effet avoir des millions, mais parce j'étais fou.» L'aspect est déprimé et l'affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles est très net.

Obs. II. — Notre second malade, Bou.., est décédé. Chez lui également, on a pu constater, à son entrée dans notre service, les symptômes évidents de la paralysie générale. Après une période d'excitation intellectuelle et physique, il est entré en rémission. Malheureusement, l'amélioration a été de courte durée ; bientôt le malade s'est excité à nouveau et il a été emporté très rapidement.

Comme le précédent sujet, Bou... présentait au niveau de la plante du pied, à droite et à gauche, plusieurs maux perforants. Avec la rémission psychique, les deux lésions du pied se sont amendées elles aussi. Enfin, lorsqu'est survenue la période d'excitation terminale, on a vu les maux perforants se rallumer tout comme la maladie ; les ulcérations se sont creusées à nouveau et ont donné lieu à une suppuration abondante. Le malade a présenté des traces de sucre dans les urines à l'entrée. Dans la dernière période qui précéda la mort, il a eu de l'œdème des membres inférieurs et de l'albuminurie finale. Il était syphilitique depuis l'âge de 28 ans (décédé à 42 ans). Sa mère était morte d'affection du cœur. Il avait 4 enfants bien portants (de 5, 7, 8 et 18 ans). Non buveur. Traité par Hg et Ki à Broca, 18 mois avant l'entrée. Les maux perforants avaient débuté 3 ans avant l'internement avec les symptômes tabétiformes (incoordination motrice et abolition des réflexes).

Obs. III. — Malade B..., Jean, 48 ans. Entré dans le service le 15 septembre 1905.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort de pleurésie. Mère goitreuse, morte quelques années après ? Fils unique, marié ; deux enfants bien portants.

*Antécédents personnels.* — Nie la syphilis ; mais a eu une suppuration à l'aine et a été traité à l'iodure de potassium par

M. Heurteloup (1) au Midi. Depuis 15 ans ? Tabès ; douleurs fulgurantes, troubles de la marche. Alcoolisme ; 2 litres de vin au moins, absinthe, marc ; employé depuis 24 ans sur les trains en marche au P. L. M., comme conducteur.

*Examen mental.* — Ne sait pas très bien où il est. Se croit près de Sainte-Anne, une maison où on soigne toutes sortes de maladies. Pas d'idées délirantes de grandeur bien nettes : mais malade content de lui-même et des autres. Attention difficile à maintenir.

*Signes physiques.* — Légers accrocs aux mots d'épreuve, mais ils disparaissent si on les fait répéter plusieurs fois. Tremblement de la langue, propulsions et rétractions. Inégalité pupillaire, pas de réflexes. Abolition des réflexes rotuliens. Démarche peu nette comme tabès ; ne fauche pas. Signe de Romberg. Les maux plantaires perforants et symétriques sont actuellement en voie de guérison depuis qu'il a pu être maintenu couché. Autour des ulcérations, la sensibilité reste très atténuée. Phosphaturie simple. Aurait eu, à Saint-Antoine, l'œdème des jambes avec albuminurie passagère.

Les premiers auteurs qui se sont occupés du mal perforant (Leplat, 1855) lui attribuaient une cause toute mécanique. Ils pensaient qu'il était dû à la pression du pied sur le sol, ainsi qu'au port de chaussures mal faites. Comme preuve, ils alléguaient que le mal perforant était plus rare chez la femme ainsi que dans les classes aisées. Gosselin et Velpeau partagèrent également cette manière de voir ; pour eux, la pression développait une inflammation des bourses séreuses à la suite de laquelle se creusait l'ulcération. Plus tard, on tenta de remplacer la théorie mécanique par une théorie vasculaire. On avait remarqué que les maux perforants sont rares dans la jeunesse et que très souvent ils coexistent avec l'artério-sclérose. Cependant, si ce dernier fait est exact, il ne prouve pas que l'état des vaisseaux soit en cause, attendu que nombre d'artério-scléreux ne présentent pas de maux perforants. C'est à Duplay et Morel que nous devons l'explication

(1) M. Heurteloup lui aurait dit : « Le quart des parisiens m'est passé ainsi par les mains. »

actuelle du mal perforant : la théorie nerveuse, d'après laquelle le mal perforant est un trouble trophique lié assez souvent à de graves lésions du système nerveux central. Ball et Thibierge ont signalé le mal perforant dans le tabès ; parfois il précède l'ataxie et est contemporain des douleurs fulgurantes de la période du début. On l'a rencontré également dans le spina bifida et notamment dans le spina bifida latens.

Dans nos observations, les maux perforants ont précédé la paralysie générale ; leur amélioration a cependant été suivie dans deux cas d'un état de rémission des signes physiques et mentaux. Dans l'autre, l'aggravation finale, prémonitoire de la mort, a coïncidé avec la reprise du processus ulcératif perforant, malgré le séjour au lit fréquent et le repos prolongé du malade à l'infirmerie.

Voici, d'après la thèse de Gasoul, la proportion des diverses affections nerveuses compliquées de mal perforant : Nombre des cas observés : 91 ; ataxie 32 ; paralysie générale 17 ; Alcoolisme 8 ; traumatisme 4. Les autres coïncident avec des affections diverses (diabètes surtout.) C'est M. Christian (1) qui l'un des premiers a signalé le mal perforant dans la paralysie générale. Marandon de Montyel l'y a signalé également ; mais d'après lui, il se rencontre surtout quand la paralysie générale se complique d'alcoolisme. D'après lui également, l'existence du mal perforant favoriserait les rémissions de la maladie.

Outre l'action de l'affection elle-même, le rôle des indications dans la genèse des maux perforants chez les paralytiques généraux semble également confirmé par l'observation de notre malade Bau... Chez lui, en effet, le mal perforant serait survenu à la suite d'une intoxication grave provoquée par l'ingestion de viandes avariées. Pour certains auteurs, d'ailleurs, il ne fau-

(1) Christian. — « Le mal perforant dans la paralysie générale ». (*Union médicale*, 1882.)

drait pas adopter, en ce qui concerne l'étiologie des maux perforants, la théorie nerveuse d'une façon trop exclusive et la compression aurait aussi une certaine part.

Si l'on observe, en effet, que presque toujours (quoiqu'on ait signalé un mal perforant palmaire) le mal perforant siège à la plante du pied et précisément au niveau du gros orteil, point sur lequel porte en partie le poids du corps, on se rendra compte que la cause mécanique doit avoir sa valeur. Certes elle n'est pas la seule, et il faut y joindre les troubles résultant de lésions du système nerveux, soit périphérique, soit central ; néanmoins la pression reste quand même un facteur.

Au reste, il est logique, à ce point de vue, de rapprocher du mal perforant les eschares du coude ou des talons et celles du (sacrum) si fréquentes, elles aussi, dans la paralysie générale. Or, comme cette dernière se rencontre surtout chez les malades couchés, il est probable que la pression qui s'exerce alors au niveau du sacrum y soit un facteur d'une certaine importance. C'est donc la théorie mixte, mécanique et nerveuse qui semble devoir fournir au mal perforant l'explication la plus satisfaisante. Ainsi que le rappelait, à propos des eschares des paralytiques, M. le Dr Vigouroux dans une récente communication à la Société médico-psychologique, on peut opposer au décubitus omniosus de Charcot et aux eschares médianes du sacrum (généralement progressives et graves), les eschares unilatérales fessières, généralement curables et en rapport avec un élément périphérique local (pressions et troubles trophiques des tissus comprimés) ; les eschares talonnières ou plantaires, compris les maux perforants qui nous occupent, seraient de même ordre que certaines eschares latérales ; auraient-elles aussi une action sur la marche de la maladie, et leur évolution serait-elle en rapport parfois avec les phases critiques prémonitoires des ré-

missions ? *On sait les théories anatomo-pathologiques variées invoquées par les auteurs pour expliquer les maux perforants et les eschares en général de la démence paralytique : elles se ramènent à trois. Les uns invoquent une* **lésion locale**, *la névrite terminale et l'hypérémie neuro-paralytique (Charcot), la lésion vasculaire sous-cutanée (Durante), infarctus artério-scléreux (embolie ou thrombose), ou foyers miliaires vaso-paralytiques (Klippel), ou bien le foyer septique sous-cutané au point contus (malpropreté des literies et négligences du personnel). D'autres invoquent une* **lésion centrale** *des centres corticaux vaso-trophiques (Joffroy), des ganglions trophiques spinaux (Déjerine), ou des racines nerveuses en émanant (névrites de Pitres).* Enfin, certains ont invoqué une dyscrasie générale sanguine (A. Voisin), ou infection septique dont la détermination en foyer ne serait qu'un abcès de fixation. Dans cette catégorie rentreraient les intoxications exogènes (alcool, plomb, etc.), ou endogènes (syphilis, diabète) ; nos observations s'en rapprochent par les antécédents spécifiques, le diabète transitoire et l'empoisonnement alimentaire relevé.

L'un de nos malades, éthylique, a aussi des abolitions de réflexes relevant des scléroses médullaires combinées probables, tabétiformes.

M. Decoré, comme M. Deguise, prétend que, chez les paralytiques généraux, les plaies prennent rapidement un mauvais caractère. Une simple excoration peut, dit-il, devenir le point de départ d'un phlegmon diffus très étendu. Pour le chirurgien de Charenton, il existe chez les paralytiques généraux une véritable diathèse purulente. Il y a plus de quarante ans que M. Baillarger a signalé cette tendance de suppuration chez les paralytiques. C'est cette prédisposition, suivant l'éminent aliéniste, qui fait que les eschares se développent en dehors des points exposés aux compressions. Il a observé lui-même un de ces cas de suppuration pro-

longée et apporté des observations de phlegmons développés sous l'influence de causes très minimes. Il y aurait donc, dans la paralysie générale, déviation du travail curatif, formation du pus. Cette tendance à la gangrène qui existe incontestablement dans un grand nombre de cas n'est cependant pas constante. M. Dagonnet croit qu'elle ne se montre qu'à une période avancée de la maladie. Pour lui, dans les premières périodes de la paralysie générale, les plaies guérissent rapidement.

En résumé chez les paralytiques généraux, les plaies ont une tendance à la suppuration qu'elles ne présentent pas chez d'autres. Peut-être les différences observées tiennent-elles, indépendamment de la période à laquelle la maladie est arrivée, à la participation plus ou moins grande de la moelle aux lésions du cerveau. Tendance à la suppuration, tel est donc le caractère que la paralysie générale imprime aux blessures (DECORCE).

Nous avons vu également que l'amélioration des maux perforants apparus chez nos malades a coexisté avec des rémissions notables dans la marche de la paralysie générale. Si l'on s'en rapporte aux travaux de nombreux aliénistes, il n'y aurait pas là seulement une coexistence, mais une véritable liaison de cause à effet. L'un de nous (1) a signalé l'influence bienfaisante des suppurations et de leur cure pour la marche de la maladie, nombre d'observations ont été publiées de paralytiques généraux, même à la troisième période, ayant présenté des améliorations d'assez longue durée à la suite de la cure de suppurations prolongées, dues à des causes diverses, telles que maux perforants, eschares, pleurésies purulentes, phlegmons, etc. (Baillarger, Vallon, Doutrebente, Christian, Joffroy, etc.). De là à provoquer artificiellement des suppurations dans l'espoir d'obtenir après leur cure les bons effets des suppura-

(1) Dr A. MARIE et VIOLLET. — Suppuration et rémission dans la paralysie générale.

tions spontanées, il n'y avait qu'un pas que naturellement on a franchi.

Malheureusement les résultats de cette thérapeutique n'ont pas été encourageants et on n'a eu guère à enregistrer que des échecs.

TABLEAU.

| CAS | SEXES | AGE | MALADIE MENTALE | MICROBES INFECTÉS | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | f. | 64 | Manie. | Diplocoque. | Rémission des attaques, mais bénéfice très fugace. |
| 2 | f. | 64 | » | » | Idem. |
| 3 | f. | 36 | » | Diplocoques et autres microbes. | guérison. |
| 4 | h. | 53 | » | » | Idem. |
| 5 | f. | 62 | » | Abcès stérile. | Rémission puis rechute avec dépression, amélioration. |
| 6 | f. | 46 | » | Diplocoque. | Excitation augmentée. |
| 7 | f. | 47 | » | Diplocoques et autres microbes. | Guérison après quelque temps. |
| 8 | f. | 53 | » | Abcès stérile. | Guérison rapide. |
| 9 | f. | 32 | » | » | Pas de résultat. |
| 10 | f. | 62 | » | » | Bon résultat. |
| 11 | f. | 28 | Manie puerpérale. | » | Guérison. |
| 12 | f. | 27 | Manieépileptique. | Cocci. | Bénéfice temporaire. |
| 13 | f. | 24 | Manie. | | |
| 14 | f. | 24 | Manie chronique. | Stérile. | Pas de résultat. |
| 15 | f. | 18 | Manie. | Diplocoque. | Idem. |
| 16 | h. | 35 | Paralysie générale. | Stérile. | Idem. |
| 17 | f. | 47 | Idem. | » | Idem. |
| 18 | f. | 38 | » | » | Amélioration. |
| 19 | f. | 50 | » | Cocci. | Bénéfice temporaire. |
| 20 | h. | 37 | | | |
| 21 | | | » | Stérile. | Pas d'amélioration. |
| | f. | 35 | Mélancolie anxieuse. | | |
| 22 | | | | » | Idem. |
| 23 | f. | 54 | » | » | Idem. |
| 24 | h. | 54 | » | | |

Les premiers succès obtenus dans les intoxications à effets somatiques ont poussé les cliniciens et notamment un Anglais, Lews C. Bruce, à appliquer les abcès de fixation au traitement des maladies mentales.

Si les suppurations provoquées semblent donner quelques résultats dans les psychoses, dans la paralysie générale on n'en a pu obtenir aucun effet; et il ne faut pas oublier que nombre de cas de psychoses guérissent sans traitement et que, par suite, le rôle des abcès de fixation dans leur issue favorable n'est pas certain.

Il ressort de tout ceci que sur les processus intimes de la maladie en général et sur l'influence et le mécanisme des ulcérations suppuratives en particulier, nous ne savons encore rien. Evidemment, certaines suppurations doivent être considérées comme liées à un processus de défense de l'organisme se produisant dans le but d'éliminer quelque chose, nous ne savons quoi, mais enfin quelque chose qui est en un rapport étroit avec la maladie. Dans les suppurations provoquées artificiellement, au contraire, on a affaire à des organismes qui ne veulent pas se défendre et le quelque chose qui devrait s'éliminer avec elles ne s'élimine pas. Aussi bien, pour le moment, ne pouvons-nous faire autre chose que constater les faits, à savoir que la cure de certaines suppurations en général, et celle des maux perforants en particulier, peuvent coïncider avec des rémissions consécutives; quant à l'explication véritable, nous la laissons à une pathologie mentale plus avancée que la nôtre.

# REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

X. — **Du déplacement des fibres des pyramides dans les cordons postérieurs chez l'homme** ; par Bumke. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1905.)

Obs. I. — *Ramollissements dans la capsule interne ; hémiplégie gauche.*—Immédiatement au-dessus de l'entrecroisement du ruban de Reil, un fort tractus de fibres se détache de la pyramide et se recourbe dans le plan horizontal pour s'en aller le long du raphé en arrière et s'entrecroiser en avant du noyau de la XII^e^ paire. En avant de la racine spinale du glossopharyngien, ces fibres se dirigent en bas et se divisent en plusieurs petits trousseaux qui plus tard se réaccolent aux fibres pyramidales entrées dans le cordon latéral. Ces fibres dispersées sont-elles totalement mélangées à celles du reste de la pyramide ? *Nescio.* Il se peut qu'une partie d'entre elles qui, au moment de l'entrecroisement, passent par le col de la corne postérieure (figure) soient identiques à celles du faisceau anormal sus-décrit : on aurait alors une disposition semblable à celle qu'a trouvée Kosaka chez le chien. Peut-être aussi s'agit-il de deux anomalies indépendantes l'une de l'autre ; peut-être ne sont-ce pas les fibres prématurément entrecroisées qui apparaissent inopinément dans la portion antérolatérale du faisceau cunéiforme (figure).

Le petit faisceau dispersé dans le cordon postérieur se divise en descendant, tout en se portant en arrière et en dehors derrière la tête de la corne postérieure. Ses fibres qui immédiatement au-dessous de l'entrecroisement des pyramides sont concentrées en TROUSSEAUX NETTEMENT LIMITÉS commencent, à la hauteur de la première racine cervicale, à s'éparpiller le long de la corne postérieure dans laquelle elles pénètrent peu à peu ; en la traversant elles viennent toutes au faisceau latéral des pyramides auquel elles appartiennent, si bien qu'au niveau du second segment cervical elles l'ont sans exception rejoint.

Obs. II. — *Foyers anciens de ramollissement ayant produit dans les deux hémisphères déchéance de nombreuses fibres des deux pyramides.*— Peu de temps avant la mort, hémorragie de la capsule interne droite ayant par compression lésé les fibres de la capsule interne gauche. Les fibres des pyramides qui ont échappé à la destruction sont en voie de décadence des deux côtés.

Au niveau de l'entrecroisement, un faisceau anormalement circonscrit occupe la portion antérieure du canal central : il se

divise en deux trousseaux plus bas. Ceux-ci errent autour du canal central ; au niveau de l'immergence de l'accessoire, ils sont immédiatement en avant de la commissure postérieure. Constamment séparés des cordons postérieurs par un pont ténu de substance grise, mais toujours accolés à eux, ils se disjoignent des deux côtés, pour, finalement, traversant des deux côtés la corne postérieure, entrer dans le cordon latéral des pyramides. P. KERAVAL.

XI.— **Des mouvements de compensation ou de remplacement dans les affections cérébrales**, par W. M. de BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii.* VIII.)

Les malades hémiparétiques à la suite d'ictus cérébraux n'exécutent jamais les mouvements qu'on leur demande de faire du côté parésié, bien qu'ils sachent être en état de les exécuter. Ils en ont bien la volonté, mais le stimulus qui part de l'hémisphère cérébral atteint se transmet, en raison de l'altération des conducteurs, d'abord à l'hémisphère opposé. Voilà pourquoi ce sont les muscles du côté libre qui entrent en fonctions à la place de ceux du côté hémiparétique. Normalement, en effet, toute excitation d'un hémisphère (centres moteurs) augmente l'excitabilité des centres correspondants de l'autre. Les fibres qui descendent de l'écorce envoient dans celle de l'autre hémisphère des branches latérales qui composent le corps calleux (Cajal). D'où, quand l'excitation des centres d'un côté ne se peut transmettre tout à fait librement par les conducteurs correspondants en descendant, elle provoque l'activité de l'autre côté. P. KERAVAL.

XII.— **Des processus compensateurs dans la moelle humaine**, par A. PICK. (*Neurolog. Centralbl.* XXIII.)

Pièces anatomiques de paralysie infantile cérébrale. Hémiatrophie du cerveau. Asymétrie de la moelle ; substance blanche et corne antérieure gauches plus petites que celles du côté droit. La portion postérieure des cordons latéraux, l'aire du cordon latéral des pyramides particulièrement affectée contient moins de tissu nerveux et une très notable exagération de la névroglie. Par contre, la corne postérieure gauche est hypertrophiée, surtout dans les régions cervicales et lombaires et à diverses hauteurs de la région dorsale ; cette hypertrophie porte sur tous les éléments de la corne. Elle est autochtone et semble en rapport avec l'hypoplasie des cordons latéraux des pyramides. L'ensemble du processus a dû se produire à l'époque où les phénomènes de développement, voire de formation de la corne postérieure, n'étaient pas encore achevés (figures). P. KERAVAL.

XIII. — **Deux nouveaux réflexes cutanés sur les membres inférieurs**, par E. REDLICH. — **Exagération des réflexes cutanés sur le côté parétique dans les hémiparésies organiques**, par E. REDLICH. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII et XXIV, 1904-1905.)

Placez des individus jeunes ou des enfants dans le décubitus latéral, la jambe en flexion, ou sur le ventre, en relâchant les muscles, les pieds dépassant la table ou le bord du lit ; rayez avec le manche du marteau ou avec une aiguille la peau de la partie postérieure et moyenne de la cuisse de haut en bas, vous obtenez une contraction du biceps à laquelle prennent quelquefois part le semi-membraneux et le semi-tendineux ; parfois même la jambe se fléchit sur la cuisse. Plus rarement, les abducteurs de la jambe entrent en jeu. Souvent les mouvements sont très lents. Il se peut aussi que la zone réflexogène monte jusqu'au pli fessier et descende jusqu'au creux poplité, voire jusqu'à la partie supérieure du mollet. Caresse-t-on ensuite avec l'aiguille la ligne médiane du creux poplité en descendant le long de la face postérieure de la jambe, on obtient la flexion plantaire du pied et des orteils ; la zone réflexogène peut en ce cas partir de la cuisse même et aussi de la région fessière. Il n'est pas rare que ces réflexes se propagent de l'autre côté et s'accompagnent de sensations désagréables.

Dans sept observations de lésions cérébrales organiques, caractérisées par l'exagération des réflexes tendineux du côté parétique avec phénomène de Babinski et de Struempell, les réflexes cutanés étaient bien plus vifs que du côté sain, ou bien certains réflexes cutanés étaient diminués, tandis que d'autres étaient exagérés. Le *réflexe cutané de la cuisse*, qui d'ordinaire est diminué du côté hémiplégique, était assez généralement augmenté. Cette exagération anormale doit tenir à ce que dans l'espèce les lésions génératrices de l'hémiparésie cérébrale excitaient simultanément l'écorce et peut-être aussi les voies centripètes et centrifuges. En effet chez les sujets porteurs de l'exagération des réflexes cutanés du côté parésié, les accidents paralytiques étaient peu accusés ; 5 malades sur 7 avaient de l'épilepsie Jacksonienne ; l'exagération des réflexes cutanés se constatait et immédiatement et assez longtemps après les attaques. P. KERAVAL.

XIV.— **De l'innervation corticale de la vessie urinaire**, par L. de FRANKL-HOCHWART et A. FROEHLICH. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904). — **Physiologie de l'innervation de la vessie**, par E. A. ROTMANN. (*Obozrénié psichiatrii*. X. 1905.)

Des expériences des auteurs allemands, il résulte que le premier temps de l'urination doit, comme le montre l'observation clinique, être le relâchement du sphincter et non pas seulement

le forcement de cette barrière. En effet quand, en réséquant les nerfs hypogastriques et honteux, on a empêché les fibres musculaires longitudinales de la vessie de presser sur ce réservoir, on obtient alors en agissant sur le cerveau, le relâchement évident du sphincter vésical interne.

De son côté, ROTMANN résume sa revue en ces termes : La *contraction* des fibres qui pressent sur la vessie urinaire peut être provoquée : *a*) par les émotions psychiques ; *b*) par l'irritation de parties définies de l'écorce du cerveau ; *c*) par l'irritation de quelques ganglions centraux et du pédoncule cérébral ; *d*) par l'irritation de certaines régions de la moelle lombo-sacrée ou même de toute la moelle ; *e*) par l'action réflexe de grands nerfs sensitifs (sciatique, splanchnique, médian, crural) et, en général, de toute la périphérie sensible du corps ; *f*) par l'irritation du nerf érecteur appelé aussi sacré, érecteur sacré, hypogastrique sacré ou médullaire, nerf pelvien ; *g*) à un moindre degré, par l'action directe et réflexe due à l'action de l'hypogastrique lombaire ou sympathique ; *h*) par l'action directe et réflexe due à l'irritation du nerf vague (?). L'*inhibition* des contractions vésico-urinaires est peu connue : on sait seulement que quelques centres cérébro-spinaux et ganglions périphériques, en s'épuisant, cessent de réagir à l'irritation ; on conclut à l'existence hypothétique de centres d'arrêt particuliers. A cela se rapporte la loi physiologique de Basch sur l'innervation double des muscles antagonistes.

P. KERAVAL.

XV. — **Pseudomélie paresthésique symptomatique d'une affection cérébrale dans le territoire du noyau lenticulaire** ; par W. de BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1905.) — Répétition de l'article russe de l'*Obozrénié psichiatrii* IX, 1904. Analysé in *Archives de neurologie*, 2e série, p. 43, 1905.)

P. KERAVAL.

XVI. — **Contribution à l'étude du trajet de quelques cordons de la moelle**, par L. de DYDYNSKI. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII.)

Observation de myélite transverse au niveau de la partie supérieure de la moelle dorsale. On a pu suivre par la méthode de Marchi presque toute la moelle et la base du cerveau (figures).

A. *Examen des dégénérescences ascendantes.* Il est admis que la plupart des fibres qui forment les *cordons postérieurs* sont le prolongement des racines postérieures et naissent des cellules des ganglions intervertébraux. Chaque fibre des racines postérieures, dès qu'elle est arrivée à la moelle se divise en deux branches : une ascendante, une descendante. Les branches ascendantes occupent d'abord le territoire des faisceaux de Burdach ; puis, graduellement, poussées par les nouvelles racines qui entrent dans la

moelle vers la commissure postérieure, elles se collent aux faisceaux de Goll. Toutefois les racines postérieures de la partie supérieure de la moelle dorsale ainsi que toutes les racines cervicales, après avoir pénétré dans la moelle, sont enclavées dans les faisceaux de Burdach *in toto*. Ce cas montre que les fibres émanées des 4 premières racines dorsales et de toutes les racines cervicales passent exclusivement dans le faisceau de Burdach. C'est au milieu des cellules des noyaux de Goll et de Burdach que se terminent les fibres des cordons postérieurs en ramuscules arboriformes. Mais toutes les fibres de ces deux faisceaux ne vont pas aux noyaux correspondants ; une partie assez considérable d'entre elles passe directement dans les corps restiformes et de là au cervelet.

Les *faisceaux latéro-cérébelleux et les faisceaux de Gowers* sont si voisins, si étroitement unis, que leur délimitation exacte est impossible. Ils viennent des cellules de la moelle, les premiers naissant surtout des cellules des colonnes de Clarke. Au-dessus du foyer de myélite, à peu près au niveau de la 3e paire cervicale, les faisceaux en question se groupent en longs trousseaux près du bord des cordons latéraux : la partie postérieure, la plus étroite et la plus compacte, forme le faisceau latéro-cérébelleux, la partie antérieure, plus large, c'est le faisceau de Gowers. En montant, ces deux faisceaux se serrent l'un contre l'autre et pénètrent davantage dans la substance blanche. En même temps la portion postérieure du faisceau latéro-cérébelleux émet un étroit fascicule de fibres presque uniquement constitué par une catégorie de fibres situées sur la marge de la moelle en dehors de la substance gélatineuse. Au moment où la moelle passe dans le bulbe, ce fascicule s'allonge, s'étend dans la direction des cordons postérieurs et finalement les atteint : il se peut qu'il s'agisse de fibres issues des racines postérieures qui, occupant d'abord les faisceaux latéro-cérébelleux, avoisinent, dans les régions supérieures de la moelle les cordons postérieurs, pour se terminer avec ces derniers dans les noyaux des faisceaux de Goll et de Burdach. Une partie des fibres du faisceau de Gowers s'entrecroise dans la valvule de Vieussens ; quelques-unes se terminent probablement dans les tubercules quadrijumeaux postérieurs : pour le reste de la description, c'est à peu près celle de Soelder.

*Faisceau olivaire.* — Petit faisceau des *cordons antérieurs* partant du foyer et longeant la moelle jusqu'au bulbe (Bechterew, Helweg) ; il a dégénéré, donc il provient d'une région inférieure à la moelle dorsale supérieure.

B. *Examen des dégénérescences descendantes.*— Celle des *cordons postérieurs* s'est manifestée ici sous les 3 formes décrites : 1° en virgule de Schultze ; 2° ovale de Flechsig ; 3° En triangle de la

moelle sacrée. Si l'on admet que les cordons postérieurs renferment deux espèces de fibres descendantes, des fibres courtes (zone de dégénérescence en virgule) et des fibres longues (zone de dégénérescence ovale), d'où viennent ces fibres ? Des racines postérieures ou des cellules des faisceaux ? L'interruption transversale et totale de la moelle par un foyer détruit simultanément racines postérieures et cellules de substance grise, y compris celles qui émettent des fibres descendantes. D'après Zappert, Schaffer, Déjerine et Thomas, Nageotte, les rameaux descendants des racines postérieures sont atteints dans la dégénérescence en virgule de Schultze. Les longues fibres descendantes sont probablement des fibres endogènes, c'est-à-dire des fibres nées dans les cellules de la substance grise ; il se pourrait toutefois que quelques-unes de ces fibres pénètrent dans la zone en virgule, mais ce n'a pas encore été démontré. La dégénérescence descendante des *cordons antérieurs et latéraux des pyramides* était particulièrement nette en l'espèce. Celle des premiers ne dépassait pas le niveau de la partie inférieure de la moelle dorsale ; celle des seconds allait jusqu'au cône médullaire.

C. Les dégénérescences descendantes et ascendantes trahissent enfin l'atteinte des courtes fibres de la moelle au-dessous et au-dessus du foyer.

P. KERAVAL.

XVII. — **Contribution à la question du réflexe cornéo-mandibulaire**; par J. KAPLAN. Réponse aux objections de Kaplan, par de SOELDER. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, XXIII, 1904.)

Critique par Kaplan du réflexe de de Soelder (voy. *Archives de Neurologie*, 2. série, t. XVI, p. 430). Il s'agirait pour lui, non d'un simple réflexe, mais de processus complexes d'une autre nature. A cela répond de Soelder : « Le déplacement transversal du maxillaire inférieur du côté opposé à celui de la cornée excitée succède immédiatement à l'excitation sensible bien localisée ; c'est un phénomène de réaction motrice extrêmement simple, invariable, indépendant de la volonté, qui se produit même souvent dans le coma profond. Ce sont bien là les caractères de ce qu'on appelle un réflexe, en physiologie comme en clinique ».

P. KERAVAL.

XVIII.— **Des courants magnéto-électriques et sinusoïdaux au point de vue de l'électro-diagnostic**, par M. BERNHARDT. (*Neurolog. Centralblatt*, XXIII. 1904.)

Après une description minutieuse des appareils producteurs de d'Arsonval, Saxton et Stoehrer, Reiniger, des courants sinusoïdaux alternatifs et ondulatoires, l'auteur présente onze observations de paralysie faciale, de maladie de Thomsen, d'atrophie avancée de l'éminence thénar droite, dans lesquelles on a pro-

cédé à l'excitation directe (musculaire) ou indirecte (par les troncs nerveux ou leurs branches) des régions affectées, alors que les courants faradiques et galvaniques indiquaient une réaction dégénérative grave ou moyenne. Voici ses *conclusions*.

Les courants électro-magnétiques et les courants sinusoïdaux des Français sont de nature identique. L'installation Reiniger produit des courants sinusoïdaux *ondulatoires* plus vigoureux que les autres combinaisons.

Courants électromagnétiques et sinusoïdaux quelconques agissent sur les muscles atteints comme les courants galvaniques ou constants. Ils agissent dans la dégénérescence partielle ou complète chaque fois que l'excitation galvanique directe se traduit par une contraction paresseuse, lente ; peu importe que, comme dans la dégénérescence moyenne, le nerf et le muscle réagissent au courant faradique et galvanique, ou que, comme dans les paralysies graves, l'excitation directe à l'égard du courant galvanique subsiste seule. Tandis que le muscle complètement dégénéré ne réagit souvent pas à l'ouverture isolée du courant faradique et qu'en tout cas cette réaction s'épuise bientôt (ce qui a lieu également pour les étincelles de la machine statique) ; l'excitation par les courants magnéto-électriques ou sinusoïdaux détermine une convulsion paresseuse du muscle dégénéré dans tous les cas où cette paresse de la contraction se manifeste par l'excitation galvanique directe (musculaire).

Quand le muscle n'a pas dépassé le stade d'hyperexcitabilité, de faibles courants sinusoïdaux suffisent à produire la contraction lente ; plus tard, quand la paralysie périphérique est complète, il faut, pour qu'elle apparaisse, d'assez forts courants, et la tétanisation coutumière du début de la maladie fait défaut même sous l'influence de courants intenses. Une seule fois il a été constaté que le courant *ondulatoire* avait une action excitante sur le muscle dégénéré plus vive au pôle positif qu'au pôle négatif.

A quoi bon par conséquent ces appareils incommodes à manier ou trop chers ? Un appareil du Bois-Reymond et une batterie galvanique suffisent pour l'électro-diagnostic. Il semble en revanche que, d'après les travaux publiés, les courants sinusoïdaux *ondulatoires* exercent des effets non seulement stimulants mais électrolytiques capables d'agir favorablement sur les muscles et nerfs paralysés. C'est une *thérapeutique à examiner*.

P. KERAVAL.

XIX.—**Recherches cliniques sur l'auscultation du muscle**, par R. LINK. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1905.)

Emploi à cet usage du stéthoscope ou mieux du phonendoscope Bazzi-Bianchi. Le son que l'on entend en plaçant cet instrument sur un muscle qui se contracte volontairement et de façon

soutenue (tétanisations courtes) présente une hauteur toujours égale et grave ; il correspond à 22 ou 24 vibrations à la seconde. La tension musculaire est-elle plus forte, il est plus intense ; il en est de même sur les muscles épais. Ce son n'a rien à faire avec le glissement des fibres musculaires sur leurs enveloppes ; il est indépendant du mouvement du sang.

Dans les paralysies flasques complètes, on n'entend, au niveau des muscles atteints, absolument rien quand on invite les malades à faire des mouvements. Dans les paralysies flasques incomplètes, le son musculaire est simplement un peu plus faible que du côté sain ou chez un individu bien portant. Dans les fièvres, l'anémie, la chlorose, rien de spécial, sauf parfois un son assez léger à cause de la faible énergie de la contraction.

On entend le son musculaire dans la paralysie agitante (un cas), dans l'athétose (2 cas), au niveau des muscles qui se contractent, ainsi que dans les tremblements sénile, hystérique, et alcoolique. Dans le tétanos traumatique, l'hypertension du gastrocnémien s'est traduite par un son intense.

Les muscles affectés de réaction dégénérative partielle fournissent un son pourvu qu'un mouvement musculaire soit possible. L'excitation faradique directe ou indirecte du muscle à réaction électrique normale engendre un son très intense dont la hauteur varie selon le nombre des interruptions de l'appareil. Dans KaS Te venue du nerf, il y a un son musculaire comme dans la tétanisation du mouvement volontaire, pourvu que le tétanos soit suffisamment fort : le muscle, à une excitation galvanique forte, non oscillante, répond par le son ordinaire, tandis que le son musculaire est plus élevé dans l'excitation faradique à raison du nombre des interruptions de l'appareil. La convulsion lente consécutive à l'excitation galvanique d'un muscle qui présente la réaction dégénérative reste silencieuse. — L'excitation faradique du muscle qui ne réagit point ne fournit pas de son non plus. Il doit s'agir, en ces espèces, de phénomènes intramusculaires intimes.

On n'entend rien à l'occasion des réflexes profonds tels que le réflexe patellaire, même quand ces réflexes sont exagérés ; il est douteux qu'on entende un son léger dans les réflexes cutanés : cela doit tenir à la brièveté de la convulsion musculaire.

Les muscles raccourcis par suite d'un trouble nutritif ne donnent pas de son, parce qu'il n'y a évidemment pas d'innervation volontaire. Un cas de contracture hystérique toute récente du bras et de la jambe a fourni un son musculaire très net.

La contracture tardive des muscles hémiplégiés ou en état de paralysie infantile cérébrale n'a pas fourni de son ; celui-ci est instantanément apparu quand les patients ont réussi à exécuter un mouvement volontaire. Le mécanisme de l'innervation volon-

taire d'origine cérébrale et oscillant se distinguerait-il de celui de l'innervation volontaire émané des centres inférieurs ou cornes antérieures de la moelle en état d'excitation ? Le silence au niveau des muscles contracturés serait en faveur d'une différence entre les DEUX ESPÈCES D'INNERVATION : rapprochons-en l'absence de son dans les cas de réflexes profonds, la genèse des contractures étant en somme un processus réflexe.

P. KERAVAL.

XX. — **Réflexe patellaire supérieur et sa signification** ; par L. STEMBO. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII.)

La portion du tendon du triceps ou quadriceps fémoral qui s'insère à la base de la rotule mérite le nom de *ligament patellaire supérieur*. Frappez à l'aide d'un marteau assez fort et rapidement l'extrémité inférieure de ce ligament, vous obtenez un léger mouvement de projection de la jambe, ou au moins la main appliquée sur le triceps y sent des contractions fort nettes. Pour cela il faut asseoir le patient sur une chaise large et élevée de façon que la jambe appuie sur le bord antérieur du siège et fasse avec la cuisse un angle d'environ 120°. Ce réflexe, conservé chez 50 à 60 % des adultes, est exagéré chez 15 à 20 d'entre eux ; son exagération indique l'exagération de tous les réflexes profonds. Il existait chez 40 % des enfants. Lorsqu'il est augmenté, on en peut conclure à l'augmentation des réflexes tendineux ; si on ne l'obtient pas facilement, d'ordinaire les réflexes profonds sont normaux. Sa disparition précède, chez le tabétique, celle du réflexe patellaire inférieur : il est exagéré toutes les fois que les voies pyramidales sont atteintes. On pourrait tout simplement le nommer *réflexe du tendon tricipital ou quadricipital*. P. KERAVAL.

XXI. — **L'inéquivalence biologique de la racine postérieure et du nerf sensitif périphérique** ; par G. KOESTER. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII.)

A. — Section chez chats, chiens, lapins, du sciatique immédiatement après sa sortie du canal vertébral ; ablation d'une partie du bout périphérique. Résection chez le lapin du nerf vague au-dessous du ganglion jugulaire. Du 9e au 284e jour, les cellules des ganglions spinal et jugulaire subissent le processus atrophique y compris le déplacement du noyau et la chromatolyse. Cependant dès le 80e jour, la plupart des cellules tendent à se *régénérer*.

B.— Section chez chats, chiens, lapins, des racines postérieures ou du nerf vague au-dessus du ganglion jugulaire. L'atrophie des cellules des ganglions spinaux ne commence qu'au début du 3e mois. Du 3e au 4e mois, le nombre des cellules altérées dans leur texture commence à augmenter ; ces altérations de texture

ne sont nettes qu'à partir du 120e jour pour croître continuellement jusqu'au 330e. A cette époque, le ganglion devenu plus petit renferme encore un très grand nombre de cellules, et, parmi celles-ci, il en est, en assez grande quantité, qui, en dehors d'un ratatinement atrophique, ne trahissent point de grossière altération de texture. Entre les cellules restantes, groupées, existe un tissu intermédiaire tantôt remarquablement riche en noyaux, tantôt d'une pâleur anormale ; çà et là tractus de tissu conjonctif ancien. On peut suivre la dégénérescence rétrograde de la racine postérieure jusque dans le ganglion spinal. On note aussi des troubles trophiques tels que chute des poils, ulcérations, canitie en touffes.

Indéniable est l'influence du prolongement central intact des cellules des ganglions spinaux sur leur structure et sur leur fonction. La racine postérieure, séparée du centre, est, contrairement à ce qui a lieu pour le nerf sensitif périphérique, incapable de récupérer sa fonction ; la régénération des cellules altérées ne peut avoir lieu, tandis qu'elle s'observe sur de nombreuses cellules après la séparation du nerf périphérique. P. KERAVAL.

XXII. — **Hypotonie et hypertonie chez un même malade** ; par Z. BYCHOWSKI. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

Observation d'une femme de 65 ans, chez laquelle le tabes a débuté il y a plus de 30 ans par des douleurs lancinantes. Il s'est ensuite manifesté de l'ataxie, une hypotonie très marquée des membres inférieurs rendant la marche presque impossible : membres supérieurs épargnés. Il y a très peu de temps que ces derniers sont devenus impotents, et, cette fois, à raison d'une rigidité musculaire typique relevant de la maladie de Parkinson. On constate maintenant : I. des douleurs lancinantes ; des troubles de coordination ; des anomalies de la sensibilité ; l'absence des réflexes tendineux ; de l'hypotonie ; et d'autre part : II. de la rigidité musculaire ; l'immobilité du masque ; le tremblement caractéristique ; des paresthésies (sensation de brûlure). Cette simultanéité d'états du système musculaire diamétralement opposés (figures) est inexplicable. On est simplement en droit de penser que l'hypotonie dans le tabes n'englobe pas forcément tout le système musculaire, et que, sans naturellement nier le rapport intime qui rattache le nerf au muscle, il faut reconnaître au muscle même une certaine autonomie dans sa fonction contractile.

P. KERAVAL.

XXIII. — **Contribution à l'étude anatomo-pathologique du sympathique abdominal dans les infections** ; par LAIGNEL-LAVASTINE, juin 1905.)

On peut, dans les cas d'infection, trouver au niveau du plexus

solaire : *a*) soit des organes sains (rougeole, pneumonie franche, certaines formes de tuberculose aiguë ou chronique) ; *b*) d'autres fois des lésions spécifiques tuberculose, cancer); *c*) des lésions secondaires à d'autres lésions du système nerveux (moelle) ; *d*) des lésions banales d'infection. Ce dernier cas est le seul que l'auteur envisage actuellement et il considère deux groupes : lésions à type interstitiel et lésions à type parenchymateux. Le 1er groupe comprend 3 degrés : 1° congestion avec vascularité active ou passive ; 2° infiltration de cellules rondes plus ou moins groupées en nodules infectieux, présence des cellules endothéliales et de neuronophages ; 3° sclérose soit à l'état de début soit à la période adulte ou sénile. Celles du 2e groupe offrent à considérer dans les cellules nerveuses des phénomènes de chromatolyse, de karyokinèse et de neuronaphagie et finalement on voit la disparition de la cellule elle-même. Peut-être ces lésions encore peu connues expliqueront-elles les psychoses dites sympathiques. L. WAHL.

XXIV. — **Les nerfs articulo-moteurs des membres, leur triple action sur les muscles : contraction, raccourcissement, relâchement, allongement, fixation. Contraction stérile de stabilisation. Les nerfs physiologiques définis par leur unité fonctionnelle et leur centre cortical substitués aux nerfs anatomiques définis par leur situation topographique à la périphérie** ; par GRASSET. (*Revue de médecine*, n° du 10 février 1903.)

L'enseignement de M. le prof. GRASSET se caractérise par la clarté de l'exposition et par sa richesse en aperçus originaux. L'éminent clinicien de Montpellier remarque que la notion des nerfs articulo-moteurs est presque déjà classique lorsqu'il s'agit des oculo-moteurs : elle n'est pas moins exacte lorsqu'elle a trait aux muscles des membres. On sait depuis longtemps qu'une action musculaire n'est possible que si les muscles antagonistes entrent en jeu : il y a donc une sorte d'unité physiologique entre ces deux groupes musculaires et leurs nerfs. Mais il y a plus, l'exercice de certains mouvements nécessite une action motrice de stabilisation, par exemple fixation du tronc dans l'action de fléchir la cuisse sur le bassin ; en l'absence de cette fixation la flexion des membres devient impossible. (Barthez désignait cette particularité sous le nom de force de situation fixe). « Pour étudier ces phénomènes complexes, il faut considérer : *a*) chaque articulation en particulier ; *b*) chaque mouvement simple ; *c*) la force de la contraction ; *d*) la force de résistance et de stabilisation. Or cette unité physiologique du nerf, qui n'est jamais réalisée à la périphérie, existe dans la zone corticale du cerveau et l'auteur dresse des tableaux que nous ne pouvons reproduire des nerfs articulo-moteurs de la hanche, du genou, de la cheville, de l'épaule,

du coude et du poignet. La distribution musculaire des paralysies cérébrales incomplètes se fait par groupes musculaires périarticulaires individualisés et unifiés par action physiologique de son articulation. Cette opinion, qui n'est pas adoptée par le prof. Déjerine, est celle de beaucoup de neurologistes français et étrangers et non des moindres. Chaque nerf articulo-moteur a une origine encéphalique en relation avec un groupe de neurones des relais médullaires et avec les neurones d'émission de la distribution radiculaire. L'action de stabilisation serait en relation avec le centre encéphalique par la voie fronto-cérébelleuse. C'est donc jusqu'à l'écorce cérébrale elle-même qu'il faut reculer le centre neuronique d'individualisation : c'est là seulement que le nerf du segment sensitif aussi bien que le nerf articulo-moteur ont leur véritable centre d'action. Il faut donc substituer la notion du nerf physiologique cortical à celle du nerf anatomique périphérique et considérer successivement l'appareil nerveux du psychisme supérieur et inférieur, celui des nerfs articulo-moteurs et segmento-sensitifs des membres et de la face, l'appareil de l'orientation et de l'équilibre, celui du langage, ceux des divers sens et des diverses fonctions de l'organisme. Ce changement ne tend rien moins qu'à placer à la base même des sciences médicales non plus l'anatomie comme on le fait depuis des siècles mais la physiologie.

L. Wahl.

XXV. — **Etude clinique et anatomo-pathologique sur les lacunes de désintégration cérébrale** ; par Catola. (*Revue de Médecine*, n° d'octobre 1904.)

Cette affection, isolée par M. Pierre Marie en 1901, a été étudiée depuis par MM. Dupré et Desvaux, par M. J. Ferrand. C'est à un perfectionnement de la technique histologique sur le durcissement du cerveau qu'on a dû de pouvoir la distinguer des états voisins : il faut injecter dans la cavité cranienne, plusieurs heures avant l'autopsie, une certaine quantité de formol puis ensuite après la nécropsie recourir à un mélange de formol et de Müller. La nouvelle entité morbide avait été entrevue par d'anciens cliniciens, notamment par Abercrombie (1821) et Andral ; elle a été désignée tour à tour sous les noms d'œdème du cerveau, de congestion cérébrale ou d'hémiplégie due à la dégénérescence primaire des voies pyramidales, etc. Le sujet est atteint d'une hémiplégie incomplète sans perte de connaissance, à début brusque ou précédé de prodromes : céphalée, sensation de fatigue, somnolence, vomissement ou par quelques étourdissements passagers : souvent pendant la nuit. Parfois on observe une véritable atrophie de la langue : la sensibilité reste normale ; dans la station debout, les orteils sont en griffe, la démarche est spéciale, à petits pas ; les réflexes tendineux qui ont disparu au début reparaissent et s'exa-

gèrent. On n'observe pas d'aphasie mais une certaine dysarthrie. C'est en somme comme une sorte de paralysie pseudo-bulbaire qui peut disparaître en quelques jours ou persister. Dans ce dernier cas, la dysphagie apparaît, l'intelligence est atteinte, le gâtisme survient : on constate du rire et surtout du pleurer spasmodique, mais la maladie procède par accès, suivie d'améliorations partielles. Etudiée sur le cadavre, on trouve dans ces cas quelquefois des adhérences de la dure-mère, particulièrement dans la région postérieure de l'encéphale, la pie-mère est parfois épaissie, mais elle n'adhère pas aux parties voisines ; mais ce qui est plus caractéristique, des atrophies du cortex cérébral et en particulier de la 3e frontale (état vermoulu, dilatation ventriculaire (hydrocéphalie sénile) ; ces cavités présentent des vides plus ou moins analogues à ceux du palais des jeunes chiens et des kystes dans les plexus choroïdes. Le pied du pédoncule est atrophié et en moignon. La moelle prend à la coupe un aspect d'artério-sclérose et d'athéromasie.

Si on pratique les coupes de Flechsig, on observe de l'atrophie des noyaux gris centraux avec des saillies anormales des vaisseaux de ces noyaux : c'est l'état prélacunaire : les lacunes miliaires prennent un aspect déchiqueté, creusé de replis plus ou moins profonds qui sont la caractéristique macroscopique de la lésion. Autour des artères au voisinage desquelles on rencontre fréquemment de petits foyers ocreux ou grisâtres qui quelquefois se cicatrisent ou deviennent kystiques. Au microscope, autour d'un vaisseau, on voit que le tissu nerveux est raréfié et peu coloré : la névroglie plus abondante ; la gaîne lymphatique adhère au vaisseau ; d'autres fois, elle est remplie de leucocytes.

Donc 2 types : 1° glyose périvasculaire; 2° vaginalite subaiguë. Nous avons ici une lésion de périartérite qui n'est point l'endartérite vulgaire de l'artério-sclérose.

Cet état se distingue : a) de la porose de M. P. Marie, sorte d'emphysème qui peut être d'origine microbienne, déterminant des cavités régulières à parois lisses dans le cerveau ; b) de l'état criblé de Durand-Fardel qui paraît dû surtout à une rétraction en masse du parenchyme nerveux. L. WAHL.

XXVI.— **Pathogénie et ontogénie du système commissural du cerveau élémentaire**, par E. M. KASTANAIANN. (*Obozrénie psichiatrii*, VIII.)

Détails fort précis sur le développement de la commissure antérieure, de la commissure de l'hippocampe ou psaltérium, du corps calleux. L'auteur montre, par exemple, que le développement de la portion olfactive de la commissure antérieure et de la commissure de l'hippocampe est, dans la série des vertébrés, directement proportionnel au degré du développement de l'appareil

nerveux central de l'olfaction. Chez tous les vertébrés *makrosmiques* (poissons, amphibies, reptiles, la plupart des mammifères), leur développement est complet. Chez les vertébrés *mikrosmiques* ou *anosmiques* (oiseaux et mammifères aquatiques, le développement en est faible ou nul. Le développement des parties postérieures et supérieures de la commissure antérieure et aussi du corps calleux est directement proportionnel au degré du développement du manteau. Mais il existe quelque antagonisme entre le développement de la partie de la commissure antérieure qui va au manteau et celui du corps calleux ; le degré de développement de la première est inversement proportionnel au degré de développement du second. La partie de la commissure antérieure qui va au manteau représente la commissure hâtive de l'écorce ; aussi est-elle le plus développée chez les mammifères inférieurs. Le corps calleux représente la commissure tardive du manteau ; il est donc le plus développé chez les mammifères supérieurs.

P. KERAVAL.

XXVII.—**Hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne bilatérale chez un alcoolique brightique mort à la suite de crises épileptiformes** ; par TOLOT. (*Revue de Méd.*, n° d'octobre 1905.)

Fait clinique et anatomo-pathologique provenant de la clinique du prof. Lépine. L. WAHL.

XXVIII. — **Nouveau réflexe émané du dos du pied**, par K. MENDEL.—**Nouveau réflexe spécial de flexion des orteils**, par W. de BECHTEREW. — **Remarques sur la communication précédente** ; par K. MENDEL. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

Frappe-t-on la partie externe du dos du pied, dans l'endroit qui correspond à la base ou au milieu des 3e et 4e métatarsiens, au cuboïde et au 3e cunéiforme, on voit chez les individus bien portants les orteils 2 à 5, surtout les 2e et 3e, se fléchir sur le dos du pied ; cette *flexion dorsale des orteils* est d'autant plus accentuée que l'excitabilité réflexe générale est plus grande : elle relève des affections nerveuses fonctionnelles.

Dans certaines affections organiques, le heurt de la même région dorsale du pied produit non une flexion dorsale, mais une *flexion plantaire du 4e orteil* ; alors le réflexe de Babinski existe (hémiplégies organiques, affections protubérantielles, myélites, sclérose en plaques, paralysies spinales spasmodiques).

Ce réflexe peut servir à distinguer une paralysie organique d'une paralysie hystérique. La flexion plantaire des orteils décèle sûrement une affection organique : par contre, la flexion dorsale n'élimine pas l'idée d'une paralysie organique. Le même réflexe

peut chez un malade dans le coma dépister l'apoplexie et, en ce cas, le côté de la paralysie : le côté duquel le heurt du dos du pied détermine la flexion plantaire des orteils est le côté paralysé.

Dans la plupart des cas de polynévrite et dans tous ceux de poliomyélite antérieure, il ne se produisit, par le heurt du dos du pied, ni flexion dorsale, ni flexion plantaire des orteils.

M. Bechterew rappelle son travail sur le *réflexe tarsophalangien* (1901). — Il pense que la flexion réflexe des orteils peut, avec le réflexe de Babinski, constituer un signe diagnostique important pour les affections organiques des voies pyramidales ; elle peut aussi servir à constater des lésions organiques des conducteurs moteurs, dans les cas où le réflexe de Babinski manque ou est à peine marqué. A cela M. K. Mendel réplique qu'il y a bien plus de cas où le réflexe de Babinski existe, alors que le réflexe en flexion manque. Quant à la flexion dorsale (extension) des orteils constatée parfois seulement chez les sujets sains par M. de Bechterew, il l'a sans exception rencontrée chez tout individu bien portant et dans les cas de névropathie fonctionnelle. Elle est l'analogue du réflexe plantaire normal des orteils, tandis que la flexion plantaire est l'analogue du réflexe de Babinski. Enfin il y a toute une catégorie de cas d'affection organique (avec ou sans le réflexe de Babinski), dans lesquels, en frappant sur le milieu du dos du pied, on obtient la flexion dorsale des orteils, tandis qu'en frappant sur son bord antéro-externe, les orteils se fléchissent du côté de la plante. P. Keraval.

XXIX. — **Contribution à la biologie de la dégénérescence des nerfs ; résultats d'expériences de transplantation ;** par L. Merzbacher, (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1905.)

Expériences sur chiens, lapins, cobayes, souris, chauves-souris, à sang chaud ou hibernantes, grenouilles. On résèque à un animal un morceau de sciatique de 5 à 10 millim. ; on l'insère en totalité dans les muscles de la cuisse ; quelques jours plus tard on en prend une parcelle que l'on traite par l'acide osmique : le reste est laissé dans l'animal ou transplanté sur un autre. Or la dégénérescence du morceau de nerf ainsi isolé est presque la règle dans les 4 jours chez les animaux à sang chaud quand le morceau de sciatique ainsi isolé est transplanté : soit dans le même animal (*auto-transplantation*), soit dans un autre animal de la même espèce (*homotransplantation*). Chez les animaux à sang froid, le froid des tissus ambiants arrête la dégénérescence, de sorte que, plusieurs jours après leur transplantation, les morceaux de nerfs ne présentent d'altération dégénérative ni des gaines myéliniques, ni des fibrilles. L'auteur a fait aussi des *hétérotransplanta-*

*tions*, c'est-à-dire des transplantations de morceaux de nerfs d'un animal à un autre d'une autre espèce.

*Conclusions.* — Dans l'auto et l'homo-transplantation, les nerfs peuvent en quelque sorte survivre à l'isolement en ce sens que la dégénérescence, le processus de régression qu'on y trouve est celui d'un nerf vivant. C'est au contraire un processus de nécrobiose qui atteint les nerfs soumis à l'hétéro-transplantation. Il semble que dans le premier cas le contact du tissu vivant, préservant le morceau de nerf, le rende apte à la dégénérescence, tandis que dans le second le contact d'un tissu qui diffère du sien le tue et le rend inapte à dégénérer comme s'il était inséré dans un tissu mort. On a essayé de modifier les effets de l'auto et de l'homo-transplantation d'une part, de l'hétéro-transplantation d'autre part : on a plongé avant transplantation les morceaux de nerfs dans une solution salée à la température du corps ; ils ne s'en sont pas moins nécrosés. On a revêtu d'une mince couche de collodion de petits morceaux de nerfs avant l'auto-transplantation : ils n'ont pas dégénéré, ils ont subi la nécrobiose. P. KERAVAL.

XXX. — **Du réflexe cochléo-facial**, par A. G. NAOUMANN. **Un réflexe spécial de l'ouïe ou réflexe acoustico-palpébral** ; par W. M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii* IX, et X, 1904-1905.)

On prie le sujet de regarder au loin et l'on bat des mains tout près d'une oreille ; ses paupières se ferment. La première expérience se traduit par l'occlusion des 4 paupières ; puis la fermeture des yeux est incomplète des deux côtés ; à une troisième reprise, les paupières du côté opposé demeurent immobiles ; à une quatrième, celles du côté de l'oreille excitée ne réagissent plus non plus.

Cette contraction réflexe de l'orbiculaire palpébral exige les conditions suivantes : le patient ne doit point voir le mouvement des mains de l'expérimentateur ; il doit être assis sur une chaise, la tête rejetée en arrière de façon à regarder le plafond ; le médecin frappe dans les mains derrière lui tout en examinant les paupières de son sujet.

C'est un réflexe permanent acoustico ou cochléo-facial, auquel, comme à tout réflexe, peut résister la volonté ou l'attention ; mais, comme le sujet ne peut prévoir l'intensité de la sensation auditive à laquelle il va être soumis, il ne peut guère invariablement commander aux mouvements réflexes de ses paupières, ou tout au moins il lui faut une tension rapide de la volonté. Ce réflexe se produit par l'intermédiaire des fibres du corps trapézoïde qui relient le nerf cochléaire au facial (Bechterew).

*Utilisation clinique* (Bechterew). Il manque complètement dans

la surdité d'origine labyrinthique et dans les cas de lésion interne des conducteurs centraux. Il est affaibli dans les lésions périphériques du facial, du côté de la lésion tandis qu'il est d'ordinaire conservé dans la paralysie faciale d'origine centrale. Il est augmenté dans l'hyperesthésie du nerf auditif qui parfois succède à une affection catarrhale de ce nerf. Il est également exagéré quand les autres réflexes de la face sont exagérés, notamment le réflexe oculaire, chez les paralytiques généraux en particulier; quelques cas isolés de paralysie générale trahissent une différence du réflexe acoustique d'un côté à l'autre. Ce réflexe est aussi plus ou moins augmenté dans quelques maladies fonctionnelles, notamment dans l'hystérie.

Afin d'éviter de mettre l'air en mouvement par le claquement des mains, on peut frapper avec le manche du marteau sur une boîte fermée ; un marteau à ressort permettrait de régulariser la force du bruit ainsi produit. P. KERAVAL.

XXXI.— **Le locus minoris resistentiæ de la moelle épinière** ; par M. I. ASTWATZATOUROW. (*Obozrénié psichiatrii*, X, 1905.)

Etude clinique et anatomique du tabès, de l'atrophie musculaire progressive spinale, de la syringomyélie, de la sclérose latérale amyotrophique, de l'atrophie musculaire atypique Duchenne-Aran, de la poliomyélite antérieure aiguë, des traumatismes médullaires, dont l'auteur tire ce qui suit :

A. — La région comprise entre le 8e segment cervical et le 1er segment dorsal est le *premier locus minoris resistentiæ*. Pour deux raisons. D'abord la septième vertèbre cervicale, la plus saillante de toutes les vertèbres, donne insertion en somme par son apophyse épineuse au ligament de la nuque ainsi qu'au ligament destiné à la crête sacrée moyenne. Il en résulte une fatigue mécanique qui rend ce segment de moelle particulièrement susceptible. Puis, le premier segment dorsal est insuffisamment irrigué par les artères radiculaires ; les artères radiculaires antérieures y manquent ; les radiculaires postérieures y sont très rares. Et les artères centrales ne viennent pas compenser pareille insuffisance ; elles y sont plus rares que dans les autres segments (Kadyi 1889).

B. — Le *second locus minoris resistentiæ* aux agents nocifs semble être le segment inférieur de la région lombaire. Il présente les mêmes conditions propres aux influences traumatiques que l'autre, et n'est pas mieux irrigué. Si les recherches de Kadyi sur les artères radiculaires antérieures s'arrêtent au troisième segment lombaire, et, sur les artères radiculaires postérieures, au quatrième, son tableau montre une chute marquée des courbes à mesure que l'on s'approche du troisième segment lombaire.

P. KERAVAL.

XXXII. — **L'action électromotrice des doigts** ; par SOMMER. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1905.)

A. — Frottez avec du papier de soie le disque en verre d'un *voltmètre* à l'échelle de 1 à 5 volts, voici que l'aiguille fait de grands mouvements, pour se fixer à l'index de 3 volts environ quand on cesse de frotter. L'électricité statique ainsi développée peut être enlevée par le contact de la surface du verre avec les doigts ; mais si l'on se contente de faire le tour de la région frottée, la décharge n'a pas lieu; il faut toucher l'endroit même avec le doigt. La décharge est prompte quand on souffle sur le couvercle de verre ; l'aiguille revient graduellement au zéro si l'on parle devant la plaque de verre à la distance de 40 cent.

Si, de l'instrument ainsi chargé par friction de 3 volts, on approche *sans toucher le verre* les extrémités digitales, ou d'autres parties de la main, on voit l'aiguille faire un mouvement vers le zéro : il semble qu'une partie de la charge ait disparu. Eloigne-t-on maintenant ses doigts, l'aiguille reprend sa position première. Les doigts possèderaient-ils une force électromotrice ? Il importe peu qu'ils soient secs ou humides dans ces expériences.

B.— Prenons l'*électroscope à feuilles d'or* de Bennet. Chargeons-le d'électricité : ses feuilles divergent et demeurent écartées. Approchons alors les doigts du vase de verre : ils attirent la feuille correspondante. Parfois c'est l'inverse ; la feuille recule devant la main qui s'approche, pour revenir à sa situation première quand la main s'éloigne. Rien de semblable ne se produit sur l'électroscope non préalablement chargé, ou complètement déchargé par plusieurs contacts du plateau et du vase de verre.

Pour le charger, on approche du plateau le bâton de résine ou de verre convenablement frotté ; les feuilles s'écartent : elles s'abaissent quand on éloigne le bâton. Pour qu'elles restent divergentes, il faut toucher le plateau (théorie facile à comprendre). Or, si de cet instrument convenablement chargé on approche latéralement le doigt, celui-ci attire à lui la feuille d'or déjà écartée de l'autre. Il est probable que la pointe du doigt influence la charge de l'électroscope et que, se chargeant d'électricité contraire, elle attire ainsi la feuille ; le phénomène a lieu, que l'opérateur soit isolé ou non. *Ce n'est donc pas une force électromotrice permanente inhérente au doigt ; c'est une action par influence sur l'électricité qui occupe l'électroscope.*

Pourquoi, en certains cas, le doigt, en s'approchant de l'instrument chargé, repousse-t-il la feuille d'or ? C'est quand il y a accidentellement ou exprès eu un frottement du vase de verre ; l'instrument contient alors deux charges : une sur les feuilles, l'autre sur la paroi de verre. La première étant supposée négative, la seconde positive, les feuilles d'or divergent. Le doigt, laté-

ralement approché du verre, influence l'électricité de celui-ci, se charge d'électricité négative, c'est-à-dire d'électricité du même nom que celle des feuilles. L'électricité négative du doigt annihile l'électricité positive du vase de verre qui n'est plus en état d'attirer l'électricité négative des feuilles d'or. C'est pourquoi celles-ci vont l'une vers l'autre quand on approche le doigt ; elles paraissent repoussées par le doigt. Même chose a lieu quand, après décharge totale de l'électroscope, on électrise par le frottement l'enveloppe de verre et qu'on en approche ensuite le doigt latéralement.

Chargeons maintenant l'enveloppe de verre et les feuilles de l'électroscope d'électricité positive. Les feuilles restent en repos parce que les électricités de même nom se repoussent ; l'électroscope ne paraît pas chargé. Place-t-on alors les doigts sur le plateau, les feuilles s'écartent. Il semble que les doigts chargent de leur électricité naturelle l'électroscope. Point du tout. Ils influencent l'électricité des feuilles ; il en résulte que l'électricité de l'enveloppe de verre l'emporte et attire les feuilles qui divergent.

*Les doigts ne sont donc pas une source d'électricité.*

P. KERAVAL.

XXXIII. — **Nouvelles méthodes de coloration des cellules nerveuses ; appoint à la question des canalicules séreux** ; par W. PASSEK. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1905.)

Répétition en allemand de l'article russe publié dans l'*Obozrènié psichiatrii*, IX ; déjà analysé. P. KERAVAL.

XXXIV. — **Contribution à l'anatomie comparée et à la physiologie de la corne d'Ammon (hippocampe)** ; par E. M. KASTANAIANN. (*Obozrènié psichiatrii*, VIII).

La corne d'Ammon représente bien comme le reste du cerveau une partie du pallium ; mais en tant qu'hippocampe, elle trahit en anatomie comparée un plan évolutif autonome, indépendant du reste de l'écorce. Ce développement correspond absolument à celui du rhinencéphale et de l'organe olfactif. Cette région se différencie pour la 1re fois chez les reptiles avant la différenciation du reste de l'écorce. Union la plus intime de l'hippocampe avec le rhinencéphale par les fibres terminales de la bandelette olfactive ou faisceau conducteur centripète rhinencéphalo-hippocampique ; son évolution marche de pair avec celle de la région olfactive.

L'expérimentateur lèse habituellement en même temps que la corne d'Ammon le centre cortical de l'odorat ou l'un des centres sous-corticaux. Dans les expériences de Luciani et Seppilli et certaines de Gorschkow, elle a été seule atteinte, mais le trouble fonctionnel s'est montré moindre que dans les autres, parce que,

chez l'animal, le centre sous-cortical de l'odorat a dans la réception directe des impressions olfactives un rôle bien supérieur à celui du centre cortical moins actif du reste que chez l'homme. Les faits anatomo-cliniques enseignent que l'altération du renflement et de la bandelette olfactifs entraîne l'anosmie ; celle d'un des centres sous-corticaux et même du centre cortical engendre des phénomènes d'excitation, des hallucinations de l'odorat. Quant à la fréquence des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie, Féré, Batigne et Ouvry ont prouvé que 60 % de ces malades ont une diminution de l'odorat. P. KERAVAL.

XXXV. — **Nouveau réflexe sur la plante du pied** ; par V. VITEK. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1905.)

Toute percussion au niveau des 1er et 2e métatarsiens provoque une *légère flexion plantaire du pied*. C'est un réflexe normal. Chez les sujets à réflexes patellaires et achilléens exagérés, la flexion plantaire s'accentue ; exemple : paralysie spinale spasmodique, sclérose en plaques. Ce réflexe est très intense dans la neurasthénie, l'hystérie, la sciatique bilatérale radiculaire

P. KERAVAL.

XXXV. — **Des réflexes aponévrotiques des extrémités inférieures** ; par W. M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII).

I. — Le réflexe *tibial* obtenu par le heurt léger unique ou rythmique de la face antérieure du tibia se traduit par l'extension de la jambe. Il se manifeste dans les paralysies organiques.

2° Le réflexe du *grand trochanter* consiste en une contraction des adducteurs de la cuisse quand le malade est couché sur le dos, les jambes fléchies ; une extension de la jambe souvent accompagnée de la contraction fessière quand le malade est couché sur le côté ; l'extension de la cuisse quand le patient est debout, les jambes légèrement fléchies.

3° Si, la jambe étant croisée sur l'autre et pendant librement, on frappe l'*extrémité supérieure du péroné*, on provoque rotation et adduction en dedans de la cuisse avec mouvement en dehors de la jambe.

4° Le heurt de la *malléole externe* peut avoir le même résultat, ou, en certains cas d'hémiplégie, tourner la plante du pied en dedans.

5° Le réflexe de la *malléole interne* se manifeste souvent par l'extension de la jambe, en certains cas par la rotation du pied en dehors. Parfois, dans des conditions analogues on provoque aussi des réflexes en agissant sur la *face externe des extrémités inférieures des premier et cinquième métatarsiens*.

6° Frappe-t-on sur la *ligne médiane du sacrum*, le sujet étant

couché sur le ventre, on fait contracter les fessiers. Tous ces réflexes indiquent l'hyperexcitabilité réflexe.

7° Bien plus rarement se produit le réflexe émanant de l'*extrémité supérieure et antérieure de l'os iliaque* ; il ne se voit que dans les cas pathologiques. P. KERAVAL.

---

# REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. — **Hygiène du baiser** ; par FÉRÉ. (*Rev. de méd.* juin 1903.)

Le baiser, inconnu de beaucoup de sauvages, est dans nos pays considéré comme une manifestation d'amour ou de respect, il n'est point exempt de dangers ; il peut être la source de la syphilis, on n'en voit que de trop fréquents exemples ; de la diphtérie, des fièvres éruptives, de certaines dermatoses et d'après Paullini, du scorbut. Certains détraqués éprouvent un véritable besoin d'embrasser ; le baiser peut aussi, et Féré en rapporte deux exemples, être la source d'accidents comitiaux chez les prédisposés que l'on oblige à donner ou à recevoir des caresses de personnes qui leur sont antipathiques. L. WAHL.

II. – **Note sur la courbature comme équivalent épileptique** ; par FÉRÉ. (*Revue de médecine*, mai 1903.)

La courbature, état pénible de lassitude qu'on rencontre tantôt chez des névropathes hystériques ou neurasthéniques tantôt au début ou dans le cours de certaines maladies aiguës ou chroniques : tabès, paralysie générale, peuvent être aussi des équivalents de crises comitiales comme l'auteur en a rencontré trois exemples. L. WAHL.

III. — **Coup de fleuret dans l'orbite droit. Syndrome de Weber, hystéro-traumatisme probable** ; par RICHELOMME et BOUCARUT.

Un sergent de 22 ans fut blessé à la partie antéro-interne de la paupière inférieure droite, au voisinage du pli palpébro-jugal; il tomba en arrière et perdit connaissance. Il présenta dès lors le syndrome de Weber dans toute sa pureté avec, en plus, de la céphalalgie qui disparut bientôt et surtout un rétrécissement du champ visuel des plus accusés. La franklinisation et la galvanisation amenèrent un excellent résultat et la maladie rétrocéda peu à peu. Etait-on en présence : 1° d'une lésion du pédoncule cérébral ; 2° d'une fracture du crâne amenée par la chute ; 3° ou d'une hémorrhagie intra ou extra capsulaire ? Après une discussion très

bien faite de ces diverses hypothèses, les auteurs en adoptent une quatrième, celle d'hystérie traumatique, qu'ils appuient sur le rétrécissement du champ visuel et la démarche héliopode. Cette observation est intéressante en raison des difficultés de diagnostic qu'elle a soulevées. L. WAHL.

IV. — **Observation d'un cas de basophobie à type myotonique**; par le Dr Roger MIGNOT. (*Rev. de méd.*, nº d'avril 1905.)

Il s'agit d'un héréditaire de 25 ans que j'ai actuellement sous les yeux et qui à la suite d'une frayeur survenue à l'âge de 5 ans, a présenté dans son état des alternatives d'amélioration et d'aggravation au cours desquels il a été d'abord hospitalisé à Sens, à l'âge de 14 ans et qui depuis l'âge de 15 ans, à la suite d'excès de boissons et de scènes de violence, a été interné à l'asile. Si on lui demande de marcher, il y a un assez long temps d'arrêt avant qu'il obéisse ou bien il est pris d'une contraction tonique débutant par les talons et qui le fait choir en avant. Lorsqu'il s'arrête, le même phénomène se produit. C'est d'ailleurs un vicieux, voleur, indiscipliné, masturbateur, mais il n'a pas de signe d'hystérie : cet état ne rappelle ni la maladie de Thomsen, ni l'astasie-abasie de Blocq ; il doit être rapproché des cas de basophobie déjà décrits par divers auteurs, mais c'est la première fois qu'on signale dans ces états de la myotonie. L. WAHL.

V. — **Auréoles névropathiques** ; par FÉRÉ. (*Revue de médecine*, nº d'avril 1905.)

Chez de très rares sujets névropathes, l'auteur a constaté un moment de paroxysmes de migraine ou d'anxiété avec acroparesthésie des lueurs orangées autour de la tête et des mains. Sont-ce des phénomènes de radioactivité ou des illusions ? Peut-on les comparer à l'audition colorée ? L. WALH.

VI. — **Contribution à l'étude de la polymyosite** ; par PRÉOBAJENSKI MARGOULÉS. (*Rev. de médecine*, numéro d'octobre et novembre 1904.)

Cette affection a été décrite en 1887 par Wagner, qui la considérait comme une forme d'atrophie musculaire progressive ; elle a été étudiée de rares fois, soit à l'aide de biopsies, soit à l'autopsie. Dans le cas que les auteurs ont observé, il s'agit d'une jeune femme qui se plaignait de refroidissement des membres inférieurs avec raideur accompagnée d'œdème qui disparut incomplètement dans la suite. Plus tard, les membres supérieurs furent atteints, les mouvements actifs ont peu d'amplitude mais les mouvements passifs sont tous possibles. Abolition ou diminution des réflexes musculaires. Peu à peu les douleurs se calmèrent, mais

la faiblesse augmenta. Cet état n'a ni la marche de la trichinose, ni celle du rhumatisme musculaire. La biopsie pratiquée après fixation à la formaline et inclusion à la celloïdine, coloration par l'éosine hématoxylique, montra la vacularisation des fibres, leur inégalité de gonflement et l'augmentation des éléments jeunes du tissu conjonctif. Peu à peu il s'établit une élévation de température d'un degré le soir, puis de la dyspnée, de la dysphagie, des lymphangites multipliées, enfin la mort. A l'autopsie, outre les lésions de tuberculose miliaire des plèvres et des reins et de phtisie subaiguë du poumon, les muscles étaient pâles, le volume et la forme étant conservés. Histologiquement, la plupart des muscles que les auteurs étudièrent présentaient de l'atrophie et de la dégénérescence avec disparition de la striation transversale, augmentation des noyaux, hypertrophie du tissu conjonctif. Pas de lésions importantes du système nerveux. Cet état probablement infectieux (Unwerricht) serait dû, pour les uns au streptocoque; pour les autres, il serait en relation avec la tuberculose. Quoi qu'il en soit, la terminaison ordinaire est la mort.

L. WAHL.

VII. — **Note sur les rêves précurseurs de la migraine ophthalmique** ; par FÉRÉ. (*Revue de méd.*, numéro de février 1903.)

Etant donné ce fait physiologique, aujourd'hui classique, qu'à une irritation très légère pendant le sommeil peut succéder un rêve, on est porté à admettre et la clinique montre que cette induction est fondée, que des troubles fonctionnels très légers qui préludent à une crise de migraine ophtalmique donnent naissance à un rêve toujours le même pour le même sujet et qui l'avertit de l'imminence de l'attaque de la névrose.

VIII. — **Epilepsie cardiaque et phénomènes de rappel** ; par RUEFF. (*Revue de médecine*, numéros de février et mars 1903.)

Travail important de la clinique médicale du prof. Bernheim, de Nancy. Sous l'influence d'une affection cardiaque parvenue à sa période ultime, une malade eut un rappel de crises épileptiformes. L'épilepsie peut être provoquée par des troubles cardiaques de même que des troubles cardiaques peuvent déterminer l'épilepsie : ce sont ces derniers qu'envisage seuls l'auteur. Ces manifestations peuvent être modifiées et même guéries par la digitale. Plusieurs observations ont été publiées par Lemoine, Littré, Delasiauve, Gowers, Lépine, Renaut, dont quelques-unes ne semblent pas très démonstratives. Cette apparition de troubles épileptiques signalés par beaucoup d'auteurs ne sont pas faciles à expliquer. Peut-être sont-ils dus à des foyers de ramollissement jus-

qu'alors méconnus qui donnent lieu à des symptômes apparents à cause de l'albuminurie, fonction du mauvais état des reins et du foie. Des faits expérimentaux de Tripier, de Raymond et Artaud, de Rossolimo, de Pierret semblent donner raison à cette théorie du rappel : il semble que l'intoxication exo ou endogène ait dans ces cas un rôle prépondérant analogue à ce qui se passe dans les phénomènes de rappel auto-suggestifs. On a à considérer plusieurs cas : 1° ceux dans lesquels il y a des phénomènes typiques de rappel ; 2° ceux où une lésion jusqu'alors latente devient évidente sous l'influence d'un état général mauvais : les plus intéressants de ces faits sont ceux dans lesquels des hémiplégies ou des épilepsies depuis longtemps disparues réapparaissent sous l'influence d'un mauvais état général.

Conclusions : une lésion des centres nerveux, compensée ou latente, s'étant ou non manifestée par des symptômes antérieurs, peut, à l'occasion d'un trouble de la nutrition cellulaire locale liée à une cause générale quelconque, toxi-infection auto-intoxication, intoxication exogène, se manifester : *a*), soit à nouveau et en retraçant avec une fidélité minutieuse les détails d'un tableau clinique antérieur ; *b*), soit pour la première fois avec tous les symptômes organiques ou dynamiques auxquels ladite lésion a donné ou était susceptible de donner lieu ; *c*), soit encore avec les déformations ou particularités spéciales qui permettent de considérer les phénomènes comme dus à la réalisation extérieure d'une idée ou d'une image psychique née, à l'occasion, de la première manifestation de la lésion conservée depuis par le cerveau et qui, réalisée objectivement par lui, sous l'influence d'une des causes susénoncées, devient par là même génératrice d'une nouvelle série morbide. L. Wahl.

XI. — **La myoclonie familiale d'Unverricht est-elle une entité clinique justifiée en nosologie ?** par H. Lundborg (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

Il est indubitable que toute excitation sensible, certaines impressions sensorielles et divers phénomènes psychiques sont capables, chez ces malades affectés d'une hyperexcitabilité spéciale des neurones du système nerveux central, de produire des convulsions myocloniques pendant les périodes d'agitation. La myoclonie familiale se traduit en effet par une périodicité dans les symptomes. Ces malades ont leurs bons et leurs mauvais jours, ce qui distingue l'affection de la chorée chronique. 3 observations à l'appui. P. Keraval.

X.— **Raideur juvénile** ; par Mme Nageotte Wilbouchewitch. (*Rev. de méd.*, numéro de mai 1905.)

On rencontre parfois dans la jeunesse, chez des sujets de souche

neuro-arthritique, une raideur plus ou moins accusée apparaissant vers l'âge de 6 à 7 ans souvent à la suite d'affections fébriles, qui augmente pendant un certain temps puis semble peu à peu disparaître à l'approche de l'âge adulte, du moins dans les rares cas dont l'auteur a pu suivre l'évolution complète. Le sujet a l'air « rouillé » et souvent il existe une respiration costale imperceptible. On observe souvent la maladie chez plusieurs enfants de la même famille et elle est parfois héréditaire. Les réflexes tendineux sont normaux. On ignore encore l'anatomie pathologique de cette lésion que l'on rencontre plutôt chez les malades aisés, on ne sait s'il y a raccourcissement des muscles par hypertonie musculaire ou si ce raccourcissement est dû à la brièveté de la fibre musculaire elle-même. L'état intellectuel de ralentissement disparaît de même que les troubles physiques par l'influence d'un traitement mécanique actif et passif. L. WAHL.

XI. — **Quelques modalités de la sclérose en plaques à évolution peu connue** ; par E. MUELLER. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV. 1905.)

I. — Sclérose en plaques s'annonçant souvent longtemps avant le développement *complet de la maladie*, par des *attaques d'amblyopie* voire *d'amaurose passagères* qui sévissent sur les deux yeux l'un après l'autre : elles s'installent rapidement, disparaissent de même après avoir été extrêmes. Le diagnostic s'appuie sur la décoloration temporale des deux papilles ; le contraste entre l'état de l'acuité visuelle et celui du champ visuel (intégrité relative des cylindraxes et de leurs fibrilles ; destruction étendue des manchons de myéline) ; l'*absence des réflexes cutanés abdominaux* ; l'existence du signe de Babinski ; un léger vacillement du bras à l'occasion des fins travaux.

II. — Sclérose en plaques débutant par une *fatigue anormale localisée*. Cette sensation siège de préférence aux jambes ; elle s'y montre de très bonne heure et à un degré très prononcé. Observation à l'appui.

III. — Sclérose en plaques commençant par *douleurs névralgiformes* violentes. Forme très rare. Observation à l'appui.

P. KERAVAL.

XII. — **Quelques considérations sur certains symptômes de la maladie de Parkinson** ; par CATOLA. (*Rev. de Médecine*, nº de juin 1905.)

Il s'agit de la sialorrhée qui a été remarquée dans cette maladie par divers auteurs. Pour les uns, cette particularité serait due à une action mécanique (Vulpian) ; pour les autres, à une hypersécrétion salivaire primitive d'origine bulbaire. Bruns aurait ob-

servé, paraît-il, un cas où à la sialorrhée étaient associés des phénomènes bulbaires. Catola, dans 13 cas qu'il a étudiés dans le service de M. Pierre Marie, a vu 8 fois la sialorrhée coïncider avec un tremblement plus ou moins accentué des lèvres, 7 fois avec de la raideur des muscles, 6 fois avec de la dysarthrie, 4 fois elle ne se manifestait que lorsque le sujet était debout et penché en avant. D'ailleurs, l'anatomie pathologique n'a révélé aucune lésion bulbaire capable d'expliquer cette hypersécrétion. Pour M. Catola, la véritable cause en serait : 1° le tremblement du menton, des lèvres et de la langue ; 2° la rigidité de ces organes et des muscles du pharynx entravant plus ou moins la déglutition de la salive ; 3° l'attitude même du malade qui favorise l'écoulement de la salive vers les parties les plus déclives. La maladie de Parkinson serait due 2 fois à des émotions ou à des ennuis de famille, 3 fois à des accidents du travail, 8 fois la cause est restée inconnue. Le début aurait été 6 fois localisé à la main gauche, 5 fois à la main droite, 1 fois aux membres inférieurs. Dans un cas on n'a pu déterminer le début. Catola rejette dans l'état actuel de la science l'opinion des auteurs qui ne veulent voir dans la maladie de Parkinson qu'un syndrome, cette manière de voir n'étant étayée, dans l'état actuel de nos connaissances, ni sur la pathogénie, ni sur l'anatomie pathologique. L. Wahl.

XIII. — **Contribution à l'étude des névrites périphériques blennorrhéiques** ; par S. Iaroschewski. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII.)

Homme de 31 ans, successivement atteint de douleurs périphériques et de douleurs articulaires affectant surtout les petites articulations, l'articulation temporo-maxillaire, les vertèbres dorsales et lombaires, le genou droit. Il y a 4 ans déjà, il a eu une arthropathie semblable quoique moins étendue, à la suite d'une uréthrite blennorrhagique. Le pyramidon associé à la phénacétine calme les douleurs en 10 minutes. La galvanisation calme, tout en arrêtant l'atrophie musculaire, seulement le malade ne supporte pas plus d'un milliampère. P. Keraval.

XIV. — **Recherches neurologiques sur les vélocipédistes** ; par S. Auerbach. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1905.)

Plus de 25 % d'entre eux (10 sur 39) présentaient une *diminution considérable ou l'absence des réflexes patellaires*. C'est le degré et l'intensité de la fatigue qu'il convient d'incriminer ; il y a dans l'unité de temps, dans un temps très court, une énorme consommation d'énergie, qui croît graduellement de plus en plus même quand la sensation de fatigue n'est que faible ou à peine marquée. Il est à penser que, comme dans les expériences d'E-

dinger sur les rats, il se produit des troubles nutritifs dans les racines postérieures, une grande partie des cordons postérieurs, les fibres radiculaires irradiées dans la substance grise des cornes postérieures, avec atteinte particulièrement prononcée des bandelettes externes de la moelle lombaire. Si l'exercice ne dure pas trop longtemps, l'organe peut faire les frais de la réparation ; c'est alors qu'on constate une diminution ou une disparition temporaire de la fonction. Un effort trop prolongé déterminerait infailliblement la destruction des fibres des organes.

Noté également des *paresthésies des mains* d'ailleurs généralement rapidement passagères. Une dame de 27 ans qui, en pleine menstruation, avait fourni une longue course en compagnie de plusieurs messieurs, présenta de l'insomnie — de l'hyperexcitabilité, une sensation insupportable d'engourdissement qui pendant près d'un mois occupa toute la paume des deux mains et la plante entière des deux pieds, ainsi que la plus grande partie de la face interne des deux articulations fémorotibiales ; en ces régions il y avait hypo-esthésie marquée de tous les modes de la sensibilité. Bien qu'elle fût bien entraînée, il est probable que la perte sanguine favorisa la genèse de ces accidents qui n'avaient jamais eu lieu. Elle avait du reste jusque-là toujours évité de monter à bicyclette pendant ses règles.

Les 3/4 des sujets étaient affectés d'un *fort tremblement dans les doigts* explicable par le travail des bras. Les réflexes achilléens ont toujours persisté. Très rares ont été le signe de Romberg, l'ataxie, celle-ci d'ailleurs fort légère. Point de trouble du sentiment de position et de mouvement des membres, probablement à raison de la stabilité du centre de gravité du corps entier : même explication à l'égard de l'intégrité du réflexe pupillaire troublé en un seul cas.

L'auteur invoque ces recherches en faveur de la pathogénie de la NEURASTHÉNIE CONSTITUTIONNELLE OU ACQUISE PAR ÉPUISEMENT OU COMPENSATION et des rapports de cette affection avec les maladies organiques du cerveau et de la moelle. P. KERAVAL

XV.— **D'une forme d'affection nerveuse présentant les signes extérieurs de la myotonie** ; par W. M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, IX, 1904.)

Un jeune artilleur de 21 ans, raconte à voix basse, indistinctement, à grand'peine, qu'à la fin d'octobre 1901, un beau soir qu'il était couché à la caserne, il se sentit tout à coup comme perclus de la langue. Depuis, graduellement se sont développés des signes d'impotence motrice à l'occasion de certains mouvements volontaires. Ainsi s'il peut cligner des paupières, il ne peut les ouvrir après qu'on l'a prié de les fermer ; il lui faut, pour y arriver, soulever chacune d'elles avec les doigts l'une après l'autre.

De même pour la bouche ; d'ordinaire il la ferme comme tout le monde, mais si on lui ordonne de l'ouvrir, il n'y peut réussir spontanément, il est obligé d'introduire entre les lèvres et entre les dents l'index de la main droite, écartant les mâchoires comme avec un levier. Cette opération exécutée, il ne peut plus fermer la bouche ; à l'aide des doigts il pèse de bas en haut sur la lèvre et sur le maxillaire inférieurs jusqu'à ce que la bouche soit complètement fermée. Particularités semblables en ce qui concerne la fermeture et l'ouverture des poings (figures). Absence de réaction myotonique ; les muscles ne se contractent point en forme de caniveau sous l'influence des excitations mécaniques. C'est donc un trouble acquis de l'innervation volontaire de certains groupes de muscles différant de la myotonie pure, d'autant que la difficulté du mouvement, loin de n'exister qu'au début de la mise en train, ne s'améliore pas par la répétition des exercices. P. KERAVAL.

XVI.—**Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive**; par P.A. PREOBRAJENSKI. (*Obozrénié psichiatrii.*, VIII.)

Type d'atrophie musculaire progressive chez un homme de 36 ans, évoluant en 3 ans. Mort soudaine. Les cellules des cornes antérieures de la moelle et du bulbe trahissent toutes les phases de l'atrophie. L'auteur croit cependant qu'il s'agit d'une forme intermédiaire à l'atrophie musculaire progressive et à la sclérose latérale amyotrophique. P. KERAVAL.

XVII.— **Contribution à l'étiologie et à la symptomatologie de la boiterie intermittente** ; par S. GOLDFLAM. (*Neurolog., Centralbl.*, XXII.)

Il n'existe pas chez ces malades de pulsations artérielles au niveau des pieds. La boiterie ne se manifeste qu'au dehors. En revanche, on constate, même au lit, douleurs et paresthésies. Quant à l'*apokamnose* ou lassitude anormale, elle se montre aussi bien dans le décubitus dorsal : l'effort du sujet se trahit par l accélération du pouls et de la respiration, voire de la sudation ; les muscles contractés, parfois tétaniquement, contrastent avec le faible résultat qu'ils produisent ; parfois aussi le malade ressent alors des douleurs dans les jambes, mais, il a beau être las, il arrive, par un effort de volonté, à lever la jambe encore assez haut. Ceci indique justement un *rétrécissement ou une oblitération des artères afférentes des jambes*, un trouble fonctionnel des vasomoteurs et une ischémie relative pendant que les muscles se contractent. Le siège des douleurs et paresthésies est la jambe, généralement le pied, le mollet, plus rarement la cuisse. En certains cas, la paresthésie douloureuse de la marche monte à la région inguinale et

à la région fessière ; un de ces malheureux ressentait au sacrum et dans les fesses comme le frottement de deux boules, et il gâtait sous lui. P. KERAVAL.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

*Séance du 27 novembre 1905* : PRÉSIDENCE DE M. VALLON.

M. DENY fait observer, à propos du procès-verbal, que les deux cas de démence précoce communiqués par M. Doutrebente ne lui paraissent pas devoir entrer dans le même cadre.

L'un lui semble appartenir à la variété hébéphrénique et l'autre au type des démences paranoiaques. Ces deux déments sont donc dissemblables, puisque l'un est un dément complet, tandis que chez l'autre l'intelligence présente des lacunes assez peu accusées pour que l'état démentiel ait pu être méconnu.

M. DOUTREBENTE estime que si ses deux malades sont déments à des degrés divers, ce n'en sont pas moins des déments précoces.

*Enfants martyrs d'une mère atteinte du délire des persécutions.*

MM. DROMARD et LEVASSORT communiquent l'observation suivante.

La femme P..... passe, auprès de ses voisins, pour maltraiter l'aîné et même le plus jeune de ses enfants âgé de quelques mois seulement. Effectivement, l'aspect du premier ne laisse aucune hésitation sur l'existence et sur la nature des traumatismes constatés sur son corps. L'état du plus jeune est moins démonstratif ; c'est néanmoins un enfant malingre et qui paraît souffrir.

Chose étrange, la mère se préoccupe beaucoup de leur état. Elle les embrasse, pleure à l'idée de s'en séparer, supplie qu'on les lui rende, déclare qu'elle ne veut pas les laisser entre les mains de leur père. « Ils ont encore besoin des caresses et des sollicitudes d'une mère, dit-elle, et, leur mère disparue, ils seront sans défense contre les méchants qui pénètrent dans la maison et se livrent sur eux à des actes de violence. »

Ainsi, dans l'attitude générale de la femme P....., tout semble indiquer des sentiments de maternité très sincères. Quant aux explications qu'elle fournit pour justifier les traces de coups relevées chez l'enfant, elles peuvent prêter à une double interprétation : ou bien la prévenue cherche à invoquer toutes sortes de mo-

tifs pour se disculper, ou bien, elle a été le jouet d'une illusion, peut-être même d'un trouble plus profond, d'un état morbide en un mot.

Un examen plus approfondi ne tarde pas à résoudre la question.

Au dire de l'homme qui vit avec elle, la malade, poussée à bout par ses persécuteurs imaginaires, entre parfois dans des colères violentes. Au cours de ces crises d'excitation, elle injurie les locataires et invective son amant qu'elle accuse de complicité. Il lui est arrivé maintes fois de lui jeter à la face des assiettes, des couteaux ou tout autre objet qu'elle rencontrait sous sa main. La réaction terminée, la femme P..... ne paraît plus se souvenir des injures qu'elle a proférées et des coups qu'elle a distribués.

L'amant estime qu'en son absence, dans le courant de la journée, elle doit frapper ses enfants dans des circonstances analogues, ce qui ne l'empêche pas de les aimer beaucoup.

Dans cette observation, nous voyons un véritable cercle vicieux s'établir entre les idées délirantes et les réactions de la malade. Cette femme croit que ses enfants sont en butte à des mauvais traitements, de la part de ses persécuteurs. Elle s'en irrite, elle s'excite, frappe ses enfants elle-même dans l'égarement de son excitation ; puis, la crise passée, elle oublie, et elle trouve, dans la trace des coups qu'elle vient de porter inconsciemment de sa propre main, le témoignage flagrant d'une intervention malveillante sur sa progéniture. Ce témoignage entretient de nouvelles idées délirantes qui produisent encore des réactions analogues, et ainsi de suite.

*La perte du souvenir* des sévices exercés par elle-même, chez cette femme qui n'est ni une alcoolique, ni une hystérique, ni une épileptique, doit, certes, nous intriguer. Cependant, si l'on prend en considération que cette amnésie suit toujours une crise d'excitation survenant elle-même en tant que réaction émotive, il n'est peut-être pas impossible de l'assimiler jusqu'à un certain point aux *ictus amnésiques d'origine émotionnelle chez une dégénérée.*

M. Roubinowitch a entre les mains six mille dossiers d'enfants martyrs, il n'y a jamais relevé l'aliénation des parents. Sur un millier d'observations directes, il n'a trouvé que 4 enfants martyrisés par des parents aliénés (un épileptique et 3 alcooliques).

M. Vigouroux n'a pas encore eu l'occasion d'observer des enfants victimes de parents persécutés, mais il a vu des mères mélancoliques ayant tué leurs enfants.

M. Briand n'a pas de statistique sur les parents aliénés martyrisant leurs enfants, mais il estime que, contrairement à l'opinion de M. Roubinowitch, ces cas sont malheureusement assez fréquents. Il y a lieu de s'entendre sur ceux que l'on nomme en-

fants martyrs avant de pousser plus loin la discussion. Si l'on ne considère comme enfants martyrs que ceux pour lesquels l'autorité judiciaire a été mise en mouvement, ces cas sont peut-être assez rares, ce qui n'enlève rien à l'opinion de M. Vigouroux, car nous savons tous qu'un mélancolique tue volontiers ses enfants avant de se suicider. Si, au contraire, on considère comme enfants martyrs ces petits êtres souffreteux qui sont tourmentés, malmenés de diverses manières, frappés sans raison, etc., par un père ou une mère aliénés, les cas sont assez nombreux. Qui de nous ne se souvient de ce père qui, interrogé sur les débuts de la folie de sa femme, répond que celle-ci a changé de caractère au point de ne pouvoir supporter ses enfants et les violentait pour le moindre motif, alors qu'autrefois elle se montrait bonne mère. Il ajoute que beaucoup plus souvent qu'on ne pense peut-être les enfants martyrs dont parlent les journaux sont des arriérés, des débiles indisciplinés ou des vicieux dont les parents violents méconnaissent l'état d'infériorité intellectuelle.

M. Vallon se montre aussi très étonné du petit nombre d'enfants victimes de parents aliénés dont les dossiers ont été entre les mains de M. Roubinowitch. Peut-être cela tient-il à la façon dont sont constitués les dossiers. Peut-être les renseignements qui y figurent sont-ils fournis par des personnes étrangères à la médecine mentale ou même à la médecine.

M. Roubinowitch. — Les renseignements proviennent d'inspecteurs non médecins, mais cependant susceptibles de voir si les parents sont ou non aliénés. La proportion serait, sans doute, changée si l'on y fait entrer les parents simplement déséquilibrés.

M. Vallon persiste à croire que, même en éliminant les parents prédisposés à la folie, les aliénés délirants qui martyrisent leurs enfants sont beaucoup plus nombreux que ne l'indiquerait la statistique de M. Roubinowitch.

M. Vigouroux. — Les paralytiques au début sont souvent violents pour leur entourage, maltraitent souvent leurs enfants.

M. Doutrebente. — Dans le groupe d'enfants observés par M. Roubinowitch ne figurent pas tous les malheureux qui ont succombé à la suite des mauvais traitements de leurs parents.

M. B.

*Seance du 18 décembre 1905* : Présidence de M. Vallon.

*Elections* : Après élections, le Bureau est ainsi composé, pour l'année 1906 : *Président* : M. Marcel Briand ; *Vice-président* : M. Deny ; *Secrétaire général* ; M. Ritti ; *Trésorier* : M. Antheaume ; Secrétaires annuels : MM. Dupain et Vigouroux.

*Un cas de délire par intoxication sulfo-carbonée.*

MM. Vigouroux et Collet communiquent un cas de sulfo-car-

bonisme chronique avec accès sub-aigu de délire. Il s'agit d'un homme de 34 ans, à hérédité chargée, travaillant depuis 4 mois et demi dans une atmosphère chargée de vapeurs de carbone.

Il présenta successivement de la céphalalgie, de l'irritabilité, de l'insomnie, des troubles dyspeptiques, de la constipation ; puis il eut un délire de couleur mélancolique avec interprétations délirantes, illusions et hallucinations. Ce malade présentait des signes physiques et de la glycosurie alimentaire. Il n'était pas alcoolique et n'avait aucun stigmate hystérique. Ce délire guérit rapidement après avoir suivi le régime lacté.

Les auteurs concluent qu'à côté des délires par intoxication aiguë, des démences par intoxication chronique, il y a, comme dans l'alcoolisme chronique, des délires subaigus vraisemblablement en rapport avec les auto-intoxications organiques.

M. Briand. — On pourrait objecter, à cette observation, que le malade qui en fait l'objet est tout simplement alcoolique. Je ne m'arrêterai pas à cette objection parce que j'ai déjà observé des phénomènes semblables chez des personnes très certainement sobres, notamment chez une ouvrière en petits ballons de caoutchouc et qui avait été précédemment considérée comme une alcoolique banale, bien qu'elle fût une buveuse d'eau avérée.

Je n'affirmerai pas que l'hystérie soit sans effet sur les manifestations de l'ordre décrites par M. Vigouroux.

J'ai en effet vu une femme ne présentant que de légers stigmates d'hystérie à l'état fruste, et qui fut prise très rapidement de paralysies partielles, à la suite d'une intoxication sulfo-carbonée survenue peu de temps après son entrée en apprentissage.

M. Dupain a aussi observé une malade analogue au dernier cas signalé par M. Briand.

M. Vallon fait remarquer que si l'intoxication sulfo-carbonée ressemble tellement à l'intoxication alcoolique, c'est parce que tous les délires toxiques présentent beaucoup de symptômes communs.

*Troubles du langage musical chez les hystériques.*

M. Ingégnières lit une note sur le langage musical chez les hystériques.

Marcel Briand.

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

*Séance du 7 décembre* 1905.

*Théorie sensorielle de la déviation conjuguée de la tête et des yeux.*

M. Dufour rapporte le cas d'une femme ayant présenté un état comateux suivi d'aphasie, d'hémiplégie incomplète, de déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche et d'hémianopsie

droite. A l'autopsie, large ramollissement intéressant en arrière les radiations optiques de Gratiolet. Ce cas viendrait à l'appui de la théorie de Bard, qui fait dépendre la déviation conjuguée de l'hémianopsie, du moins dans les cas avec demi-coma.

MM. Brissaud et Marie exceptent de cette théorie les cas avec coma complet et ceux avec conservation de la conscience.

*Maladie de Dercum sans troubles psychiques.*

M. Le Play, à propos d'un cas survenu à la ménopause, rapproche la maladie de Dercum des adiposes consécutives à l'ovariotomie.

M. Ballet a vu quatre cas de maladie de Dercum sans troubles psychiques.

*Syringomyélie avec sclérodactylie.*

MM. Klippel et Maillard montrent un malade chez qui la précocité de la sclérodactylie rendit le diagnostic difficile au début.

*Maladie de Recklingausen avec dystrophies.*

MM. Klippel et Maillard montrent un malade dont la neurofibromatose s'accompagne de dystrophie des appareils fibro-élastiques, d'où : luxation spontanée de l'épaule, hernie pulmonaire sus-claviculaire dans la toux, abaissement du foie, atrophie du testicule, hypertrophie mammaire, large repli de peau au bras droit.

*Lésions cadavériques des fibrilles colorées par la méthode de Cajal.*

M. Ballet.— Dans les conditions ordinaires des autopsies, les lésions cadavériques n'altèrent pas les fibrilles primaires ; les secondaires au contraire sont très altérées et il ne faudrait pas attribuer une valeur pathologique à leurs divers aspects.

*Hémiplégie traumatique tardive.*

M. Souques montre une malade prise d'hémiplégie quinze jours après avoir reçu des coups de bâton sur la tête.

Dans de tels cas il s'agit vraisemblablement d'hémorrhagies centrales. Il faudrait, au point de vue médico-légal, faire la part du traumatisme et de la prédisposition vasculaire.

MM. Ballet, Babinski, Marie, Dupré et Brissaud rappellent, à ce propos, des cas d'hémiplégie survenue tard après un traumatisme et la difficulté médico-légale de tumeurs cérébrales et de paralysies générales survenues après des traumatismes.

*Hémiplégie et hémianesthésie d'origine centrale.*

MM. Claude et Lejonne montrent une malade dont l'anesthésie unilatérale est tellement prononcée qu'elle fut d'abord prise pour une hystérique, mais l'hémiplégie est bien organique.

L'absence d'aphasie indique une lésion non corticale ; il s'agit

probablement d'un ramollissement du noyau externe de la couche optique.

*Hémispasme facial chez un vieillard.*

MM. Dupré et Lemaire présentent ce cas qui dure depuis trente ans chez un homme de quatre-vingt-dix ans.

*Cholestéatome du cerveau.*

M. Roussy montre la pièce, dont la structure rappelle celle des kystes dermoïdes.

M. Lamy rapporte un cas de *polynévrite antibrachiale au cours d'un cancer intestinal*, et des cas de *troubles graphologiques chez des parkinsonniens*. M. Meige a vu ces mêmes troubles chez des gens normaux. M. Dupré n'y voit qu'un signe de fatigue chez des spastiques.

M. Crouzon présente un cas de *nœvus ostéohypertrophique à disparition radiculaire*, et un moulage de *mal perforant coccygien*.

M. Déjerine et Leenhardt montrent un malade atteint de *Tabès avec atrophie des muscles abdominaux et des gouttières vertébrales gauches*.

*Etat vermoulu de l'écorce.*

M. Marie, à l'aide d'une pièce, montre en quoi cet état diffère du ramollissement. F. Boissier.

*Séance du 11 janvier 1906.*

*Polynévrite succédant à l'empoisonnement arsenical aigu.*

MM. Raymond et Lejonne déterminent les caractères qui distinguent cette polynévrite arsénicale des autres polynévrites toxiques : choléra toxique au début, puis démangeaisons, douleurs articulaires; paralysie commençant par les extrémités et portant d'abord sur les petits muscles des mains et des pieds, avant et plus profondément que sur les muscles de l'avant-bras et de la jambe. M. Marie confirme et montre l'importance médico-légale de cette constatation.

*Paralysie faciale et hémiatrophie linguale.*

MM. Huet et Lejonne montrent une jeune fille de quinze ans atteinte de cette paralysie à l'âge de trois ans, au milieu de phénomènes fébriles et de convulsions déterminées par une méningite ou une poly-encéphalite (paralysie flasque, secousses musculaires fasciculaires, diminution de la contractilité électrique).

*Un cas de syringobulbie. Syndrome d'Avellis.*

MM. Raymond et Guillain montrent un syringomyélique spasmodique présentant une hémiatrophie du voile du palais à droite et une paralysie complète de la corde vocale de ce côté. Cet en-

semble constituant le syndrome syringobulbique d'Avellis est rare au cours de la syringomyélie. Le facial étant intact chez le malade, les auteurs infèrent que le vago-spinal est bien le moteur principal du voile du palais.

M. Thomas rapporte un cas de *sclérose en plaques uniquement médullaire.*

*Euphorie délirante et onirisme chez un phtisique.*

MM. Dupré et Camus rapportent le cas d'un phtisique qui, après avoir présenté tout le syndrome méningitique, entra progressivement dans un état d'euphorie continue avec inconscience de sa situation, et dans un délire onirique avec illusions et fabulations fantastiques qui persistèrent pendant deux mois, jusqu'à la mort. A l'autopsie : double et symétrique tubercule cortical aux pieds des $F^2$ ; altérations nécrotiques diffuses des cellules de l'écorce frontale.

*Un nouveau cas de soi-disant hétérotopie du cervelet.*

M. Boussy. — Il s'agit encore d'un cervelet enfoncé et fragmenté dans le canal rachidien par un formolage trop brusque et le transport du cadavre. (*Ectopie cérébelleuse post mortem*).

*Lésions de la moelle dans la démence précoce.*

MM. Klippel et Lhermitte.—A l'atrophie avec état granuleux et pigmentaire des cellules ganglionnaires les auteurs ajoutent la possibilité de lésions systématisées des cordons postérieurs associées ou non à celles des cordons latéraux.

*Syndrome pseudo-bulbaire d'origine névritique.*

M. Comte rapporte deux cas typiques dans lesquels seuls les nerfs bulbaires présentèrent des lésions de névrite ancienne avec gaines vides. Ces cas se différencient de la maladie de Duchenne par la paralysie du facial supérieur, les troubles de la sensibilité et l'évolution différente.

F. Boissier.

---

# BIBLIOGRAPHIE

V. — *Aus Meinem Leben. Erinnerungen und Erörterungen*, von Dr Moriz Benedikt, professor an der Wiener Universität. Verlagbuchhandlung Carl Konegen, Wien, 1906.

Le prof. Benedikt est un des derniers encyclopédistes: savant, artiste, linguiste, homme politique, voyageur, il a laissé partout des traces de son activité. Il a publié des tra-

vaux remarqués de neuropathologie, de craniométrie, d'anthropologie, de psychologie, de sociologie, d'électrothérapie, de radiologie, de biologie générale. Ses derniers travaux sur la biomécanique et la morphologie ont eu un immense retentissement, en raison de l'indépendance d'esprit et de la manière nouvelle dont il traite le problème de l'origine et de la nature de la vie. Ses mémoires, qu'il vient de publier sous le titre indiqué plus haut, permettent de le suivre pendant son active existence, et de connaître les hommes avec lesquels il a été en rapport. Les portraits qu'il peint sont sincères, sans flatterie, sans réticence. Ce livre charmera et instruira le médecin.

Skoda et surtout Oppolzer semblent avoir exercé une influence marquée sur la mentalité, pourtant si personnelle, du prof. Benedikt :

« La Clinique d'Oppolzer, dit-il, était pour nous le séjour de prédilection ; il y restait souvent trois heures, et venait, même les dimanches et fêtes ; il ne fut point appelé à Vienne par la Faculté : Valdherny et Léo Thun considéraient que Skoda était apte à former des médecins penseurs plutôt que des praticiens, c'est pourquoi ils appelèrent Oppolzer à Vienne sans consulter la Faculté. On lui créa des difficultés, le ministre les aplanit. Il avait une tête olympique, des cheveux ondulants. Ses sens avaient une grande acuité, son toucher une grande finesse de perception. C'était un impressionniste qui, d'un coup d'œil, percevait toutes les caractéristiques d'un malade, et faisait un bon diagnostic. Tous les symptômes, tous les signes, étaient instantanément perçus, coordonnés dans son cerveau, examinés, critiqués, et le diagnostic le plus exact possible était établi. Son enseignement était très profitable aux élèves. Il avait une richesse énorme de moyens thérapeutiques, son attitude et le timbre de sa voix exprimaient toujours sa participation à l'état de ses malades. Tout l'arsenal médicamenteux ne contenait pas un calmant comparable à la seule présence d'Oppolzer au lit d'un malade. »

Le prof. Benedikt fait ensuite le récit des cures merveilleuses effectuées par la seule influence d'Oppolzer et dont il fut témoin.

Une caricature tragique de la Faculté de Vienne, dit M. Benedikt, était le prof. d'accouchement, il avait au plus trois élèves à ses leçons : « Si vous êtes appelé dans une famille, leur disait-il, et si vous soupçonnez que la demoiselle est sur le chemin de l'espérance, ne dites rien, courez immédiatement interroger la voisine, elle sait tout. » Pendant toute la durée de sa direction la fièvre puerpérale

ravagea la clinique, seules les femmes qui accouchaient dans la rue avaient des chances de survivre. Mais les pires choses contiennent du bon. Cet accoucheur avait pour assistant Semmelweis qui, frappé de la malpropreté des manipulations, et de leurs conséquences, découvrit la contagiosité de la fièvre puerpérale, sa conviction, basée sur une observation scientifique, était et demeura inébranlable ; il ne put la faire partager à personne ; il savait les avantages que l'humanité devait retirer de sa découverte ; il mourut sans avoir pu se faire comprendre ; après sa mort on lui éleva des statues.

Le prof. Benedikt conduit le lecteur, avec la même liberté de critique dans le monde médical français. « Duchenne de Boulogne, dit-il, est peut-être, parmi les maîtres français le plus grand clinicien portraitiste, pour façonner, avec tout son relief, la description d'une maladie. Il n'était pas seulement un peintre délicat, mais un pionnier, un créateur. On ne lui a pas donné, en France, le rang auquel, par son mérite, il avait droit. Charcot le premier enseigna aux Français comment ils devaient apprécier Duchenne de Boulogne ». « Jaccoud, dit M. Beuedikt, fut le créateur du congrès international de médecine de 1867 ; très littéraire, il connaissait et citait tous mes travaux ; il fut un des premiers Français qui connut et répandit en France la littérature allemande ; comme Stellwag il était un lecteur virtuose, et comme lui un mondain. Je me rappelle son agitation extraordinaire, pendant le Congrès de Vienne en 1873, par la crainte d'arriver quelques minutes en retard au déjeuner. »

On apprend ainsi, avec M. Benedikt, à connaître tous les maîtres de la médecine, en France, en Autriche, en Allemagne, en Russie, en Angleterre, en Italie, en Belgique, etc. On assiste aux différents congrès, on prend part à la lutte des idées, on revit en un mot toute la vie médicale européenne pendant la seconde moitié du dernier siècle, et cette revue des idées, des hommes et des choses, est aussi instructive qu'agréable. Stéphane LEDUC.

VI. — *La démence précoce dans l'armée* (étude clinique et médico-légale) ; par F. KAGI. (*Thèse de Bordeaux*, 1904-1905, n° 50.)

La démence précoce trouve dans la vie militaire un terrain d'éclosion et de développement favorable. Absente des nomenclatures militaires, la démence précoce n'en existe pas moins dans l'armée, sous des appellations diverses. Cette psychose, polymorphe dans ses manifestations, mérite d'attirer l'attention des médecins militaires au double point de vue, de la difficulté du diagnostic clinique et de sa ressem-

blance avec des états simulés. A mesure que l'intensité de la vie militaire croît en proportion inverse de sa durée, les non-valeurs mentales doivent être plus rigoureusement exclues de l'armée. La sélection plus minutieuse des conseils de revision devra être éclairée par les connaissances psychiatriques des médecins militaires, connaissances qui auront leur maximum d'importance et d'utilité en cas de conseils de guerre. Jean ABADIE.

# VARIA

### ASILES D'ALIÉNÉS.

*Mouvement de janvier* 1906.— M. le Dr Leroy, médecin adjoint à Evreux, nommé médecin adjoint de l'asile des aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), poste créé. M. le Dr Wahl, médecin adjoint à Auxerre, promu à la classe exceptionnelle.

### IDIOTIE AMAUROTIQUE FAMILIALE.

A différentes reprises, nous avons donné l'analyse d'articles sur l'*idiotie amaurotique* et, dans le n° 119 des *Archives* (1905), p. 389) à propos d'un nouveau cas nous avons signalé les travaux parvenus à notre connaissance. En terminant, nous disions qu'il y avait là matière à une thèse ou à une analyse intéressante. Ce travail vient d'être fait dans le numéro de février de la *Revue des maladies de l'enfance* (1906, p. 70), par M. P. Savornat.

### TRAITEMENT DES IDIOTS ET DES IMBÉCILES.

Un *cours de Physiologie médicale* relative au traitement et à l'éducation des idiots et imbéciles aura lieu du 2 au 7 avril 1906, à l'*Université de Giessen*, dans la clinique des maladies mentales et nerveuses, sous la direction du Dr R. Sommer, professeur de Psychiatrie à Giessen.

Les matières suivantes seront traitées : 1° Les formes différentes de l'idiotie, au point de vue clinique et anatomique. — 2° Les causes, la prophylaxie, et la thérapeutique de l'idiotie. — 3° Etude des anomalies morphologiques, accompagnée d'exercices pratiques. — 4° Psychologie médicale concernant le traitement et l'éducation des idiots : étude accompagnée d'exercices pratiques. — 4° La didactique expérimentale relative aux idiots. — 6° Les écoles adjuvantes pour imbéciles. — 7° L'éducation forcée. — 8° La situation des imbéciles devant le droit pénal.— 9 La criminalité

infantile. — 10° L'imbécillité dans le service militaire. — 11° Les asiles pour idiots et imbéciles ; visite de ces instituts.

Les conférences seront faites par les docteurs Sommer et Dannemann, de l'Université de Giessen, le Dr Weygandt, professeur de Psychiatrie à l'Université de Würzburg, et le Dr Lay, du séminaire de Karlsruhe, auteur de la « Didactique expérimentale ». — Le montant de la souscription s'élèvera, suivant les frais éventuels, de 12,50 à 25 frs. par personne. — Le programme définitif sera remis aux intéressés en février 1906. Toutes les personnes qui portent un sérieux intérêt au traitement et à l'éducation des idiots et des imbéciles, particulièrement les médecins et les instituteurs, sont invitées à participer au cours.

Les cours de ce genre sont d'une utilité incontestable. Malheureusement, ils ne sont pas nombreux. Citons nos visites du samedi où nous montrons un certain nombre de *types cliniques*, de *cerveaux*, etc ; quelques leçons du cours de notre ami, le Dr J. Voisin, à la Salpêtrière, et des conférences en province, par exemple à Bordeaux (Jacquin), à Auxerre (Wahl).

## FAITS DIVERS

Distinctions honorifiques. — *Chevaliers de la Légion d'honneur.*— M. le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard ; le Dr Ritti, médecin du quartier des dames de la maison Nationale de Charenton.

*Officier d'Académie.* — M. Guichet, directeur de l'asile d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône.)

*Mérite agricole.* — M. le Dr Damalix, chirurgien de la Maison Nationale de Charenton.

Concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, le 19 mars 1906. Voir les conditions du concours dans l'arrêté du 23 janvier 1906, publié au *Journal officiel* du 25 janvier et reproduit dans les *Archives de Neurologie* (janvier 1906.)

Asiles belges. — Par arrêté ministériel du 23 décembre 1905, M. Ley (A.), docteur en médecine à Anvers, est nommé médecin de l'asile pour femmes aliénées indigentes et pensionnaires au «For Jaro à Uccle. Par arrêté ministériel du 28 décembre 1905, M. le Maistre (Ch.) docteur en médecine à Lenze, est nommé médecin de l'asile pour hommes aliénés pensionnaires érigé en la dite localité.

L'ALCOOLISME. — Calvayrac, 31 ans, cultivateur à Pradelles (Aude), dans un *accès d'alcoolisme*, a tué sa mère à coups de buche. Dans un *accès de folie alcoolique*, Jean Debec, 20 ans, demeurant à Saint-Léger (Loire-Inférieure), a tenté d'assommer son père à coups de barre de fer. Il est allé ensuite se jeter sous un train qui l'a écrasé.

---

**AVIS A NOS ABONNES.** — *Nous leur rappelons que les abonnements combinés aux* **Archives de Neurologie** *et au* **Progrès médical** *sont de 28 fr. pour la France et 30 fr. pour l'Etranger et que par conséquent en ajoutant 8 fr. à leur abonnement des* **Archives** *ils peuvent recevoir les deux journaux. Nous nous adressons plus spécialement aux médecins des asiles dont les deux journaux ont soutenu régulièrement leurs intérêts professionnels.*

*Nous sommes à leur disposition pour compléter dans de bonnes conditions les années qui manquent à leur collection. — La collection complète : 1880 à 1905 inclusivement,* **prise dans nos bureaux**, *est de 150 fr. ; la 2e série de 1896 à 1905 est de 100 fr.* (*Voir les* **annonces** *après le* **Sommaire**.)

---

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE :

L'ENCÉPHALE (*Journal de psychiatrie*), publié et dirigé par Antheaume (A.) et Klippel (M.) ; secrétaire de la rédaction : G. Maillard ; paraissant tous les deux mois. Prix de l'abonnement : France, 21 fr. Union postale, 23 fr.

L'ENCÉPHALE est complété par deux autres publications spéciales : la *Revue de médecine légale psychiatrique et d'anthropologie criminelle* paraissant six fois par an et l'*Informateur des aliénistes et neurologistes* paraissant tous les mois. L'abonnement à ces deux publications est de : France, 10 fr. ; Union postale, 12 fr. Le prix d'abonnement des trois publications est de : France, 30 fr. ; Union postale, 33 fr. Librairie H. Delarue, 5, rue des Grands-Augustins.

GUERDER. — Etude clinique sur le traitement local de la tuberculose par un extrait de foie de morue. In-8° de 116 pages. Librairie A. Michalon, 26, rue Monsieur-le-Prince.

LADAME. — Le régime des aliénés en Suisse avec annexe. Quelques données statistiques sur les sociétés suisses de secours aux aliénés. 1 vol. In-8° de 76 pages.

*Le rédacteur-gérant :* BOURNEVILLE.

---

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. XXI Mars 1906 N° 123

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE MENTALE

BIBLIOTHÈQUE DES SMITHSONIAN INSTITUTION

Hospice de Bicêtre. — Service du Dr SÉGLAS.

### Le refus d'Alimentation dans la démence catatonique ;

Par André BARBÉ, interne des hôpitaux.

La plupart des auteurs qui ont étudié le refus d'aliments dans la démence précoce ont généralement considéré ce symptôme soit comme une manifestation, soit comme une forme, soit comme une conséquence du négativisme. M. Dromard s'est élevé récemment, avec raison, contre cette conception par trop simpliste. Il s'est attaché à établir au contraire que l'origine de la sitiophobie pouvait être variable, et à ce propos il a rapporté un certain nombre d'observations dans lesquelles il nous montre ces manifestations comme résultant successivement d'idées délirantes, d'une attitude stéréotypée, de l'opposition automatique (négativisme) ou volontaire mais irraisonnée (nolitionisme), de l'arrêt plus ou moins complet de l'activité mentale (stupeur ou stupidité).

Dans son article, M. Dromard dit qu'il ne faut pas prendre comme argent comptant les explications des malades, et qu'il ne faut accepter qu'avec une extrême prudence les explications rétrospectives que ces malades peuvent donner au sujet des manifestations de leur délire. Ceci est parfaitement exact, mais déjà Falret, en 1854, avait dit qu'il ne fallait pas réduire son « devoir d'observateur au rôle passif de secrétaire des malades ». De plus, il est une autre objection que la lecture de l'intéressant article de M. Dromard vient suggérer à l'esprit. Il dit, en effet et avec raison, que la sitiophobie dans la

démence précoce résulte d'une quantité de causes ; mais on peut lui objecter qu'il étudie en somme toutes les causes de la sitiophobie, car il paraît donner à la démence précoce une telle extension qu'il fait en réalité la séméiologie du refus d'aliments en général.

Comme l'indique le titre de cet article, nous avons simplement ici en vue le refus d'aliments dans la démence catatonique. La démence précoce est, en effet, mal connue ; il faut donc savoir se limiter, et se limiter à un groupe pouvant constituer une variété. Nous prendrons la variété qui est à la fois la plus fréquente et la plus nette, c'est-à-dire la catatonie. Il semblerait que, chez un dément précoce, même chez un catatonique, le refus d'aliments viendrait de l'un des symptômes, et que ce serait la prédominance de l'un de ceux-ci qui occasionnerait la sitiophobie. Il nous a plutôt paru que tous ces symptômes pouvaient se trouver réunis et agir simultanément, formant ainsi une pathogénie complexe, sans que l'on puisse attribuer le refus d'aliments à l'un d'entre eux. Ce n'est pas parce qu'un malade a du négativisme, ou de la stupeur, ou de la suggestibilite, ou de la stéréotypie qu'il ne mange pas, mais c'est tout simplement parce que c'est un catatonique ; la sitiophobie est la conséquence d'un état et non pas d'un symptôme. Nous allons maintenant rapporter deux observations qui, nous l'espérons du moins, convaincront le lecteur de l'impossibilité d'attribuer la sitiophobie du dément précoce à un symptôme bien déterminé.

Observation I (1). — P..., Eugène, entre à l'hospice de Bicêtre le 8 février 1899, à l'âge de 30 ans (service du Dr Séglas). Présente d'abord des idées de persécution, et fait une tentative de suicide par empoisonnement avec de la liqueur de van Swieten. Interné pour la première fois à Bicêtre (1896), on note des idées de persécution et de suicide, du refus d'aliments. Il s'améliore et peut sortir.

En novembre 1898, les accidents reparaissent et il est interné pour la seconde fois à Bicêtre en février 1899. Voici maintenant

(1) L'observation de ce malade ayant déjà été publiée dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (Juillet-Août 1902) nous ne rappellerons ici que brièvement les principaux symptômes présentés par le malade pendant ses périodes de refus d'aliments.

un état parallèle des principaux symptômes et de l'alimentation.

Novembre 1898.— Symptômes : Idées de persécution, croit que son frère veut l'empoisonner. – Alimentation ; — Refuse parfois les mets qu'on lui sert.

Février 1899. — S.: Négativisme (mutisme), stéréotypie d'attitude. — A.: Refus d'aliments pendant quelques jours sans raison connue.

Mars 1899. — S.: Persistances par intervalles des stéréotypies d'attitude. — A.: mange avec difficulté.

Mars 1899 à 5 décembre 1899.— S.: Même état. — A.: se nourrit irrégulièrement et par lubies. Une semaine mange comme les autres malades ; la semaine suivante, ne mange que des légumes, où bien ne prend que du vin et du pain ; plusieurs fois enfin, pendant trois à quatre jours, il a refusé tout aliment.

5 décembre 1899 au 12 mai 1900. — S.: Négativisme très accentué. Stéréotypie (oublie le chemin de la garde-robe et fait ses besoins sur un drap près de son lit.) — A.: Refuse complètement toute nourriture. A partir de ce jour, il est nourri à la sonde œsophagienne. (300 gr. de poudre de viande, deux œufs et deux litres de lait).

12 mai 1900. — S.: Période de négativisme intense (attitude en chien de fusil, yeux obstinément fermés, raideur des membres, mutisme). —A.: Continuation de l'alimentation par la sonde œsophagienne. Le matin, avec la sonde : deux œufs, quatre cuillerées de poudre de viande, un litre de lait. Le soir : avec un lavement : deux jaunes d'œuf, peptone 15 gr., lait 200 grammes,

14 mai 1900. — S.: Même état. Stupeur négativistique. Pouls faible (64), cyanose et refroidissement des extrémités. A perdu 850 gr. en 10 jours. Injection de 0,50 centig. de caféïne. — A.: Même alimentation.

3 juin 1900. — S.: Amélioration de l'état précédent. Ouvre les yeux, va seul à la garde-robe, va dans la cour, répond aux questions. — A.: Demande de la tisane. se plaignant d'une soif intense.

4 juin 1900. — S.: Même état. — A.: Prend un demi-litre de lait, et environ 50 grammes de pain.

5 juin 1900. — S.: Demande à recevoir le journal. lit. — A.: Deux bols de soupe ; un litre de lait avec pain.

6 juin 1900 à 10 août 1900. — S.: Se lève tous les jours lit, descend un peu dans la cour. — A. : Se nourrit strictemeat avec des soupes, du lait, du pain, souvent des légumes, surtout des pommes de terre.

10 août 1900. — A. : Retour du négativisme, reste au lit : demande à ne plus recevoir le journal qu'il semblait lire avec plaisir depuis deux mois, se dit courbaturé. Ne prend rien de la journée.

11 août 1900. — S. : Même état : reste couché. A. : A refusé la soupe le matin ; ne prend rien de la journée.

12 août 1900. — S. : Même état : reste couché. — A. : N'a rien mangé.

13 août 1900. — S. : Même état, le matin, reste couché. A. : Gavé le matin. Au repas du soir, s'est levé, a demandé à se mettre à table comme les autres malades, a mangé deux soupes, de la viande (première fois depuis 8 mois) des légumes.

14 août 1900 au 30 août 1900. — S. : Se lève dans la journée. A. : Ne prend rien que du pain, du lait et des légumes.

1er sept. 1900 à 27 novembre 1909. — S. : Stéréotypies d'attitude, (reste de nouveau au lit). Négativisme (raideur, mutisme). — A : Refuse tout aliment sans en donner le motif, nourri à la sonde comme précédemment.

27 novembre 1900 à mai 1901. — S. : Parle, se lève en se bornant au strict nécessaire. — A. : Mange.

Dès qu'il se sent observé modifie sa manière d'être dans le sens négativistique : s'il mangeait, il s'arrête dans l'attitude du moment, la cuiller à la main, la bouche ouverte, fixe et raide.

Mai 1901 à 20 juillet 1901. — S : Ecrit une lettre dans laquelle il dit que si on ne l'avait pas fait vivre malgré lui à la sonde pendant des mois, il se serait laissé mourir et qu'il ne serait pas en train de souffrir à Bicêtre. A. : Mange.

20 juillet 1901. — S. : Rechute en stupeur catatonique, négativisme-mutisme, stéréotypies d'attitudes et de mouvements (assis dans la salle, se couvre la tête de ses vêtements). A. : Refus d'aliments, gavage de la même manière que précédemment.

21 juillet 1901, — Négativisme, conservation des attitudes provoquées, raideur, rire explosif, mutisme, Schnauskrampf. continuation de l'alimentation par la sonde œsophagienne.

23 juillet 1901. — S. : Stéréotypies d'attitude, négativisme avec raideurs musculaires, mutisme, grimaces, attitudes cataleptiformes provoquées. Refus d'aliments : quand on le gave, est toujours assis, la tête dans son veston, change automatiquement de position afin d'être placé toujours de la même façon pour être gavé, puis, l'opération terminée, il se lève comme une mécanique, fait deux pas en avant, traverse la largeur de la salle, et va se figer debout devant le lit en face du sien, restant immobile, la tête baissée, contractée.

28 juillet 1901. — S : : Lit le journal, ce qu'il avait cessé de faire depuis le 22 juin, écrit. A : Demande s'il ne pourrait pas prendre son gavage sans la sonde, et le boit. Une heure après, demande du pain et en mange environ 250 grammes.

29 juillet 1901. — Même état, mange cinq bols de soupe qu'il a demandés.

A partir de cette époque, le malade s'alimenta d'une façon

assez irrégulière, mais prenant cependant quelque chose chaque jour. En mai 1902, il avait considérablement engraissé. Depuis cette époque jusqu'à maintenant (février 1906), il a toujours mangé régulièrement du pain, des œufs, des légumes, mais jamais de viande ni de vin. Comme symptômes principaux, il présente surtout des phénomènes légers d'excitation catatonique, avec stéréotypies verbales.

Voilà donc un malade qui a présenté tous les symptômes les plus nets et les plus caractéristiques de la démence catatonique : mutisme, stupeur, négativisme, suggestibilité, stéréotypies. Or, il n'est pas un seul de ces états qui, soit isolé, soit associé à plusieurs autres, n'ait été accompagné de sitiophobie. Il semble donc que l'on doive chez ce sujet ne point considérer le refus d'aliments comme la conséquence d'un symptôme bien déterminé, mais simplement comme la conséquence même de son état catatonique. De plus, nous ferons observer ici que s'il était possible d'attribuer le refus d'aliments au négativisme ou à n'importe quel autre symptôme, il serait plus difficile d'expliquer quel est le symptôme qui occasionne chez un malade le refus de certains aliments, à l'exclusion des autres.

Nous allons maintenant donner l'observation d'une malade atteinte de *démence catatonique*, et chez laquelle il serait à coup sûr difficile d'attribuer la sitiophobie au négativisme ou à tout autre symptôme bien déterminé.

Observation II. — Cette observation que j'ai recueillie en ville, dans la clientèle particulière de M. Séglas, concerne une dame âgée de 31 ans. Le début de son affection remonte à son premier accouchement qui eut lieu en septembre 1902. Six semaines après, elle eut du délire, des cauchemars zoopsiques, de la désorientation, et déjà à cette époque, elle fut difficile à alimenter, car elle croyait voir des vers dans ses aliments. A cette phase d'excitation succéda une phase de dépression.

En avril 1903, elle eut une perte de sang, avec issue d'un caillot, que l'on pensa être une fausse couche.

A partir du mois de décembre 1903, jusqu'au mois de mai 1904, le développement de la sitiophobie fut progressif et dû à différentes causes. La malade était craintive, paraissant toujours avoir peur de ce qu'on voulait lui faire ; elle avait des attitudes cataleptiques, s'immobilisant au milieu d'un mouvement. Elle était en état de demi-stupeur, avec confusion des idées, et faisait

tout avec lenteur extrême. A chaque instant, on était obligé de la stimuler pour la faire manger, elle décomposait en quelque sorte tous les mouvements nécessaires pour prendre de la viande dans son assiette, la porter à la bouche, la mastiquer et l'avaler Son repas durait ainsi quelquefois deux heures.

En mai 1904, elle accoucha pour la deuxième fois ; cet accouchement fut normal, mais deux jours après, le malade présenta du négativisme, de la raideur, de la catalepsie avec exagération des réflexes, facies terrifié, égaré. En juillet 1904, elle s'améliora un peu.

Deux mois après, elle eut une phase de stupeur plus accentuée, avec facies bouffi, sans expression. Elle eut du mutisme, du « Schnauskrampf », et les symptômes que l'on avait observés au mois de mai s'accentuèrent. Elle avait un peu de négativisme, et ne faisait pas un mouvement spontané. On était obligé de lui donner sa nourriture bouchée par bouchée, et elle gardait les aliments en chique dans sa bouche pendant un temps indéfini ; cependant elle avalait encore assez convenablement les liquides.

En janvier 1905, elle ne prit plus rien du tout, mais à ce moment intervinrent des phénomènes de négativisme et d'opposition (surtout de négativisme à titre de réaction de défense). La malade restait continuellement couchée sur le côté gauche, en chien de fusil, la tête penchée sur la poitrine, et complètement recouverte par ses draps, dans une position et une attitude qui ne changeaient jamais. Toujours enfermée dans son mutisme, elle serrait les dents, détournait la tête devant la cuiller et c'est en présence de la persistance de cet état que l'on fut obligé d'avoir recours à la sonde œsophagienne. Dès le premier gavage, elle se laisse faire assez facilement et ne se débat pas. Cependant, au début, quand on passe la sonde par la narine droite, la malade contracte fortement ses muscles constricteurs du pharynx, et ramène ainsi le bec de la sonde dans sa bouche, l'empêchant de pénétrer dans l'œsophage. On fut donc obligé au début de passer la sonde par la bouche, et huit jours après, on put recommencer le gavage par la narine droite. La malade était assez docile et s'habituait rapidement ; elle se laissait lever, asseoir sur une chaise, et lorsque le gavage était terminé, elle se laissait recoucher. Donc après une légère phase de résistance, le gavage accepté se transforme chez cette malade en stéréotypie.

Cependant cette nouveauté parut avoir fait sur Madame D... une grande impression ; car cette malade, qui n'avait pas dit un seul mot ni prononcé un seul son depuis plusieurs mois, dit spontanément, le troisième jour de son gavage, au moment où on vient de la lever et où on l'approche de la chaise : « Je voulais dormir » à la grande stupéfaction de tout son entourage. Elle ne le dit qu'une fois ou deux et ce sont les seules paroles qu'elle pro-

nonce pendant la première semaine du gavage. En dehors de cela elle reste la bouche ouverte, béante, laissant s'écouler un mince filet de salive ; du nez coule également en grande abondance un liquide jaune verdâtre.

A ce moment et pour la commodité des gavages, la malade est ramenée de la campagne à Paris, mais elle oppose à ce retour une résistance à laquelle on n'aurait pas cru devoir s'attendre. Puis, une fois installée à Paris, dans sa chambre habituelle, elle cesse de se lamenter et prend immédiatement dans le lit où on la couche une attitude absolument semblable à celle qu'elle avait adoptée à la campagne.

Ce retour s'effectua le 30 janvier 1905, et, à partir de ce jour, la malade prit de nouvelles habitudes ou stéréotypies. Elle se laissait docilement gaver deux fois par jour par la narine droite. Mais, pour que ce gavage fût accepté facilement, il fallait ne rien changer à aucune de ses habitudes ; pour en donner une idée, nous allons décrire un de ces gavages.

La malade, continuellement couchée sur le côté gauche, dans la même attitude en chien de fusil, la tête cachée sous les couvertures et ne laissant dépasser que l'extrémité du chignon, paraît somnoler et rester indifférente. Quand on ouvre la porte, elle sort la tête des couvertures et, ayant reconnu le médecin habituel, elle se cache immédiatement à nouveau la tête. Quand on va pour la lever, elle se laisse faire assez facilement, mais c'est à ce moment que commence chez elle une série de stéréotypies qu'il faut éviter de contrarier, sous peine de rencontrer des difficultés pour le gavage. Elle exige qu'on lui mette les mêmes chaussons à chaque fois qu'on la lève, il faut lui placer sur le dos le même peignoir, de la même façon, et attaché exactement comme les fois précédentes. Le chemin qu'elle suit pour aller s'asseoir sur sa chaise est le même à quelques centimètres près, elle refuse absolument de s'asseoir sur une chaise autre que sur celle dont on s'est servi pour la première fois, et il faut, pour qu'elle s'asseye dessus, que cette chaise soit placée de la même façon et au même endroit. Tout en venant vers sa chaise, elle répète plusieurs fois de suite, et sur un ton monotone et nasillard : « Toujours la même chose ! » « Toujours pareil ». Parfois elle dit encore : « Je voulais dormir », « J'avais sommeil ».

Une fois assise, et bien entendu dans la même position, elle ne bouge plus ; elle est affaissée sur elle-même, les bras et les jambes serrées le long du corps, dans une attitude de crainte et de somnolence. Quand on approche la sonde de sa narine droite, elle vérifie si c'est bien comme à l'ordinaire, c'est-à-dire si la sonde est la même, et si elle est huilée à son extrémité comme à l'habitude. Cela est si vrai que si l'on fait exprès de changer la forme de la sonde, ou si on oublie sciemment de la huiler, la malade se

débat et pousse des cris plaintifs, puis aussitôt qu'on a satisfait à son attente du « Toujours la même chose », elle ne bouge plus et se laisse gaver avec docilité. Une fois le gavage terminé, elle se laisse reconduire à son lit et y reprend immédiatement son attitude accoutumée. Mais cependant, bien que sa tête soit sous ses couvertures et qu'elle paraisse dormir, elle n'est aucunement indifférente à ce qui se passe autour d'elle et si on change de place soit ses chaussons, soit sa descente de lit, elle sort la tête vivement et gémit jusqu'à ce qu'on ait réparé le désordre. D'ailleurs, de même que la malade exige que tout soit comme à l'ordinaire, de même elle s'oppose à toute sollicitation nouvelle, et son négativisme la fait alors se contracter et se raidir avec une force que l'on n'aurait jamais supposée chez une malade aussi peu musclée.

Cette situation ne se modifie en aucune façon pendant toute la durée du mois de février 1905. Quel que soit le changement qu'on veuille apporter, qu'il s'agisse du détail le plus minime ou d'un moyen essayé pour amener un changement dans la stéréotypie, on peut être sûr d'avance que l'on n'obtiendra aucun résultat. C'est ainsi que, cherchant à solliciter la malade pour la faire manger, on la menace de la gaver par la narine gauche. Elle se débat et cependant quand on a réussi à la gaver par ce côté, on arrive simplement à ce résultat de la rendre plus méfiante et de lui faire prononcer avant le gavage ces mots : « Toujours du même côté ! » Elle résiste, bien entendu, à toutes les tentatives que l'on fait pour l'alimenter d'une autre manière que par le gavage. En dehors des gavages, la malade reste couchée dans la même attitude, indifférente en apparence à ce qui se passe : mais si l'on vient à changer quoique ce soit dans sa chambre, elle s'oppose à toute nouveauté, répétant sur un ton monotone et plaintif son : « Toujours la même chose », jusqu'à ce que tout soit rentré dans l'ordre.

Pendant le mois de mars 1905, elle paraît s'améliorer un peu. A ce moment elle refuse toujours la nourriture, mais on peut l'habituer lentement à une très légère initiative personnelle. C'est ainsi que, à condition de tout laisser en place comme à l'habitude on arrive à la faire se lever d'elle-même, prendre son peignoir, se le mettre sur les épaules et venir s'asseoir sur la chaise pour le gavage. Tous ces mouvements spontanés et nouveaux sont, il est vrai, extrêmement lents et comme empruntés : ils contrastent, comme toujours dans ce cas, avec les mouvements stéréotypes, lesquels s'accomplissent sans effort ; cependant, leur répétition journalière amène une plus grande facilité dans leur accomplissement.

On ne la fait sortir de son apparente indifférence qu'en la menaçant de changer quelque chose à ses habitudes.

Cette situation persiste pendant tout le mois de mars, sans que

l'on puisse apporter un changement quelconque. Elle refuse obstinément tout autre mode d'alimentation que par la sonde, serre fortement les mâchoires quand on veut tenter de lui introduire dans la bouche une cuiller ou tout autre instrument semblable.

Pendant le mois d'avril, on commença à essayer d'utiliser ses tendances à la stéréotypie pour lui réapprendre à manger, et arriver ainsi à substituer une stéréotypie à une autre. Comme elle paraissait à ce moment plus éveillée et moins négativiste, on put l'habituer ainsi progressivement à voir une cuiller et un bol sur la commode à côté de laquelle elle s'asseyait pour le gavage. Puis on lui fit prendre cette cuiller et on l'exerça lentement à faire le geste de la porter à sa bouche. Dès que l'on a pu arriver à ce résultat, et que la malade accepte volontiers de faire ce geste, on met un peu de bouillon dans le bol, et on l'exerce à en prendre une faible quantité dans la cuiller, puis de porter cette dernière à ses lèvres. Cherchant toujours à perfectionner ce geste, et à y ajouter un peu de nouveau d'une façon lente et progressive, on lui fait mettre la cuiller dans la bouche et y renverser le liquide qu'elle a pris. Au début, et pendant près de dix jours, ce mouvement se perfectionne de plus en plus, s'accomplit de plus en plus facilement, mais la malade ne fait aucun mouvement de déglutition et laisse couler hors de sa bouche tout le liquide qu'elle y avait introduit. Quelques jours après, elle commence à faire un léger mouvement de déglutition, puis le fait de mieux en mieux jusqu'à ce qu'elle arrive à avaler convenablement sa cuillerée de liquide. Pendant tout ce temps, elle n'accepte d'ailleurs de faire ces quelques essais qu'à la condition d'être gavée ensuite, et que ce soit : « Toujours la même chose ».

Vers la fin du mois d'avril, Mme D..., arrivait donc à prendre plusieurs cuillerées de potage ; à ce moment, on lui fit prendre l'habitude de saisir directement la tasse dans ses mains et de boire à même. Elle commença par de petites quantités, puis on put augmenter les doses qu'elle prenait, en même temps que l'on diminuait parallèlement les gavages. On put ainsi ne lui faire qu'un seul gavage par jour. Puis, la quantité de ce gavage journalier fut encore diminuée, et l'on arriva finalement, dans les premiers jours du mois de mai, à la faire s'alimenter seule d'une façon à peu près convenable en lui faisant ingérer par jour deux litres et demi de lait, quatre œufs et quatre cuillerées à soupe de poudre de viande.

Sa famille n'ayant à ce moment aucune raison de la laisser plus longtemps à Paris, on décida de l'emmener de nouveau à la campagne. Mais ce transport ne se fit pas sans une grande défense de sa part ; elle supplia de nouveau qu'on la laissât tranquille, demandant à rester et à ne rien changer à ses habitudes. On put néanmoins la transporter à la campagne ; elle y reprit

immédiatement ses habitudes anciennes, la même attitude en chien de fusil, se créa de nouvelles stéréotypies à propos de tous les petits détails de la vie journalière, mais continua d'accepter à s'alimenter plusieurs fois par jour en buvant dans la même tasse et aux mêmes heures la même quantité de liquide. Ainsi donc, de même que le refus, ou plus exactement, l'impossibilité de s'alimenter, étaient apparus lentement et progressivement chez cette malade, de même ce ne fut que d'une façon progressive et lente que l'on put lui faire accepter à nouveau une alimentation rationnelle.

Pendant les mois qui suivirent, Mme D... ne s'alimenta guère que d'une façon irrégulière et insuffisante ; cette alimentation défectueuse amena chez elle un amaigrissement considérable, et l'on fut obligé d'avoir recours de nouveau au gavage journalier; tandis qu'elle prenait seule un potage de somatose. A cette époque (novembre 1905), elle était redevenue légèrement excitée, négativiste, capricieuse, se laissant tomber à terre quand on la levait, parlant sur un ton enfantin,avec des rires et des grimaces. Elle cherchait à ennuyer son entourage, demandant du vin blanc et du raisin pour le manger seule ; quand on lui demanda la raison de ce désir, elle répondit que c'était pour uriner davantage et faire ses besoins dans son lit. Cette période d'excitation légère avec négativisme fut d'ailleurs très courte : La malade retomba bien vite dans son état de stupeur habituel : à ce moment, elle consentit à s'alimenter d'elle-même avec des potages et des œufs.

Il nous semble que ces deux observations paraîtront au lecteur suffisamment probantes pour entraîner sa conviction. Prenons, en effet, la première observation : on y voit que le début du refus d'alimentation commence avec des idées de persécution ; puis l'alimentation se rétablit, mais d'une façon irrégulière ; enfin, la sitiophobie s'installe en même temps qu'apparaissent des symptômes plus nets de démence catatonique. A ce moment, y a-t-il simplement du négativisme ? Non, car on le trouve associé à la stéréotypie, à la stupeur ou à du mutisme. Plus tard, on observe de la suggestibilité, des stéréotypies d'attitude, et cependant le gavage est toujours nécessaire, sans que l'on puisse vraiment dire lequel de ces symptômes entraîne le refus d'aliments, puisque ces symptômes sont étroitement associés. La seconde observation nous paraît tout aussi nette : la sitiophobie s'installe chez cette malade d'une façon

extrêmement lente : c'est pendant sa période de stupeur catatonique qu'elle mange de moins en moins, de même qu'elle réagit de plus en plus mal à toute sollicitation extérieure ; elle met deux heures pour faire un repas, comme elle met autant de temps à s'habiller, mais est-ce à dire qu'elle refuse les aliments ?

Non, elle ne les prend pas, mais quand on lui facilite la besogne, elle accepte le gavage. Pendant la période des gavages, elle a de la stupeur, de la stéréotypie, du négativisme, et toujours ces symptômes sont si étroitement liés qu'on ne peut attribuer la sitiophobie à aucun d'eux. On rétablit l'alimentation normale en utilisant la stéréotypie, et la malade recommence à manger. Mais ce résultat ne s'obtient que lentement, de même que la non alimentation s'était installée d'une façon progressive. On ne peut donc raisonnablement, dans aucun de de ces deux cas, incriminer un seul symptôme donné le mieux nous paraît être de considérer la non-alimentation des malades comme la conséquence du syndrome catatonique dans son ensemble.

En terminant, qu'il nous soit permis de nous excuser de l'apparente contradiction qui existe entre le titre même de cet article et l'opinion qui s'y trouve émise : le terme de refus d'aliments ou encore de sitiophobie ne se trouve employé ici que parce qu'il n'y en a point d'autre en usage courant dans la pathologie mentale. Mais si, comme nous l'espérons, le lecteur se rend à nos raisons, il conviendra facilement que le terme de non-alimentation employé un peu plus haut serait plus exact et conviendrait bien mieux à ce genre d'état.

---

## CLINIQUE NERVEUSE

---

### Grossesse et puerpéralité chez une épileptique atteinte de chorée ancienne ;

Par le Dr ARSIMOLES, médecin-adjoint de l'asile de Leyme (Lot).

Par quelques recherches bibliographiques, nous avons pu nous convaincre que, si l'attention s'est portée depuis

quelques années sur l'existence de troubles choréiques chez les femmes enceintes, les cas publiés se rapportent en général à ce que l'on appelle classiquement la *chorée des femmes enceintes*, ou *chorée gravidique*, dont le principal caractère est d'apparaître au cours de la grossesse et sous l'influence provocatrice de celle-ci.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale de cas analogues à celui que nous présentons dans ce travail, et que nous avons observé à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Toulouse : notre malade était atteinte depuis longtemps de chorée électrique, que le travail a fait disparaître momentanément, et d'épilepsie qui n'a subi aucune modification du fait de la grossesse, si ce n'est au moment du travail. En outre, chorée et épilepsie s'influençaient réciproquement, comme va nous le montrer l'observation.

Germaine S..., 35 ans, primipare, entrée à la Clinique d'accouchements, le 8 février 1905. Elle présente des antécédents héréditaires presque nuls : père asthmatique, mort à 67 ans. Mère morte de pneumonie à 45 ans ; trois sœurs en bonne santé. Pas d'affections nerveuses, ni de maladies mentales déclarées dans la famille ; nous n'avons pas de renseignements plus complets sur la parenté. — Dans les antécédents personnels, on ne relève qu'une rougeole à l'âge de six ans, pas d'autre maladie jusqu'à douze ans. Pendant sa jeunesse, cauchemars nocturnes terrifiants. De bonne santé habituelle, S..., qui habitait la campagne, fut de bonne heure placée comme domestique de ferme.

Réglée entre douze et treize ans, elle fut prise, à la suite d'une vive frayeur, survenue au moment de sa première menstruation, d'une attaque convulsive intense dont elle ne peut retracer avec précision les circonstances. Peu de temps après cette première crise, apparurent des mouvements cloniques involontaires, choréiformes, installés d'une façon définitive dès leur apparition, avec les caractères qu'ils présentent aujourd'hui. Leur intensité était telle, même dans les moments de repos relatif de l'appareil moteur, que notre malade devint rapidement inapte à exécuter aucun travail régulier exigeant quelque précision dans les mouvements ; sa famille fut obligée de la reprendre et l'employa comme bergère.

A la première attaque succédèrent, avec une périodicité régulière, d'autres crises convulsives, qui se reproduisaient environ tous les quinze jours. L'attaque était annoncée par une exagération très marquée des mouvements choréiformes durant deux

ou trois jours. Quelques instants avant l'attaque, céphalée légère, lassitude profonde ; d'après ses parents, elle perd connaissance, pousse un cri rauque soit en tombant, soit au moment des premières convulsions, puis se relève au bout de quinze à trente minutes, sans passer par la phase du stertor. Pas de morsure de la langue, pas d'émission involontaire d'urine ou de matières fécales. Après l'attaque, diminution des mouvements choréiformes en intensité et fréquence pendant quatre ou cinq jours. Les règles n'exercent aucune influence sur la fréquence ou la modalité des crises convulsives.

Notons que celles-ci, d'après la malade, ne s'accompagnaient pas nécessairement de perte de connaissance ; parfois S... se rendait compte de ce qui se passait autour d'elle sans pouvoir réagir. C'est ainsi qu'elle serait devenue enceinte : Un pâtre abusa d'elle en mai 1904 alors qu'il la vit incapable de lui résister (?).

Pendant les premiers mois de sa grossesse, les crises convulsives seraient devenues un peu plus fréquentes sans nulle modification dans leur caractère ou leur durée. L'interrogatoire ne fournit pas d'autres indications. La malade arrive à la Clinique avec le diagnostic d'épilepsie. Pas d'alcoolisme.

*Etat actuel.* — S... est de taille moyenne et de constitution robuste ; pas de traces de rachitisme ; les attaches des membres sont fortes. Squelette bien conformé. Le front est très bombé, saillant ; le crâne présente de l'asymétrie par aplatissement du pariétal droit à sa partie antérieure. A la racine des cheveux, existe du côté droit une cicatrice qui n'intéresse que le cuir chevelu. Légère asymétrie faciale par déviation légère de la bouche vers la gauche ; le pli naso-génien gauche est plus marqué, pas de déviation de la langue. On n'observe néanmoins aucun signe ni vestige de paralysie faciale. Pas d'asymétrie osseuse de la face. Voûte du palais ogivale, dents mal implantées, adhérence du lobule de l'oreille. Pas de strabisme. — La langue ne présente pas de cicatrices de morsures. — Du côté des téguments, on constate sur le genou droit une longue cicatrice parcheminée, causée par une brûlure remontant à la première enfance (chute dans le feu).

Le système musculaire est fortement développé au sens anatomique. Mais la force musculaire est notablement affaiblie par l'agitation motrice. La force de pression est bien inférieure à la moyenne, sans que nous puissions en fournir la valeur dynamométrique (fréquence des secousses choréiformes, impossibilité de faire comprendre à la malade ce que l'on attend d'elle). Pas d'hémiplégie, ni d'hémiparésie. L'affaiblissement plus marqué à gauche est en rapport avec la prédominance habituelle et normale du côté droit chez la plupart des individus. A l'examen électrique, les réactions musculaires sont normales ; la faradisation, bien tolérée, n'amène pas la moindre exaspération motrice.

La sensibilité est conservée ; pas d'analgésie ; au contraire un certain degré d'hyperesthésie à la piqûre ; la thermoesthésie est normale : des objets froids et chauds ne sont pas confondus. La sensibilité tactile n'est point exagérée, les perceptions sont assez nettement localisées.

Nous n'avons pu délimiter aucune zone cutanée d'anesthésie ou d'hyperesthésie : pas de zones hystérogènes. La sensibilité conjonctivale est diminuée ; la sensibilité cornéenne est normale (réaction énergique et immédiate de l'orbiculaire palpébral.) Il existe seulement de l'anesthésie pharyngée. L'examen des fonctions sensorielles ne révèle aucun trouble. L'audition est normale. L'acuité visuelle est bonne ; à l'ophtalmoscope aucune lésion du fond de l'œil. Le champ visuel est un peu rétréci, surtout pour l'œil gauche, mais sans irrégularité ; il ne présente en aucun point ni chevauchement, ni inversion des couleurs, qui sont toutes perçues. Les fonctions de l'odorat et du goût s'effectuent normalement.

Tels sont les résultats des divers examens auxquels nous nous sommes livré (l'examen des réflexes suivra l'étude des troubles moteurs). Ces examens ont été rendus particulièrement difficiles par la nécessité de courtes séances, pour éviter de fatiguer la malade, et par l'état mental de celle-ci. S... est une débile intellectuelle congénitale ; les troubles choréiformes, installés depuis plusieurs années, ont encore augmenté son affaiblissement intellectuel, qui l'expose aux railleries de ses compagnes de dortoir. La compréhension et la conception des idées sont lentes ; d'autre part, elle a constamment besoin d'être dirigée dans les actes de la vie courante et se montre complètement passive. Au moment de l'apparition des paroxysmes convulsifs, elle devient irritable, et souffre de ne pouvoir exécuter aucun mouvement volontaire. Son affectivité est très affaiblie : la suite de l'observation nous apprend qu'après la mort de son enfant, elle n'a manifesté aucun chagrin. En revanche, son émotivité est grande, et se manifeste par de l'inquiétude anxieuse, dont l'intensité se mesure à celle des troubles choréiques. La malade n'a jamais été atteinte d'aucune psychose.

Les fonctions organiques s'accomplissent d'une façon physiologique (fonctions digestives, respiratoires, circulatoires). Pouls régulier à 80 pulsations. Pas de lésions cardiaques. La malade ne présente ni stigmates, ni lésions de syphilis anciennes ou récentes.

Les troubles choréiques, par leur intensité et leur fréquence, sont le premier symptôme qui s'impose à l'observation. Ils ont pour caractères essentiels d'être absolument involontaires, brusques et semblables à des secousses électriques, généralisés. Si la malade cherche par un effort volontaire, énergique, à se rendre

maîtresse de ses secousses, elle n'y réussit point ; elles s'exagèrent au contraire quand l'effort est épuisé. Elles sont, dans leurs moments de plus grande atténuation, séparées par des intervalles de repos pouvant atteindre une minute de durée. Puis se produisent coup sur coup trois ou quatre secousses plus fortes, rapides et rapprochées, comme s'il se produisait une décharge d'énergie accumulée, après laquelle la détente se produit, toujours très courte. Les intervalles entre les mouvements convulsifs ont une durée des plus variables, qui atteint rarement ce maximum d'une minute, et qui est d'autant plus courte que les mouvements choréiques sont plus violents. La succession de ces mouvements est irrégulière, grâce à l'apparition fréquente d'exacerbations paroxystiques. Dans les moments où l'agitation motrice est la plus violente, les mouvements se succèdent avec une grande rapidité, coup sur coup. Si par moments les intervalles sont supprimés, ils existent à d'autres, très courts et toujours de durée inégale.

Les mouvements convulsifs apparaissent brusquement, saisissant la malade dans la position où elle se trouve et présentant d'emblée toute leur intensité, et disparaissent avec la même soudaineté. Elles ressemblent à des secousses électriques par la brusquerie de leur apparition et de leur disparition, par leur instantanéité, et par un certain tonisme : on n'observe pas la gesticulation caractéristique de la chorée de Sydenham. Les mouvements sont généralisés. Quand la malade est allongée sur son lit, en résolution musculaire, elle est surprise par un mouvement involontaire, qui, dans un soubresaut généralisé, élève le corps au-dessus du plan du lit, par contraction des muscles dans la région dorso-lombaire. Les membres inférieurs tantôt sont soulevés en masse au-dessus du lit, avec flexion légère des cuisses sur le bassin, tantôt sont allongés en extension. La contraction tonique semble atteindre les divers groupes musculaires du membre inférieur avec une intensité variable, d'autant plus grande qu'ils sont plus voisins de la racine du membre. Le pied se place en extension sur la jambe ; les orteils restent immobiles. Les membres supérieurs sont plus atteints dans leur ensemble par les mouvements : si la malade a les mains croisées sur l'abdomen au moment de la contraction (attitude habituelle), elles sont violemment disjointes par un mouvement de projection en avant de tout le membre ; en même temps, l'épaule est élevée (haussement d'épaules). L'avant-bras exagère sa flexion, les doigts sont épargnés par la contraction : s'ils étaient allongés, ils restent dans cette position, sans raideur ; on n'observe jamais ni mouvements athétosiques, ni cette attitude de contracture en extension exagérée que présentent les athétosiques. Si les doigts étaient fléchis, ils se crispent en exagérant leur flexion. Si les bras étaient allon-

gés le long du corps, ils sont soulevés de dix centimètres environ au-dessus du plan du lit avec flexion légère de l'avant-bras.

Les muscles abdominaux se contractent violemment, énergiquement, pour tendre la paroi. Il a été impossible de savoir par un examen direct, en raison de la contraction de ces muscles abdominaux, s'il y a durcissement du muscle utérin.

Interrogée, la malade déclare que son ventre est douloureux pendant les contractions. Le cou se durcit et se gonfle, par contraction de tous ses muscles qui provoque la turgescence manifeste des veines jugulaires, saillantes sous la peau. La nuque se raidit en fixant la tête en extension et la projetant en arrière sur l'oreiller, en même temps que les muscles rotateurs la dévient parfois latéralement. — Les muscles respiratoires sont contractés, et la respiration suspendue soit en inspiration, soit en expiration, pendant la durée de la contraction.

C'est la face qui est la plus atteinte par les mouvements choréiformes : tous ses appareils musculaires sont intéressés. Le masque facial est constamment modifié par la contraction involontaire des divers muscles de l'expression, qui lui donne un aspect grimaçant. Les sourcils sont attirés en haut des deux côtés par une action musculaire synergique. En même temps se creusent, entre l'extrémité interne des sourcils et la racine du nez, les rides verticales profondes qui expriment d'habitude la souffrance. Le spasme de l'orbiculaire des paupières provoque un clignement d'yeux douloureux. Les lèvres se serrent convulsivement, et la contraction de l'orbiculaire des lèvres détermine un rictus grimaçant par son association avec le relèvement des commissures labiales, attirées en haut. L'aile du nez est écartée, relevée en haut, et la narine dilatée des deux côtés, avec prédominance du côté droit, par suite de l'adjonction, aux mouvements choréiques que nous décrivons, d'un tic convulsif unilatéral. — Déviation conjuguée des yeux, qui se portent tantôt en haut, tantôt en bas. — Les mâchoires se contractent.

La langue est projetée en avant entre les dents, entre lesquelles sa pointe est souvent mordue légèrement, ou bien elle est projetée en arrière et en haut et accolée contre la voûte du palais, tandis que sa base, durcie, abaisse l'épiglotte sur le larynx. Cependant on n'observe jamais de cyanose, soit que la durée de la contracture soit trop courte, soit que l'occlusion du larynx soit incomplète.

Au moment où se produit une secousse convulsive, la parole est interrompue. La malade éprouve une sensation de boule au niveau du larynx ; quelquefois un son rauque est émis, par suite de la contraction des muscles de la glotte qui se produit brusquement au moment de l'émission des sons.

Si la malade est assise sur son lit, le buste et la tête sont pro-

jetés en arrière en masse, et la tête retombe sur l'oreiller. — Quand les mouvements involontaires saisissent la malade pendant son repas ou pendant l'accomplissement d'un mouvement volontaire, celui-ci est brusquement interrompu, mais la contraction n'immobilise pas le membre dans son attitude du moment ; la direction primitivement voulue est totalement modifiée par exagération du mouvement ; si la malade portait la main sur sa tête, la main est projetée latéralement et dépasse le but.

Quand les mouvements musculaires la surprennent debout, elle est obligée de chercher un appui pour ne pas tomber. Pendant la marche, ses jambes se dérobent sous elle, et elle tombe fréquemment quand elle n'est pas soutenue. Les chutes sont d'autant plus fréquentes que les membres inférieurs sont souvent le siège, même dans l'intervalle des mouvements convulsifs, de tremblements qui déterminent la chute. Quand les mouvements choréiques sont trop intenses et rapprochés, la malade ne peut prendre ses repas sans être aidée : il lui est impossible de tenir son assiette et de porter les aliments à sa bouche.

Les contractions choréiques varient d'un jour à l'autre, et quelquefois d'un moment à l'autre de la journée, en intensité et surtout en fréquence. Parfois assez espacées pour permettre un calme relatif, elles sont d'autres fois si rapprochées que l'une se produit avant la cessation de la précédente : lorsque plusieurs secousses se produisent sans intervalle, il se produit une sorte de tétanisation musculaire généralisée très pénible pour la malade. — La cause la plus futile exagère ces phénomènes : la fatigue produite par notre examen, l'insomnie même légère, etc.

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, la grossesse aurait un peu exagéré cet état choréique, mais seulement au point de vue de sa fréquence. Cet état rend la malade impropre à toute occupation suivie : dans sa famille, on l'employait surtout autrefois à garder des bestiaux, quelquefois à de menus travaux d'intérieur, quand elle était moins agitée.

A l'examen, on observe parfois des tremblements fibrillaires sur la face interne des cuisses : mais ce signe est inconstant. On observe également un tremblement fibrillaire limité à la pointe de la langue, tremblement très menu, qui n'intéresse pas la masse de l'organe et ne produit pas de trouble de la parole.

Les mains présentent un tremblement également inconstant, à petites oscillations rapides, visibles seulement à l'extrémité des doigts, et de faible amplitude, variable aux divers doigts. Ce tremblement n'a aucun des caractères du tremblement alcoolique, auquel les anamnestiques ne permettent pas de songer, pas plus qu'aux tremblements hydrargyriques de la sclérose en plaques, etc.

Le réflexe patellaire seul est un peu exagéré ; les autres ré-

flexes tendineux sont normaux. Les réflexes de Rosenbach et cutané plantaire sont également normaux. Pas de signe de Babinski.

L'incoordination motrice dans la marche, qui pourrait faire songer au tabes, n'est accompagnée d'aucun des signes essentiels à cette affection.

A l'entrée de la malade dans le service, l'agitation motrice est extrême. Repos au lit, potion de chloral. Pendant la première semaine, elle présente, la nuit, des crises fréquentes, mais courtes et incomplètes. Etant donné l'heure, elles n'ont pas été convenablement observées. Mais ce que l'on pouvait déjà noter, c'est : 1° Pas d'évacuations; 2° Pas de morsure de la langue; 3° Pas d'ecchymoses sous-conjonctivales ; 4° Répétition de petites crises successives toutes semblables, séparées par de courts intervalles.

Le 14 février, dans l'après-midi, la malade éprouve un peu de contrariété, car ses compagnes se moquaient d'elle. Elle a une crise qui a pu être observée par l'aide de clinique. Début par une douleur assez vive dans les membres inférieurs ; contraction des orteils en flexion, douleur épigastrique, et sensation violente d'étouffement. Chute. Convulsions toniques. Les convulsions cloniques sont intenses, mais courtes. Stertor peu profond. Trois minutes après environ, nouvelle crise : tous les muscles du corps sont contracturés, la tête se renverse en arrière, les membres se placent en extension, les globes oculaires se convulsent en haut ; la malade bave. Cet état dure peu, et les convulsions cloniques succèdent rapidement à la phase tonique. Les membres sont le siège de convulsions généralisées et violentes, et le tableau clinique précédemment observé se renouvelle.

Il se produit ainsi cinq crises successives séparées par de courts intervalles et incomplètes : absence d'émission involontaire d'urine et de matières fécales, de morsure de la langue. La période comateuse est de courte durée. Pendant les crises, perte de connaissance complète : facies pâle, pupilles dilatées, pouls fréquent et fort, hypertension artérielle dans la temporale superficielle ; la respiration, courte, haletante et irrégulière, n'est point suspendue. C'est la seule crise qui ait été observée par un témoin compétent, la seule aussi de pareille intensité qui soit survenue au dortoir pendant la journée. On a signalé des crises nocturnes, plus courtes. Une seule fois (?), la malade a été atteinte d'un vertige. En somme, les crises auraient augmenté de nombre depuis le début de la grossesse.

Le 24 février, la malade est isolée dans une chambre, et l'on institue un traitement : repos au lit, chloral en lavements quotidiens. Ceux-ci sont bien tolérés, mais restent sans effet sédatif bien marqué soit sur les mouvements choréiformes, soit sur les crises. — Régime lacté mitigé (un litre de lait), pour maintenir la

diurèse. Jusqu'au 15 mars les analyses d'urine ne décèlent aucune trace d'albumine. A cette époque, apparaît un léger nuage persistant. Voici le résultat de l'analyse pratiquée au Laboratoire des cliniques, le 18 mars :

| | |
|---|---|
| Volume | ? |
| Réaction | acide. |
| Densité | 1021 |
| Urée | 12,06 |
| Phosphates | 1 gr. 06 |
| Chlorures | 1 gr. 5 |
| Albumine | traces. |
| Glucose | néant. |

En dehors des troubles choréiques et des attaques d'épilepsie que nous venons de décrire, la malade n'a présenté pendant sa grossesse, d'évolution normale, d'autre particularité intéressante que l'existence d'un ptyalisme abondant ayant débuté avec la gestation. Utérus en antéversion prononcée, et latéroversé à droite. Au huitième mois de la grossesse, le fœtus se présente en occipito-iliaque gauche transverse.

Pendant la dernière quinzaine de la grossesse et sous l'influence du traitement, une accalmie relative s'était produite ; les troubles moteurs, moins fréquents, s'étaient limités à la face, grimaçante par intervalles sous l'influence de contractions semblables à des tics. Le 2 avril, les troubles choréiques deviennent plus intenses et progressivement arrivent à se succéder presque sans interruption. On a de la peine à maintenir la malade dans son lit, tant l'agitation motrice est profonde. L'agitation empêche l'administration d'un lavement de chloral : pendant les tentatives que l'on faisait pour introduire la sonde rectale, débute une crise convulsive des plus intenses; S... porte les mains à son visage devenu on ne peut plus grimaçant, en poussant un cri rauque prolongé; en même temps, le regard devient fixe, les globes oculaires se convulsent en haut, la tête s'incline du côté gauche, les membres se raidissent, et la phase de contraction tonique est constituée. La face devient livide d'abord, puis se cyanose complètement. La langue, projetée au dehors, prise entre les arcades dentaires que le trismus empêche de desserrer, est noirâtre. Une écume blanche abondante s'échappe de la commissure gauche, mais sans stries sanguinolentes. La respiration est suspendue. Pouls fréquent : 110. Cette convulsion tonique dure à peu près 5 minutes, et se termine par une émission d'urine assez abondante. La respiration se rétablit peu à peu, d'abord gênée, bruyante, stertoreuse. La cyanose disparaît progressivement, tandis que le relâchement des masséters permet de dégager la langue. Ce relâ-

chement annonce la fin de la crise qui est suivie d'une période de coma d'une durée de 10 minutes environ, pendant laquelle la malade reste immobile, les yeux fermés dans une inconscience absolue. Ensuite, les yeux s'ouvrent : mais, encore hébétée, la malade ne peut comprendre ce qu'on lui dit et ne sait ce qui s'est passé ; la conscience ne redevient complète qu'au bout de quelques minutes. S... se plaint alors d'une douleur à la nuque. — Pendant la phase de contracture, les membres supérieurs sont allongés le long du corps, la main ouverte, et le pouce un peu replié vers la paume de la main.

L'analyse des urines, faite aussitôt après la crise, ne décèle pas la moindre trace d'albumine. Les urines sont claires et abondantes. A la suite de cette crise, régime lacté absolu (2 litres de lait en 24 heures), et théobromine (1 gr. par jour). Le régime lacté est maintenu pendant 2 jours après la crise.

Dans la nuit du 2 au 3 avril, vers 3 heures du matin, rupture spontanée et prématurée des membranes, qui laissent écouler un liquide amniotique de couleur blanchâtre et de quantité normale, mélangé de quelques stries sanguinolentes. Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent quelques instants après, espacées, mais assez durables, encore peu douloureuses. L'examen obstétrical pratiqué le 30 mars, avait révélé une présentation du sommet (la tête du fœtus étant retenue encore au-dessus du détroit supérieur), et une dilatation du col de 2 cm. environ, avec perméabilité de l'orifice externe seul.

Le 3 avril, à 7 heures du matin, le palper montre la tête fœtale légèrement fixée, défléchie ; la région occipitale est très nettement perçue à droite et un peu en arrière ; le dos, difficilement accessible à droite, est situé au fond de l'utérus ; les petits membres sont perçus en avant, à la fois des 2 côtés de la ligne médiane. Les bruits du cœur fœtal, transmis par le plan antérieur du fœtus, sont nets, bien frappés ; on en compte 140 par minute. — Au toucher, le col, presque complètement effacé, à bords épais, mesure à peine 1/2 centimètre ; souple, il est dilatable jusqu'à un maximum de 2 cm. environ. Le doigt arrive à travers le col sur la fontanelle antérieure et la suture métopique, qui est parallèle au diamètre oblique gauche. A gauche et en avant, on touche les yeux et le nez.

La dilatation s'effectue très lentement par suite d'un certain degré d'inertie utérine (contractions utérines très espacées, très courtes et à peine douloureuses) : les contractions sont faibles pendant toute la journée du 3 avril ; à 11 heures du soir, dilatation de 3 cm. Le 4 avril, à 4 heures du matin, dilatation de 5 cm., qui ne progresse point jusqu'au soir vers 11 heures. Pendant ces deux jours, la malade présente un calme absolu, et n'est agitée par aucun mouvement choréique involontaire. Pas de crise

d'épilepsie. Aucun trouble nerveux ne vient entraver ni modifier la marche du travail, qui est régulière et simplement ralentie par l'inertie utérine. Notons que pendant cette durée aucun lavement de chloral n'a été administré. Il n'existe d'autre phénomène pathologique qu'une très légère albuminurie, décelée par des analyses répétées pendant toute la durée du travail.

Malgré l'arrêt de la dilatation, la tête se défléchit dans la soirée du 4 avril : à 8 heures du soir, on peut arriver sur les narines du fœtus. Le cœur fœtal bat 148. A minuit, la dilatation a progressé (8 cm.), et l'engagement s'accomplit. La dilatation est complète à 1 heure du matin, le 5 avril. A partir de ce moment, tout se termine rapidement : l'expulsion du fœtus est achevée à 3 heures du matin. La face se dégage la première : on aperçoit d'abord la bouche et la langue de l'enfant, qui exercent des mouvements de succion ; peu à peu se dégagent le nez, puis les paupières, et en dernier lieu le front, violacés, ecchymotiques. Après fléchissement manuel de la tête, celle-ci se dégage aussitôt et l'expulsion s'achève rapidement. Ce n'est que dans les dernières phases du dégagement que les bruits du cœur, réguliers et bien frappés jusque-là, s'assourdissent et cessent bientôt. L'enfant naît en état de mort apparente, qui ne peut être attribué qu'à l'existence d'une latérocidence du cordon qui passait en sautoir sur l'épaule postérieure du fœtus, et s'est trouvé comprimé pendant le dégagement. Echec complet des diverses manœuvres usitées contre l'asphyxie blanche : la mort est définitive. Nous avons insisté sur le détail de l'évolution du travail, pour montrer que les troubles nerveux n'ont exercé aucune influence sur lui, et pour établir que la mort du fœtus est accidentelle. La délivrance est physiologique. Le placenta présente quelques particularités pathologiques : c'est l'existence d'un foyer hémorrhagique ancien et de nodosités disséminées dans les cotylédons.

*Suites de couches* : physiologiques au point de vue obstétrical. Pendant les quatre premiers jours après l'accouchement, le calme du système nerveux est presque absolu. De loin en loin, quelques rares convulsions musculaires de faible intensité. L'agitation motrice a cessé, et ne se trahit guère que par de légères contractions localisées de la face, qui ressemblent plutôt à des tics, et par des hoquets convulsifs espacés. Le tremblement des mains persiste, très affaibli dans son amplitude, et intermittent.

Dans la soirée du cinquième jour après l'accouchement (9 avril), l'agitation choréique reparaît, progressivement croissante pendant toute la nuit ; c'est le prodrome d'une attaque d'épilepsie, qui survient dans la matinée du 10 avril, avec les caractères habituels : la crise se compose d'une phase de convulsions toniques soudaine avec perte de connaissance, écume aux commissures

labiales, mais sans cyanose du visage, et d'une courte période comateuse. Les urines ne contiennent pas trace d'albumine. Traitement : 1 litre de lait par jour, 50 cgr. de théobromine, un lavement quotidien de chloral (ce dernier est supprimé dès que le calme est revenu). Cette crise est suivie d'une nouvelle période de calme, qui dure jusqu'au 12e jour après l'accouchement (16 avril). Le 17 avril, nouvelle crise convulsive, moins intense que la précédente. Nouvelle rémission des secousses involontaires jusqu'au 18e jour. A partir de ce moment (22 avril), les mouvements choréiques reprennent leur intensité et leur fréquence première. Une vive contrariété provoque, dans la nuit du 20e au 21e jour (24-25 avril), une violente crise convulsive, dans laquelle on relève un symptôme inexistant dans les précédentes : émission d'urine et de fèces. — Les mouvements choréiques persistent après l'attaque avec une légère atténuation. Le 25 avril, S... reçoit 2 lavements de chloral. Elle quitte la clinique le lendemain, dans un état de calme relatif : l'affection nerveuse a repris les caractères et la marche qu'elle présentait avant l'accouchement.

La *température* a été prise matin et soir du 5 au 22 avril, elle a oscillé entre 36°7 et 37°, restant le plus souvent au-dessous de 37°. — Le *pouls* a varié de 60 à 103, restant le plus souvent entre 60 et 80.

Cette observation s'éloigne totalement de la chorée des femmes enceintes, tant par sa forme clinique que par son évolution. Chez notre malade, les mouvements sont du type choréique, semblables aux secousses provoquées par le choc électrique, non systématisés, généralisés et étendus, et se répètent sans rythme à des intervalles variables. Deux caractères importants empêchent de songer à la chorée vulgaire de Sydenham, malgré le début de l'affection dans le jeune âge de la malade : c'est, d'une part, l'analogie du mouvement avec la secousse électrique ; d'autre part, l'absence de gesticulation choréique permanente. Il existe des intervalles entre les mouvements généralisés ; en outre, ceux-ci ne sont pas contradictoires comme dans la chorée vulgaire. Ici chaque membre exécute un mouvement dans sa totalité, et l'on ne voit pas de gestes inégaux effectués par les divers segments d'un même membre. Il existe enfin une certaine symétrie dans les mouvements de deux membres homonymes, qui sont simultanés s'ils n'ont pas la même étendue ; s'il y a de l'ataxie dans la marche, elle doit être attribuée à la maladresse du système musculaire acquise

à la faveur de la longue durée de la maladie. Les mouvements conjugués des globes oculaires plaident en faveur de notre manière de voir.

C'est dans une autre catégorie du groupe des chorées que doit se ranger notre observation. Malgré l'affaiblissement moteur que nous avons constaté, il ne s'agit pas de chorée molle : cette hyposthénie musculaire se retrouve dans toutes les chorées, et l'examen électrique, en révélant des réactions électriques normales, a tranché la question.

Le caractère des secousses électriques des mouvements choréiformes, rapides, instantanés, de notre malade, impose le diagnostic de chorée électrique. Cette catégorie de chorée, étudiée par Triboulet avec les myoclonies sous le titre général de «fausses chorées», est ainsi définie par P. Blocq : « Des contractions musculaires cloniques, semblables aux secousses provoquées par le choc électrique, contractions involontaires non systématisées, localisées ou disséminées, se répétant sans rythme à des intervalles variables, tels sont les caractères principaux et communs des chorées électriques ». Ce sont bien les caractères des mouvements choréiformes de notre malade.

Dans notre cas, les mouvements involontaires sont généralisés, sans la localisation nette qu'affectent souvent certaines formes de chorée électrique. Néanmoins, il y a prédominance de ces mouvements sur la face, où ils sont plus fréquents que dans le reste du corps.

La forme clinique affectée par l'affection choréique de notre malade diffère absolument de la chorée gravidique, qui reproduit la symptomatologie de la chorée de Sydenham vulgaire. Celle-ci apparaît à l'occasion d'une première grossesse, et n'est bien souvent qu'un rappel d'une chorée antérieure ayant évolué dans l'enfance. Dans notre observation, — et c'est ce qui en fait l'intérêt tout particulier, — nous nous sommes trouvé en présence d'une chorée déjà ancienne, remontant au jeune âge, avec association d'épilepsie, chez une femme présentant quelques stigmates physiques de dégénérescence, et un affaiblissement intellectuel en partie congénital et en partie lié à la double névrose. C'est sur ce terrain que nous avons

vu évoluer une grossesse : il était intéressant de voir comment évoluerait celle-ci et quelles modifications elle était capable d'imprimer aux affections préexistantes. De l'observation on peut déduire les conclusions suivantes, qui intéressent de façon égale le neurologiste et l'accoucheur :

D'après les renseignements fournis par la malade, les troubles moteurs auraient subi une certaine exaspération du fait de la grossesse ; hâtons-nous de faire des réserves sur ce que nous n'avons pas constaté nous-même.

Les crises d'épilepsie sont devenues un peu plus fréquentes. Quoi qu'il en soit, cette exagération nous paraît trop légère pour qu'il soit permis de lui accorder quelque importance. L'influence de la grossesse sur l'épilepsie est classiquement considérée comme très variable. L'opinion de Pinard, d'après laquelle la grossesse exercerait plutôt une influence favorable sur l'épilepsie, n'est pas confirmée par notre cas. Les crises d'épilepsie seraient même devenues plus fréquentes au cours du 9e mois : la plus forte que l'on ait observée à la clinique s'est produite un jour avant le début du travail ; c'est en même temps la plus complète. Notons que cette crise intense est restée unique. Auparavant, les attaques se reproduisaient par séries de deux à cinq, plus courtes et incomplètes.

La chorée, sur laquelle la grossesse n'avait exercé aucune influence favorable, s'est atténuée d'elle-même, sans aucun adjuvant thérapeutique, pendant le travail : celui-ci, qui a duré 2 jours entiers, ne s'est accompagné que de très rares mouvements involontaires, localisés uniquement à la face. Il en a été de même pendant les 3 ou 4 premiers jours après l'accouchement. Ce n'est qu'à l'approche d'une nouvelle attaque d'épilepsie et la veille seulement, que l'agitation motrice a reparu avec son intensité habituelle, et cela malgré les lavements de chloral. Cet arrêt spontané et momentané pendant le travail ne se rencontre pas dans la chorée gravidique qui s'exagère au contraire lors du travail, chaque contraction utérine augmentant le désordre des mouvements. Le travail, à défaut de la grossesse, a donc exercé, dans notre cas,

une influence évidente sur les mouvements choréiques. Comment expliquer cette action? Là commence la difficulté. Pouvons-nous invoquer une pathogénie analogue à celle de la chorée gravidique? Certains auteurs expliquent celle-ci par une action réflexe, dont l'origine serait une excitation partie de l'utérus et transmise aux zones motrices de l'écorce cérébrale. Le rôle de la grossesse est certainement plus complexe : chez la femme enceinte se produit une modification humorale qui modifie la nutrition des divers organes et change les conditions de leur fonctionnement; le cerveau, et le système nerveux tout entier, est atteint par ces modifications. Qu'une prédisposition nerveuse individuelle favorise la prédominance des troubles fonctionnels du système nerveux sur ceux des autres organes, ce système réagit cliniquement soit par une psychose aiguë, soit par une folie motrice, soit quelquefois par ces syndromes associés (Triboulet). — Une autre théorie pathogénique est née de l'étude systématique des auto-intoxications de la grossesse : les travaux de Bouffe de Saint-Blaise ont bien établi l'influence de la grossesse sur la nutrition de l'organisme. Il ne s'agit plus d'une simple modification humorale, mais d'un déversement dans le sang de produits toxiques qui imprègnent les tissus. Le foie altéré ne remplit plus sa fonction anti-toxique, et il y a rétention dans l'organisme de toxines, qui normalement sont éliminées : l'auto-intoxication gravidique est une hépatotoxhémie. Tantôt celle-ci reste latente, ne se manifestant que par de l'albuminurie, quelquefois des œdèmes plus ou moins considérables, — des foyers hémorrhagiques et des infarctus placentaires, — et demande à être recherchée; tantôt elle se traduit cliniquement par des syndromes bien définis : vomissements incoercibles de la grossesse, crises éclamptiques.

Laquelle de ces théories devons-nous appeler à résoudre le problème pathogénique posé par le cas que nous avons observé? Notre malade présentait, il est vrai, des symptômes d'auto-intoxication gravidique : c'est le ptyalisme abondant, dont Bouffe de Saint-Blaise a montré la signification ; — c'est la présence de foyers hémorrhagiques dans le placenta ; — c'est enfin l'albuminurie légère

apparue dans le dernier mois de la grossesse. Mais les lésions n'étaient pas assez prononcées sans doute pour constituer le syndrome éclamptique. A aucun moment, les urines n'ont contenu ces quantités abondantes d'albumine que l'on observe dans l'éclampsie convulsive. L'intoxication était légère : le syndrome convulsif habituel chez notre malade (épilepsie) n'a pas subi une exagération très sensible ; à l'hyperexcitabilité corticale des accès épileptiques ne s'est pas ajoutée l'hyperexcitabilité nécessaire pour provoquer la convulsion éclamptique.

L'on ne peut admettre ici que la chorée résulte d'une toxi-infection : aucune maladie infectieuse n'a été relevée chez notre malade avant le début de la chorée. Si, d'autre part, l'on suppose que des agents toxiques ont imprégné les centres nerveux pour provoquer un mouvement convulsif spécial, on ne s'expliquerait pas que cet état convulsif dure depuis plus d'une vingtaine d'années sans aucune rémission, à moins de supposer que, réagissant à une toxi-infection passagère par la convulsion choréique, les centres nerveux, affaiblis déjà auparavant par la prédisposition héréditaire, ont été frappés de déchéance définitive par cette toxi-infection initiale, et ont continué à réagir par le mode convulsif : l'agent toxique n'aurait joué qu'un rôle étiologique. Mais alors, nous revenons à la théorie nerveuse à laquelle nous donnons la préférence ; que la cause initiale soit ou non d'ordre toxi-infectieux, elle a touché un cerveau débile, prédisposé au déséquilibre : l'équilibre préexistant était essentiellement instable et l'élément nerveux très vulnérable. L'influence extérieure a dévié un fonctionnement déjà difficile ou retardé, puisque les acquisitions psychiques, au début de la maladie, étaient restées très restreintes. Deux modes de fonctionnement morbide étaient possibles : d'un côté, la psychose ; de l'autre, le type convulsif. C'est ce dernier qui a prévalu. De là, l'association, chez notre malade, de deux affections essentiellement convulsives : épilepsie et chorée électrique.

La prédisposition toute puissante, puisque c'est elle qui crée la faiblesse anatomique des centres nerveux (on le suppose du moins, en l'absence des preuves histologiques encore à produire), et l'équilibre fonctionnel ins-

table du système nerveux tout entier rendent à peu près inévitable le déséquilibre psychique, et ne laissent libre que le choix du mode réactionnel ; si d'un point de vue général on distingue des catégories d'anormaux opposables l'une à l'autre : les convulsifs qui se rapprochent de l'enfant et des animaux, et les cérébraux, bien supérieurs aux précédents dans leur dégénérescence, parce que, ayant acquis une organisation mentale relativement développée, ils sont capables de la perdre et de réagir par des troubles psychiques, — on déduit forcément de cette conception que notre malade, minus habens, dégénérée inférieure, ne pouvait réagir que par un état convulsif à la plus minime cause provocatrice.

La théorie nerveuse explique facilement pourquoi le travail a atténué les mouvements choréiques, au lieu que l'auto-intoxication les exagère dans la chorée gravidique. Le travail a fourni une dérivation : quel qu'en soit le mécanisme (réflexe d'inhibition ou autre), l'attention du système nerveux, si l'on peut s'exprimer ainsi, s'est portée sur les voies génitales pour favoriser les opérations successives de l'accouchement, et l'hyperexcitabilité des centres supérieurs s'est trouvée diminuée de ce chef. Cette hyperexcitabilité permanente nous paraît probable : c'est elle qui rend le mieux compte de l'exacerbation des troubles moteurs, prodromiques de l'attaque d'épilepsie avec une telle netteté, qu'ils permettent de l'annoncer Ainsi, le problème pathogénique nous semble résolu aussi complètement que possible par la théorie nerveuse, malgré les signes certains d'auto-intoxication gravidique que présentait notre malade.

Enfin, les troubles nerveux n'ont exercé chez notre malade aucune influence sur la grossesse et le travail, qui ont évolué d'une façon à peu près normale. Je sais bien que, d'après une théorie originale du Dr Larger, les présentations anormales relèveraient de la dégénérescence dont elles seraient même un stigmate ; mais cette opinion est restée trop personnelle à son auteur pour que nous puissions y insister. La présentation était normale jusqu'au moment du travail, et le défléchissement trop prématuré de la tête fœtale qui a déterminé une présentation de la face, nous paraît dû à une cause purement

obstétricale, tout comme la mort du fœtus. Cette évolution normale de la grossesse est un fait intéressant pour les accoucheurs, en ce sens qu'elle poserait un pronostic favorable dans les cas de ce genre, à l'encontre du pronostic sombre de la chorée gravidique, s'il pouvait être déduit d'une seule observation. Il serait désirable que d'autres cas semblables au nôtre fussent publiés pour constituer les éléments d'un nouveau chapitre de cette question : chorée et grossesse. Quoi qu'il en soit, la plus minutieuse surveillance doit être recommandée dans toute grossesse survenant chez les choréiques : c'est un principe d'obstétrique qu'il faut tout prévoir dans les cas complexes, et ne pas se laisser acculer à des situations graves du dernier moment, qu'une intervention opportune aurait permis d'éviter ; la conduite à tenir dans les cas graves sera la même que pour la chorée gravidique. Voulant faire ici plutôt une étude de neuropathologie que d'obstétrique, nous nous bornons à cette simple indication.

---

# RECUEIL DE FAITS

## Folie et choc moral ;

Par le Dr Madeleine PELLETIER

Pour les gens du monde, l'influence des émotions dans le déterminisme de la folie ne fait pas de doute. Couramment, on signale des cas dans lesquels l'amour malheureux, la perte de personnes aimées, les revers de fortune, une injustice flagrante et irréparée, ont amené la perte de la raison. Mais pour les aliénistes, il en est tout autrement et l'opinion qui prévaut chez eux est que les vicissitudes de l'existence ne sont, quant à la folie, que des causes occasionnelles, des réactifs révélateurs. Si on a une bonne hérédité, un cerveau sain et exempt de toute tare, c'est impunément que l'on pourrait essuyer les pires revers ; la fatalité aurait beau s'abattre sur l'esprit vigoureux, jamais elle ne parviendrait à le faire

sombrer. Inversement, si on a affaire à un produit d'ancêtres tarés, dans la descendance duquel on rencontre l'alcoolisme, la syphilis, l'hystérie, la folie ; si, de plus, l'enfance et la jeunesse de l'individu ont révélé un esprit faible, une volonté sans ressort, une intellectualité débile ; alors tout sera prétexte au développement de troubles mentaux. Point ne sera même besoin d'émotions violentes ; les moindres changements qui font époque dans une vie banale ; l'incorporation dans l'armée, le mariage, la maternité, une faillite seront plus que suffisants pour faire, de ces faibles, des aliénés.

Entre ces deux opinions extrêmes, il y a cependant un moyen terme. Il est des individus qui, favorisés par le sort, eussent continué à être suffisamment normaux pour paraître tels à leur ambiance ; mais qui, sous l'influence de soucis trop pesants pour leurs forces, n'ont pu résister et ont versé dans la maladie. En ce qui concerne ces cas spéciaux, ce sont alors les gens du monde qui ont raison, et par rapport à la folie, les émotions cessent d'être des contingences pour devenir de véritables causes. La curieuse observation que nous allons rapporter servira de preuve à cette dernière assertion :

Le malade M... est entré dans le service du Dr Marie, à l'asile de Villejuif, le 15 janvier 1905 ; il est âgé de 46 ans. Les antécédents héréditaires n'offrent rien de bien particulier, si ce n'est que le père était aveugle depuis l'âge de huit ans et que le grand-père aurait été, croit-on, alcoolique. Dans son enfance, M... était nerveux, cependant il n'a jamais présenté de crises nerveuses d'aucune sorte. Son intelligence ne s'élevait que peu ou pas au-dessus de la moyenne ; il n'aimait pas le travail intellectuel et n'y réussissait pas ; de plus, il bégayait, mais maintenant il n'y a plus de traces de cette infirmité. Il apprend le métier d'horloger et devient un ouvrier très habile ; il était, nous dit sa sœur, beaucoup plus apte aux travaux mécaniques qu'au travail intellectuel.

A 31 ans, il se marie avec une femme mal équilibrée, dépensière et qui ne lui porte que peu d'affection. A la tête d'un commerce d'horlogerie à Rodez, il se surmène beaucoup, passe les nuits et pour lutter contre le sommeil, prend des excitants : café, kola ; en même temps il mange peu.

Jamais dit sa sœur, il ne pouvait envisager les situations avec sang-froid. Si un succès lui arrivait, il « s'emballait » de suite, voyait grand et prenait volontiers des désirs pour des réalités.

Survenait-il au contraire, un déboire, qu'il en était profondément abattu.

La ville de Rodez n'a que dix-sept mille habitants, mais l'animation y est assez grande, grâce à la lutte très vive que s'y livrent le parti de la libre-pensée et le parti clérical, constamment les passions y sont en effervescence ; cléricaux et libres-penseurs s'insultent dans la rue ; chacun, penché sur les faits et gestes de son voisin, s'enquiert du journal qu'il reçoit et dans les feuilles locales, le directeur du séminaire et le vénérable de la Loge échangent de violentes polémiques.

Au milieu de ces luttes, M... ne prend pas parti ; la politique ne l'intéresse pas et le seul but de sa vie est de réussir dans son commerce. Aimable avec tout le monde, il vend indifféremment ses produits aux prêtres et aux francs-maçons, et dans ses conversations il fait tous ses efforts pour paraître simplement ce qu'il est un brave homme de commerçant qui ne désire que la paix et ne veut intervenir dans quoi que ce soit ayant rapport à la politique.

Mais en voulant rester neutre, il se trouva que M... avait mal calculé et qu'au lieu de se faire des amis, il mécontenta tout le monde. Les libres-penseurs l'accusèrent d'être clérical, et les cléricaux d'être libre-penseur ; sous cette inimitié formidable le pauvre homme fut écrasé.

A la veille des élections municipales de Rodez, le 2 mai 1900, notre malade reçut la visite de l'abbé B.... prêtre de Saint-Sulpice, supérieur du grand séminaire de Rodez, vicaire général du diocèse, qui lui tint ce langage : « On m'a dit et je suis sûr que vous n'êtes pas des nôtres ; vous partagez les opinions de votre beau-père qui nous fait beaucoup de mal, puis vous avez un employé qui est radical et franc-maçon, car il est un des amis de M. L..., correspondant de *La Dépêche*. Eh bien! à partir de ce jour, vous perdrez notre confiance et notre clientèle, ainsi que celle de tout le clergé du département ; tous les gens « bien pensants » vont vous quitter, vous allez être un homme ruiné ».

M... se récria, affirma qu'il ne s'occupait pas de politique, et s'en tenait exclusivement à ses affaires.

« Je ne vous crois pas, répliqua le supérieur, on vous a aperçu aux réunions électorales, vous recevez le « Courrier de l'Aveyron », on voit entrer chez vous des gens de toutes les opinions : donc vous mangez à tous les rateliers, donc vous servez deux maîtres, donc vous êtes un traître ».

M... protesta qu'il ne trahissait personne, le supérieur reprit : Prouvez-le en vous soumettant à l'épreuve suivante : Vous voterez le 6 mai avec un « bulletin spécial « qui vous sera remis par mon domestique, bulletin qui sera reconnu au dépouillement du

scrutin ; de plus, vous ferez défense à votre employé de voter... sinon !... »

M..., ému par la menace de boycottage, promit de voter selon les ordres de son puissant client ; mais en ce qui concernait son employé il refusa par respect, disait-il, pour la liberté individuelle. Au jour des élections, il tint sa promesse, vota avec le « bulletin spécial », dont on avait, paraît-il, distribué ainsi une centaine, mais il laissa voter son employé.

Le lendemain du vote, le supérieur fit venir M... chez lui et lui dit : « C'est fini entre nous, je ne sais pas encore si vous avez « bien voté », mais je sais déjà que vous avez laissé voter votre employé... vous serez un homme ruiné ! et il ajouta : mon garçon, c'est une épreuve, acceptez-la chrétiennement ! »

Et le supérieur fit comme il avait dit ; il avait sous sa direction quatre cents séminaristes, douze cents prêtres, plus tout le monde « bien pensant » de l'Aveyron ; avec cela homme actif et autoritaire, il faisait trembler l'évêque lui-même.

On boycotta l'horlogerie de M... et les affaires périclitèrent peu à peu ; M... voulait faire interpeller au Sénat pour obtenir justice, mais sa femme l'en dissuada, ainsi que plusieurs prêtres qu'il fréquentait. Il ne faut jamais toucher aux prêtres, lui disait-on, quels que soient les griefs que l'on croit avoir contre eux, car ce serait faire du mal à la religion. L'évêque de Rodez lui-même se dérangea pour venir détourner notre malade de son projet ; y donner suite, constituerait, lui dit-il, un véritable cas de conscience.

M. . se soumit ; mais il était écrit que cette paix pour laquelle il consentait à de tels sacrifices, ne lui serait pas accordée. Son beau-père, l'anti-clérical qui était intéressé dans la maison de commerce, voyant les affaires diminuer, ne cessait de faire des reproches à M... Il avait, lui disait-il, donné trop de gages aux cléricaux et s'était aliéné les libre-penseurs, si sa conduite avait été plus franche la maison serait restée prospère, etc. Enfin, celui-ci aussi lui reprochait de servir deux maîtres et d'être un traître.

A tous ces tiraillements s'ajoutaient des querelles de ménage. La femme du malade lui reprochait de conduire la famille à sa ruine ; elle alla elle-même jusqu'à le pousser au suicide : « Tu devrais bien, lui dit-elle un jour, te « flanquer » une balle dans la tête ».

M... perdit tout goût à la vie, passa son temps à errer de côté et d'autre, sans plus s'intéresser à rien ; il ne mangeait pas et se mit à s'alcooliser. A la fin, n'y tenant plus, il suivit le conseil de sa femme et se tira quatre balles. Il se fractura le rocher droit, mais actuellement, il est à peu près rétabli ; il se plaint seulement d'éprouver des douleurs hémilatérales au niveau du côté gauche de la tête, avec engourdissement dans tout le côté similaire du corps.

Au point de vue mental, il ne présente pas d'idées délirantes ; il est seulement très déprimé et se plaint d'avoir de temps à autre comme l'esprit vide et de ne pouvoir penser à rien.

Dans ce cas évidemment, on doit invoquer beaucoup moins la prédisposition que les causes extérieures ; car, pour faire sombrer les prédisposés, il faut bien moins que ce qui est arrivé à ce malade.

Il est vrai, d'ailleurs, que la capacité de résistance des individus, comme aussi la force des causes extérieures, varient en des nuances infinies. Nombre de gens en ont, selon l'expression familière, « vu bien d'autres », dans le cours de leur existence et ne sont cependant pas devenus aliénés. La vie des hommes qui sortent de l'ordinaire par une forme quelconque d'activité n'est souvent qu'un perpétuel va-et-vient entre le Capitole et la roche Tarpéienne, et malgré les échecs, les déboires de toutes sortes, les calomnies des rivaux et des envieux, ils continuent quand même à penser. Une vie calme et paisible est le lot des seuls médiocres, a dit Nietzche, le surhomme a beaucoup de soucis, cependant sa résistance est telle qu'il les porte allègrement. Mais il ne faut pas oublier non plus que le grand Auguste Comte, qui pouvait certes revendiquer le titre de « Surhomme », eut un accès de manie qui dura deux ans à la suite de soucis multiples de carrière et de famille.

Un homme mieux trempé que notre malade aurait résisté et vaincu : au besoin il serait allé monter ailleurs une autre maison de commerce et au bout d'un temps plus ou moins long, aurait oublié la fâcheuse traverse. Mais il était faible, il s'est laissé abattre et, vaincu, n'a pu supporter la défaite.

Dans tout cela, il n'est, à mon avis, nullement nécessaire de faire intervenir une prédisposition spéciale aux troubles mentaux ; il n'y a qu'un choc moral trop fort pour une énergie trop faible.

# ASILES D'ALIÉNÉS

## La nouvelle loi militaire dite loi de deux ans et le personnel secondaire des asiles d'aliénés ;

Par le Dr **Lucien LAGRIFFE,**
Médecin des asiles publics d'aliénés.

La nouvelle loi militaire intéresse les asiles d'aliénés dans un sens qui nous apparaît comme étant tout particulièrement fâcheux ; et comme, jusqu'ici du moins, personne n'a encore pris la parole pour faire remarquer quelles peuvent en être les conséquences, nous avons pensé qu'il était urgent d'en entretenir les lecteurs des *Archives de Neurologie* qui appartiennent à la spécialité ou qui s'y intéressent.

L'article 69 de la loi du 21 mars 1905 réserve, en effet, certains emplois, désignés aux tableaux annexés E et G, aux anciens sous-officiers ayant accompli dix années de service au moins, aux sous-officiers, brigadiers et caporaux comptant au moins quatre ans de service et aux simples soldats ayant également passé quatre années sous les drapeaux. Le tableau E comprend les emplois de commis aux écritures, de concierges, de surveillants, sous-surveillants et de mécaniciens. Le tableau G comprend le personnel subalterne permanent : préposés de toute catégorie : infirmiers, cochers, etc., etc.

Sous l'empire des dispositions anciennes, le recrutement des surveillants, sous-surveillants et infirmiers était déjà entouré de difficultés. Ce recrutement était réglementé par l'ordonnance du 18 décembre 1839, dont l'article 6 dit :

« Le directeur.... nomme les préposés de tous les services de « l'établissement ; il les révoque s'il y a lieu. Toutefois, les sur- « veillants, les infirmiers et les gardiens devront être agréés par « le médecin en chef : celui-ci pourra demander leur révocation « au directeur. En cas de dissentiment, le Préfet prononcera. »

Ces dispositions sont l'expression d'une nécessité ab-

solue parce qu'il est de toute évidence que le directeur, responsable, doit pouvoir choisir le personnel chargé d'assurer, sous ses ordres, la bonne marche des services de l'établissement. Le directeur et le médecin ne pouvant être partout au même instant doivent avoir la faculté de se reposer sur un personnel de confiance ; et il est évident que s'ils sont responsables, ils ne peuvent l'être qu'à l'égard de ce qu'ils ont décidé après un libre choix. Et cela est plus vrai encore pour les asiles d'aliénés que pour toute autre institution, parce qu'il est toujours difficile, souvent impossible à l'aliéné de se plaindre, parce que l'aliéné est un individu en minorité auprès duquel on ne doit placer que des personnes sûres, capables, lorsqu'il faut prendre *ex abrupto* une détermination, de la prendre toujours dans le sens qui est le plus avantageux pour le malade. Mais combien de fois la perspicacité des directeurs et des médecins n'a-t-elle pas été et n'est-elle pas surprise, malgré toutes les précautions dont ils entourent le recrutement de leurs agents subalternes. Dans la grosse majorité des cas, l'erreur commise dans le choix est aperçue avant que des fautes irréparables n'aient été commises ; mais malgré que les cas dans lesquels un scandale éclate, comme à l'occasion de la regrettable affaire du quartier d'hospice de Tours, soient rares, le public, toujours disposé à généraliser à la légère, ne manque pas, au lieu de se féliciter de leur rareté, d'en prendre thème pour se lancer dans des insinuations malveillantes dont le personnel médical et administratif des asiles fait tous les frais.

La situation modeste du personnel secondaire accroît dans de très larges mesures les difficultés de ce recrutement dans certaines régions : aussi la plupart des asiles ont-ils tenté dans ces dernières années, de rendre ce personnel secondaire plus stable en améliorant sa condition, en lui fournissant la possibilité de se constituer une retraite. Et c'est au moment où l'adoption presque générale de ces mesures va permettre d'atteindre au but poursuivi que la situation, déjà très heureusement améliorée, va être rendue pire par les dispositions secondaires de la loi du 21 mars 1905.

Le choix était auparavant difficile, désormais il va être

rendu impossible : en effet, ce choix nous paraît d'abord enlevé désormais aux directeurs et aux médecins responsables, lesquels ne pourront même plus qu'avec beaucoup de difficultés épurer en cas de besoin leur personnel. Mais même il semble que ce choix ne puisse pas non plus être réservé aux Préfets, sous l'autorité desquels sont placés les asiles, parce que la réservation indiquée par la loi est formelle. Le Préfet à qui seront transmises les candidatures militaires ne pourra que signer des nominations, sans plus. Or il ne suffit pas d'avoir un casier judiciaire vierge ni même d'avoir été un bon soldat pour faire un bon infirmier d'asile ; ce n'est pas sur ces points seulement que portent les investigations des directeurs lorsqu'ils opèrent un choix ; il ne faut pas oublier que notre personnel de malades est très spécial, qu'il exige du tact, de la patience, de la résignation, de la douceur ; nos infirmiers doivent être vigilants, ils doivent surtout être sobres, absolument sobres.

A ces places qui exigent tant de qualités difficiles à trouver réunies aujourd'hui malgré un choix très large, presque illimité, on va être contraint de nommer désormais n'importe qui ; le premier venu sera pourvu sans phrase dès la plus prochaine vacance ; nous disons le premier venu parce que la loi ne met encore une fois aux promesses qu'elle fait aucune autre condition que celle d'avoir accompli quatre ou dix années de service militaire, et que cette condition n'est ni nécessaire ni suffisante pour constituer d'emblée de bons auxiliaires du service médical.

Il y a plus : quel sort va être fait désormais à cette conquête qu'est l'instruction professionnelle de l'infirmier ? Beaucoup d'asiles, et particulièrement tous ceux de la circonscription de la Seine, ont organisé des écoles d'infirmiers dont la sanction est un diplôme ; dans ces asiles, ce diplôme n'est pas encore exigé pour tous, mais les temps s'annoncent prochains où il le sera ; pourra-t-on exiger ce diplôme de ces anciens soldats qui pourront même ne savoir ni lire, ni écrire ? Ou bien va-t-on créer encore une exception en faveur des aliénés de la Seine ?

Dans certains asiles comme ceux de la Bretagne, la majorité des malades ne parle pas français ; aussi le re-

crutement des infirmiers y est-il autant que possible régional ; d'abord parce que le personnel médical ignore bien souvent le breton ; ensuite parce que les infirmiers versés dans cette langue constituent alors des auxiliaires précieux qui, vivant constamment au milieu des malades, sont seuls capables de tenir le praticien exactement au courant des pensées et de la manière d'être des malades. Les anciens soldats venant de n'importe où ne pourront sans doute pas nous rendre le même service auquel nous recourons journellement à l'occasion des interrogatoires, pour la plupart impossibles sans interprète.

Il est enfin un dernier point sur lequel il est bon, croyons-nous, d'attirer l'attention. La répartition des divers emplois dans les tableaux E et G tendrait à faire croire que les situations de surveillants et sous-surveillants et celles d'infirmiers sont complètement indépendantes, et qu'il soit possible de devenir sous-surveillant et surveillant sans avoir été infirmier. Ces fonctions sont au contraire indissolublement liées les unes aux autres. Le sous-surveillant et le surveillant sont les chefs directs de l'infirmier ; comment pourraient-ils contrôler le service de ce dernier si eux-mêmes ne connaissent pas son métier, ses obligations, les aptitudes qu'on exige de lui ; comment pourront-ils le conseiller, l'enseigner ? Je sais que, dans certains asiles, on a pris comme surveillants des retraités, des anciens gendarmes, comme s'il s'agissait là d'une surveillance militaire ou quasi-militaire ; mais cette manière de faire est considérée par tous comme étant foncièrement mauvaise ; de plus en plus, on y renonce et c'est avec raison. Mais presque toujours, et ce devrait être toujours, ces fonctions de sous-surveillant et de surveillant constituent la meilleure des récompenses à accorder aux bons infirmiers ; elles forment pour eux un moyen d'avancement normal : elles sont la perspective qui les engage à demeurer dans l'établissement, à s'y montrer dévoués. Si maintenant ces fonctions sont attribuées d'emblée à d'anciens militaires sans aptitudes professionnelles spéciales, la surveillance ne pourra être que mal faite et surtout mal comprise et quel ne sera pas le découragement des infirmiers de première classe auxquels ce seul moyen d'avancement sera désormais enlevé ?

En somme, les dispositions de la nouvelle loi militaire, en ce qui a trait aux asiles publics d'aliénés, nous paraissent profondément regrettables : elles désorganiseront notre personnel secondaire et si elles sont de nature à diminuer la responsabilité parfois si lourde des directeurs d'asiles, elles seront très préjudiciables à nos pauvres malades et c'est là uniquement ce qui importe.

---

# REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

---

XXXVI. — **De quelques altérations du tissu cérébral dues à la présence de tumeurs** ; par Weber et Papadaki. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 2.)

Les troubles cliniques déterminés par les tumeurs cérébrales paraissent liés non à leur volume, mais bien au degré de gêne apportée par elles à la circulation lymphatique, laquelle semble orientée de la circonférence du cerveau vers les ventricules et de là vers les espaces médullaires, à travers l'aqueduc de Sylvius. Il résulte de la présence d'une tumeur une augmentation de la pression intracérébrale qui a son maximum aux abords de la tumeur et, lorsque les ventricules sont dilatés, dans le voisinage de ceux-ci ; le tissu cérébral, grâce à la résistance qu'il y oppose, en diminue progressivement l'intensité.

Sous l'influence de cette hypertension intracranienne, les circonvolutions se rapprochent d'abord, fermant les scissures, puis les tissus deviennent plus denses, leur dessin s'efface : c'est le premier stade. Plus tard le liquide céphalo-rachidien, incompressible, se fait place en réduisant les fibres nerveuses à l'atrophie : c'est le second stade. Les lésions portent davantage sur la substance blanche que sur l'écorce, et les faisceaux d'association paraissent souffrir plus que ceux de projection. — Au cas de tumeur unilatérale obstruant la circulation ventriculaire, le ventricule opposé est plus dilaté, fait qui rétablit l'équilibre dans la compression des tissus. — Dans leurs observations, les auteurs n'ont pas trouvé les nécroses par inflammation ou par arrêt de circulation dont parlent d'autres auteurs : c'est que la stase lymphatique n'est pas simplement la conséquence de la compression des veines, ils pensent qu'intervient un mécanisme de nutrition spécial au cerveau, encore inconnu. — Pour expliquer la pa-

thogénie des phénomènes constatés, les auteurs, repoussant l'opinion de Brissaud et Souques, d'après laquelle les tumeurs produiraient des poisons, penchent plutôt à admettre l'auto-intoxication due à des produits résiduels de la nutrition cérébrale ou de la dégénérescence des fibres que la circulation lymphatique n'arrive plus à éliminer. F. TISSOT.

XXXVII.—**Syndrome de la calotte pédonculaire**; par GRUNER et BERTOLOTTI. (*Nour. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 2.)

Sous ce nom les auteurs décrivent un syndrome particulier, analogue au syndrome protubérantiel supérieur de Raymond et Cestan, et caractérisé par une hémiplégie alterne sensitivo-motrice, une paralysie bilatérale et symétrique des muscles innervés par les 3e et 4e paires (perte des mouvements associés d'élévation, d'abaissement, de convergence des globes oculaires) avec atteinte de la musculature interne et conservation parfaite des seuls mouvements conjugués de latéralité. Dans les deux cas qu'ils publient, le diagnostic fut porté de localisation centrale dans la calotte pédonculaire, au niveau des tubercules quadrijumeaux antérieurs; un de ces deux cas fut suivi d'autopsie : il s'agissait d'un tubercule siégeant en effet dans la calotte sur les noyaux de la 3e paire et côtoyé à sa gauche par une zone de ramollissement qui, dépassant le ruban de Reil, détruisait en totalité le tubercule quadrijumeau antérieur ; en même temps il y avait destruction complète de toute la colonne grise des noyaux moteurs de l'aqueduc depuis le plancher du 3e ventricule jusque dans la protubérance au niveau du pathétique. — D'une part la conservation, cliniquement constatée, des mouvements associés de latéralité des yeux, d'autre part la destruction complète, histologiquement contrôlée, du noyau oculo-moteur commun, et l'intégrité du faisceau longitudinal postérieur ainsi que de quelques fibres radiculaires du III, paraissent aux auteurs un argument probant en faveur de l'existence du faisceau anastomotique décrit par Duval et Laborde entre le noyau de l'abducens et les faisceaux radiculaires du moteur commun. F. TISSOT.

XXXVIII. —**Un cas d'acromégalie avec lésions hyperplasiques du corps pituitaire, du corps thyroïde et des capsules sur rénales**; par GILBERT BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 2.)

Dans un cas d'acromégalie tardive compliquée d'hémiplégie, les auteurs ont trouvé à l'autopsie une hyperplasie parenchymateuse de l'hypophyse et du corps thyroïde, une cirrhose surrénale hypertrophique, de nombreuses granulations calcaires dans les plexus choroïdes. Le squelette présente les lésions classiques de l'acromégalie, et, malgré l'hypertrophie osseuse, il n'y a pas de

reviviscence médullaire. — Le rôle de l'hypophyse est désormais indiscutable dans la pathogénie de l'acromégalie, mais de quelle nature est-il au juste, et quelle est la lésion productrice du syndrome ? D'abord on a rapporté des faits de lésions pituitaires sans acromégalie : il s'agissait presque toujours alors de tumeurs malignes, donc destructives de la glande ; or c'est une chose acquise par la clinique et l'expérimentation que les lésions destructives de la pituitaire ne donnent pas l'acromégalie. Et la présence assez fréquemment constatée à l'autopsie de tumeurs malignes de l'hypophyse chez des acromégaliques n'infirme point cette opinion, car toutes les hyperplasies glandulaires peuvent aboutir au cancer, et en ce qui concerne la pituitaire, le stade d'hypertrophie peut seul créer l'acromégalie qui cesse elle-même d'évoluer quand l'organe est aux prises avec l'élément destructeur mal in.

D'autre part, on a publié des cas d'acromégalie sans lésions pituitaires ; il est probable que ces faits n'ont rien à voir avec la maladie de Marie qui comporte par définition l'hyperhypophysie parmi ses symptômes.

L'opinion des deux auteurs est que l'hypertrophie pituitaire est un facteur nécessaire mais non toujours suffisant d'acromégalie ; cette lésion aurait pour effet d'exalter les fonctions hypophysaires et par là de produire le syndrome. Mais un rôle important paraît dévolu à certaines glandes (thyroïdes, surrénales, plexus choroïdes) qui sont très fréquemment le siège d'une hyperplasie de même sens que la pituitaire. Quoi qu'il en soit, la nature des relations réciproques de ces glandes nous échappe. F. Tissot.

XXXIX.— **De la cyanose des rétines dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire** ; par Babinski et Toufesco. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 2.)

Revue historique avec deux observations personnelles, faisant ressortir l'intérêt de ce signe comme révélateur de perturbations dans la circulation du système nerveux central. F. T.

XL. — **Les œdèmes circonscrits aigus et chroniques sous la dépendance du système nerveux (rôle de la sécrétion lymphatique dans leur pathogénie)** ; par Valobra. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, nos 2 et 3.)

L'auteur établit la parenté clinique très étroite qui existe entre l'urticaire, l'œdème de Quinke et le trophœdème de Meige, trois formes d'œdème qui peuvent être considérées comme des degrés d'une même affection, car elles surviennent chez les individus de même constitution, sous l'influence de conditions étiologiques semblables et peuvent se présenter simultanément ou se succéder chez le même sujet. Quoique distincts par leur évolution, leur durée, leurs complications, ces œdèmes ne comportent aucun ca-

ractère qui les différencie essentiellement : le phénomène commun et constant, c'est l'œdème, qui est passager dans l'urticaire et l'œdème de Quinke, persistant dans le trophœdème ; mais ici un élément nouveau vient s'ajouter : l'hypertrophie du tissu conjonctif. L'auteur rapporte d'ailleurs toute une série d'observations qui montrent le passage d'une forme à l'autre, et le trophœdème n'est ainsi que la forme chronique de l'œdème de Quinke. (Meige). Les œdèmes circonscrits dont il est question ici sont indépendants des fonctions du cœur et des reins, ne s'accompagnent jamais de lésions des vaisseaux ; ils sont nettement sous la dépendance du système nerveux qui agit en provoquant des troubles de la sécrétion et de la circulation lymphatique. Cette affirmation n'est plus discutée pour l'urticaire ; de même, c'est un fait d'observation courante que la production d'œdèmes circonscrits, passagers ou persistants, dans les affections de l'axe cérébro-spinal. Et à ce propos, l'auteur aborde dans des détails très documentés la pathogénie des œdèmes circonscrits, qui sont bien dus à un phénomène d'excito-sécrétion localisée de la lymphe. Pour ce qui concerne en particulier le trophœdème chronique, il nous montre, à la suite de Meige, les analogies morphologiques de ce syndrome avec l'éléphantiasis, mais, allant plus loin, il admet une analogie parfaite dans la pathogénie. « Un élément commun aux trois formes est précisément l'excito-sécrétion lymphatique, laquelle, associée ou non à la vasodilatation artérielle, forme la base anatomique et physio-pathologique de l'élevure de l'urticaire et de la turgescence de l'œdème de Quinke. Tandis que dans ces formes il s'agit d'une altération passagère, car la lymphe produite est absorbée rapidement, dans le trophœdème de même que dans l'éléphantiasis, l'altération de la circulation lymphatique due à la sécrétion de la lymphe, exagérée d'une façon permanente, et sa stase produisent une hyperplasie du conjonctif, c'est-à-dire une déformation persistante ». F. TISSOT.

XLI. — **Un cas de déformation thoracique précoce consécutive à une pleurésie aiguë** ; par MATIGNON. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 2.)

Observation de scoliose survenue deux mois après le début d'une pleurésie aiguë ; cette incurvation sur le côté fut d'abord une attitude de défense contre la douleur et se trouva fixée dans la suite par la consolidation des adhérences. F. T.

XLII. — **Contribution anatomo-pathologique et clinique à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale ;** par RODOLFO STANZIALE. (In *Annali di Nevrologia*. Naples, 1904. Fascicule IV.)

L'auteur commence son travail par un rapide résumé histori-

que de la question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale ; il insiste surtout sur les recherches cliniques de Fournier, recherches qui ont amené cet auteur à considérer la paralysie générale comme une affection parasyphilitique.

Puis il rapporte un certain nombre d'observations, dans lesquelles il montre le peu d'influence du mercure, soit comme agent curatif, soit même comme simple calmant des divers symptômes de la paralysie générale. Finalement, ses travaux l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° Sur cent cas de paralysie générale, la syphilis a pu être retrouvée 87 fois dans les antécédents du malade : sur ces 87 fois, il y en eut 70 où elle fut certaine, et 17 où elle fut douteuse.

2° Sur un total de 70 observations avec infection antérieure syphilitique certaine, on retrouve 32 fois cette infection comme facteur étiologique unique, et 38 fois la syphilis associée à une autre cause.

3° La syphilis peut constituer à elle seule l'affection causale de la paralysie générale, mais elle peut également agir communément avec un autre facteur étiologique héréditaire ou acquis.

4° Dans les cas de paralysie générale développée sur les individus ayant eu la syphilis, le système artériel cérébral montre des lésions histologiques qui paraissent être le point de départ du processus anatomique.

5° Le traitement mercuriel intensif ne modifie en aucune façon l'évolution de la paralysie générale.

En terminant, l'auteur donne la reproduction de préparations histologiques de vaisseaux chez des paralytiques généraux. Les coupes ont été traitées par la méthode de Weigert, le carmin ou l'hématoxyline. J. SEGLAS.

XLIII. — **Recherches sur l'origine des prolongements protoplasmiques de la cellule nerveuse**; par FRAGNITO. (In *Annali di Nevrologia*. Naples 1904, fasc. IV.)

Après avoir examiné les différentes hypothèses émises jusqu'à présent au sujet de l'origine des prolongements protoplasmiques de la cellule nerveuse, l'auteur conclut que le seul fait démontrable est l'origine complexe, avec participation des nombreux éléments embryonnaires, des prolongements protoplasmiques. La théorie de l'excroissance, formulée par His, défendue par Cajal et Leunossek, ne résiste pas aux faits. Cette théorie est encore reprise par Bethe, qui soutient que les dentrites naissent par condensation et différenciation dans le plasma général des centres nerveux.

Pour Bethe, comme pour l'auteur, le protoplasma des neuroblastes s'accroît quand apparaissent les dendrites. Bethe, pour donner une explication plausible, a recours à la doctrine de

Sedgwik, doctrine de la condensation et de la différenciation du plasme. L'auteur ne conteste pas, et même il accepte cette théorie, admettant que la chaîne cellulaire est formée par le corps neuroblastique, destiné à devenir le centre de la cellule nerveuse, et à augmenter son protoplasma. En terminant, l'auteur s'occupe d'une théorie émise par Olmer, en 1899 ; suivant lui, cette hypothèse, dans laquelle les prolongements protoplasmiques seraient produits par la rupture de la vésicule occupant la périphérie de la cellule embryonnaire, est fondée sur des observations incomplètes et mal interprétées. J. S.

XLIV. — **Recherches histologi ques sur l'écorce cérébrale du dauphin** ; par Vincenzo Bianchi. (*Annali di Nevrologia*. Naples, 1901, fasc. VI.)

Dans ce travail consciencieux et documenté, l'auteur montre tout d'abord le rapport évident qui existe entre la disposition macroscopique des hémisphères du cerveau de cet animal, la structure intime de l'écorce, et les manifestations psychiques du dauphin.

La contradiction que l'on observe entre la richesse des circonvolutions de cet animal et sa stupidité relative est bien plus apparente que réelle ; car si les deux hémisphères cérébraux du dauphin conservent le type de la disposition macroscopique des hémisphères des carnivores, il faut signaler le développement minime des lobes frontaux, et par conséquent l'encéphale du dauphin se rapproche de celui des microcéphales.

La structure de l'écorce cérébrale se distingue de celle des mammifères, plus intelligents, en ce que l'on y constate une certaine uniformité des éléments, la rareté des grandes cellules pyramidales, et la pauvreté des prolongements de celles-ci. Dans l'écorce cérébrale du dauphin, on voit clairement les rapports qui existent entre la névroglie et la cellule nerveuse, rapports qui montrent les dispositions avec réseau péricellulaire, intracellulaire et intraprotoplasmique.

Ces résultats peuvent être mis en rapport avec les connaissances que l'on possède aujourd'hui, grâce aux recherches expérimentales sur les animaux et aux observations cliniques sur l'homme, recherches contrôlées par les analyses histo-pathologiques.

Ces résultats sont relativement très utiles, car ils autorisent à dire que le delphinus delphis présente peu d'activité psychique à cause du minime développement des lobes frontaux ; ceux-ci sont, en effet, les sièges principaux des centres d'association, et si l'on rapproche de leur peu de volume l'uniformité des éléments constitutifs de l'écorce cérébrale, la rareté des cellules pyramidales géantes, on comprend facilement la stupidité de cet animal. En terminant, l'auteur donne treize figures tant macroscopiques

que microscopiques, et qui viennent à l'appui de ses dires, montrant facilement ce qui a été exposé plus haut. J. SEGLAS.

XLV. — **Les marques vasculaires de la douleur physique, au point de vue de la psychologie expérimentale, et de la séméiotique de la simulation**) ; par CESARE COLUCCI. *Annali di Nevrologia*. Naples, 1905. Fasc. IV-V.)

L'auteur commence par rappeler les noms des auteurs qui ont déjà publié des travaux sur cette question, et il cite en particulier les recherches de Claude Bernard, de Meynert, de François-Franck, et de Marey. Puis il donne vingt-cinq observations détaillées, accompagnées de tracés. De toutes ces études, l'auteur tire un certain nombre de conclusions dont voici les principales :

La douleur physique produite par une piqûre d'épingle sur la peau, ou la douleur par excitation électro-faradique plus ou moins rapide et plus ou moins intense, ont une influence évidente sur le tracé sphygmographique.

La rapidité et l'accentuation de la réaction n'ont aucun rapport avec l'intensité de la douleur, et cependant maintiennent un rapport proportionnel avec chaque individu. En général, toutes les modifications vaso-motrices se vérifient dans une série de diverses pulsations ; il n'y a pas de réaction caractéristique de la douleur, mais cette douleur varie essentiellement avec les individus.

Fr. Franck, étudiant les effets d'une brusque excitation, a observé que ces effets sont variables suivant la région que l'on excite.

A la piqûre, on peut observer d'abord une vaso-dilatation initiale, puis ensuite une vaso-constriction.

A une vaso-constriction très intense, prolongée, fait suite d'ordinaire une vaso-dilatation plus ou moins marquée et plus ou moins lente. La phase de réintégration est précédée d'une série de pulsations variables de forme et de volume.

En dehors des modifications du pouls, on peut noter le dicrotisme comme conséquence de la douleur physique. Outre le dicrotisme, la région du pouls qui présente fréquemment des modifications en rapport avec la douleur est le segment supérieur ou plateau du sphygmogramme ; la réaction vasculaire à la douleur physique est presque toujours lente. Les diverses émotions pénibles (peur, crainte, doute, suspicion) n'ont pas montré de différence de réaction qualitative appréciable. La vaso-constriction de la douleur physique persistante est presque toujours continuelle, plus uniforme, plus durable que celle qui est consécutive à un état émotif.

Le tracé pléthymographique est un utile complément de cette recherche.

En somme, l'auteur conclut d'une façon générale que ces ré-

sultats sont une confirmation des recherches précédentes faites par d'autres expérimentateurs ; il espère que ces travaux pourront contribuer à servir pour un but scientifique et pratique.

J. SEGLAS.

XLVI. — **Note sur les calices de Held dans le noyau du corps trapézoïde**, par ANSALONE; (*Annali di Nevrologia*, Naples, 1905, fasc. IV-V.)

Ayant appliqué les récentes méthodes embryonnaire de Cajal à l'étude de la moelle allongée de lapins et de chats nouveau-nés, l'auteur trouve que la terminaison de la fibre afférente sous forme de fibrilles indépendantes entre elles et le système fibrillaire de la cellule avoisinante est simplement apparente.

Toute grosse fibre afférente de Held abandonne à l'élément cellulaire de soutien des faisceaux de fibrilles qui s'anastomosent entre elles et les fibrilles endocellullaires de l'élément. Le nombre de ces fibrilles vraiment terminales est relativement très restreint, eu égard à celles qui semblent avoir des rapports intimes avec la cellule ; elles ne s'y terminent pas, mais vont contribuer à former les réseaux endocellulaires des éléments voisins.

Les recherches des auteurs précédents sur les calices de Held, recherches pratiquées avec les méthodes de Golgi et d'Ehrlich au bleu de méthylène, ont mis en évidence ce fait que la grosse fibre afférente en se bifurquant, peut concourir à la formation de plusieurs calices. Chaque fois que, dans des travaux précédents, on trouvait que, parmi les nombreux faisceaux de fibrilles d'un calice, une partie seulement se terminait dans la cellule et que le reste, en nombre beaucoup plus considérable, venait se terminer dans les éléments avoisinants, on devrait arriver à cette conclusion que l'excitation nerveuse, arrivant par une grosse fibre afférente, venait se transmettre à un nombre considérable d'éléments nerveux.

Il n'existe aucune différence fondamentale entre les deux formes classiques de terminaisons décrites dans le noyau du corps trapézoïde et dans l'acoustique antérieur ; ce sont toutes les deux des terminaisons de Held, formées par une seule grosse fibre et des terminaisons sous forme de plexus péricellulaires délicats, montrant un réseau de fibres provenant de diverses directions. Si l'on applique les procédés actuels de Ramon y Cajal pour l'étude des terminaisons dans les calices, on voit que la grosse fibre de Held se termine en fibrilles ; celles-ci vont former le réseau de plusieurs éléments voisins ; à cause de cela, il n'existe, en somme, qu'un type unique d'appareils afférents, lesquels ne peuvent être considérés comme terminaux, mais offrent des rapports de continuité avec le système fibrillaire des cellules avoisinantes.

J. S.

XLVII. — **Le réflexe de l'extenseur commun des doigts**; par ARTURO MORSELLI. (In *Rivista de pathologia nervosa e mentale*, Florence, avril 1905, vol. X. fasc. 4).

De ses recherches personnelles, l'auteur conclut que ce réflexe se produit surtout quand on frappe sur la masse des muscles épicondyliens. Il n'est pas dû à un point de départ central, mais à un phénomène de réaction musculaire, dépendant du tonus et des conditions toniques et trophiques des centres nerveux.

Le mouvement est prompt, ample, de brève durée, et cesse brusquement. Dans certains cas pathologiques, il peut être modifié : exagéré, diminué ou aboli.

Dans certaines affections nerveuses, le réflexe peut être un signe différentiel, comme par exemple dans le tabes et le pseudo-tabes alcoolique, les névrites alcooliques, traumatiques ou rhumatismales. Au cours des psychopathies dues à la morphine ou à l'alcool (morphinomanie, folies et pseudo-paralysies générales des alcooliques) le réflexe est faible. Au contraire, il peut être exagéré dans la démence précoce (hébéphrénie et catatonie), dans la paralysie générale et dans la manie. J. SEGLAS.

XLVIII.— **Recherches histo-pathologiques sur le paramyoclonus multiplex** ; par EDVARDO POGGIO. (In *Rivista di pathologia nervosa e mentale*. Florence, avril 1905, t. X., fas. 4.)

Dans un cas de cette affection, l'auteur utilisa sur les pièces nécropsiques les méthodes de Nissl, Marchi et Weigert-Pal. Il trouva dans la substance corticale des altérations avec atrophie légère plus ou moins accentuée dans un petit nombre de cellules distribuées presque uniformément à toute la partie de l'encéphale examinée. Dans la moelle, il décrit des altérations des cellules radiculaires de la colonne de Clarke, surtout dans la région lombaire. Les autres cellules médullaires présentaient les mêmes altérations que celles de l'encéphale. On observait également des altérations vasculaires légères et limitées à un petit nombre de vaisseaux du névraxe et de la pie-mère. En terminant, l'auteur attribue les symptômes cliniques de cette affection aux lésions diffuses que l'on trouve disséminées sur toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal. J. S.

XLIX. — **Contribution critique et expérimentale à l'étude des phénomènes subjectifs de la fatigue dans le travail volontaire**; par TRÈVES. (In *Rivista di pathologia nervosa e mentale*, Florence, mai 1905, vol. X, fasc. 5.)

L'auteur commence par établir que la courbe maxima du muscle stimulé artificiellement, mais conservé dans ses rapports de circulation et d'insertion avec le reste du corps, montre une di-

minution accentuée dans une première période relativement courte ; puis succède une période où le muscle travaille d'une façon régulière et constante, et enfin, très tard, la circulation devient insuffisante et alors apparaissent les altérations physiques, chimiques et fonctionnelles caractéristiques de la fatigue. Finalement, il résume les travaux de Krœpelin sur cette question, et termine par des considérations sur l'influence de la fatigue, de l'entraînement et des excitations psychiques. J. S.

L. — **La structure de la rétine** ; par Renato Rebizzi. (*Rivista di pathologia nervosa e mentale*, Florence, mai 1905, vol. X, fasc. 5.)

L'auteur appliqua dans ses recherches la méthode à l'argent colloïdal pour la coloration des neuro-fibrilles. Voici comment il procède : Fixation des pièces dans une solution d'acide nitrique formol et eau distillée. Lavage, immersion dans une solution de cacodylate d'ammoniaque à 5 p. 100. Lavage, deshydratation et inclusion à la paraffine. Coloration des coupes par une solution d'argent colloïdal, et virage dans une solution aqueuse de chlorure d'or et de sulfo-cyanure d'ammonium.

Finalement, on passe dans une solution d'hyposulfite de soude, on déshydrate et on monte au Baume.

Cette méthode, qui n'avait pas encore été appliquée jusqu'ici à l'étude de la rétine, donna des résultats nouveaux en ce sens que l'auteur ne trouva pas les connexions décrites jusqu'ici ; mais cependant, il ne croit pas pouvoir infirmer la doctrine du neurone. La cellule à court cylindraxe que l'on rencontre aussi bien dans la rétine que dans le cervelet, le pont de Varole, le bulbe olfactif, le cerveau, serait un neurone intercalé entre la voie afférente et la voie efférente principale. On peut donc en conclure que les cellules de la rétine, tout en étant des anastomoses, n'infirment pas la théorie du neurone. Ce serait ainsi un noyau spécial non encore décrit dont la fonction serait un générateur d'énergie. Quoi qu'il en soit, les anastomoses ne sont pas démontrées anatomiquement.

J. Séglas.

LI. — **Contribution à l'étude pathogénique de la paralysie pneumococcique expérimentale** ; par Luigo Panichi. (In *Rivista di pathologia nervosa e mentale*. Florence, juillet 1905, vol. X, fasc. 7.)

M. Panichi rappelle d'abord que Gübler, ayant déclaré en 1859, à la Société médicale des hôpitaux, que l'on pouvait observer des paralysies consécutives à la pneumonie, ne rencontra à cette époque que de l'incrédulité. Depuis, cette opinion a fait son chemin et est admise aujourd'hui sans conteste.

L'auteur, se plaçant au point de vue expérimental, a fait ses re-

cherches sur le lapin, la brebis et le cheval, complétant l'observation clinique par des études microscopiques de la moelle au niveau des régions cervicale, dorsale et lombaire. Fixation des pièces par le sublimé acétique, le liquide de Müller, la solution chromo-osmique de Marchi, et l'alcool à 96°. Inclusion à la paraffine et à la celloïdine. Traitement des coupes par les méthodes de Weigert-Pal, de Marchi, de Nissl au bleu de thionine, et au Van Gieson.

Au point de vue clinique, on observe surtout des troubles moteurs et trophiques. Quant aux lésions histologiques que l'on observe dans la paralysie expérimentale consécutive à l'influence du virus pneumococcique, l'auteur a trouvé des altérations siégeant surtout au niveau des cornes antérieures de la moelle. De plus, les troubles moteurs seraient également dus surtout à une hémorrhagie spinale ; cette hémorrhagie dépendrait des vaisseaux sanguins, artériels et veineux, qui seraient altérés avec prolifération considérable. J. Séglas.

LII. — **Recherches histologiques sur la structure fibrillaire de la cellule nerveuse à l'état normal et à la suite des lésions des nerfs** ; par Pariani. (*Rivista di pathologia nervosa e mentale*. Florence, juillet 1905, vol. X, fasc. 7.)

Dans ses recherches histologiques, l'auteur a commencé par utiliser les méthodes anciennes, surtout celle de Nissl, et celle d'Apathy (chlorure d'or et hématéine). Il a ensuite essayé la méthode de Donaggio, basée sur l'action de la piridine, et celle de Lugaro qui substitue l'argent colloïdal à l'or colloïdal employé par Joris.

L'étude de la cellule nerveuse normale et pathologique l'a conduit à considérer que l'emploi des récentes méthodes de coloration fibrillaire peut mettre en évidence des faits nouveaux, surtout en ce qui concerne la partie essentielle du cytoplasma. Ces méthodes peuvent également fournir de bons renseignements sur la structure intime de la cellule normale et pathologique. Cependant, on ne doit accepter ces résultats histologiques qu'avec beaucoup de réserve, étant données la grande fragilité et la délicatesse de la substance fibrillaire ; cette dernière, en effet, peut fort bien être altérée par les agents chimiques employés dans les recherches histologiques. J. Séglas.

LIII. — **Une altération spéciale nucléaire dans la rage** ; par Siciliano. (In *Rivista di pathologia nervosa e mentale*. Florence, juillet 1905, vol. X, fasc. 7.)

De ses études cliniques et expérimentales, l'auteur conclut que, dans le cerveau, la corne d'Ammon présente des lésions très nettes et très caractéristiques. On observerait dans les cellules une tendance du noyau à se rétracter avec augmentation des gra-

nulations vertes contenues à l'intérieur. Il faudra faire des recherches ultérieures pour savoir si ces altérations sont spéciales à la rage ou bien si elles constituent un mode spécial de réaction des cellules de la corne d'Ammon. J. S.

LIV. — **L'importance du voltage initial dans l'examen électrique des nerfs sensitifs** ; par GRAMEGNA et SEGRE. (*Rivista di pathologia nervosa e mentale.* Florence, août 1905, vol. X, fasc. 8.)

Les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes :

1° A égalité d'intensité, les nerfs sensitifs sont diversement excités suivant la variation du voltage initial, mais non en proportion graduelle entre l'augmentation de la face électromotrice de la force excitante d'une intensité donnée. — 2° La variation de la force excitante n'est pas grande, mais acquiert une importance spéciale, maintenant que les stations d'électricité médicale emploient des forces électromotrices diverses. — 3° Pour avoir des résultats exacts et comparables, dans l'examen galvanique de l'excitabilité des nerfs sensitifs, il est nécessaire de noter le voltage du courant. — 4° Il faut néanmoins tenir compte du voltage initial dans les applications thérapeutiques des courants galvaniques aux lésions de la sensibilité. — 5° Il faudrait établir conventionnellement la force électromotrice utilisée dans les stations d'électricité. J. S.

LV. — **Le réticulum neurofibrillaire des cellules motrices dans la moelle épinière des animaux tétanisés** ; par TIBERTI. (*Rivista di pathologia nervosa e mentale.* Florence, août 1905, vol. X, fasc. 8.

Par ses observations, l'auteur se dit en mesure de pouvoir affirmer en toute sécurité que le réticulum fibrillaire des cellules motrices de la moelle épinière des lapins tétanisés ne présente pas de lésions appréciables. En certains cas seulement, la neurofibrille se présente légèrement contracté, ce qui ne constitue nullement une lésion spécifique due au tétanos, puisqu'un état analogue peut se vérifier tout aussi accentué dans certaines conditions morbides et physiologiques. J. SÉGLAS.

LVI. — **Note d'histologie pathologique (par biopsie) sur la fibre musculaire striée dans la maladie de Parkinson** ; par SANNA SALARIS. (*Rivista di pathologia nervosa e mentale.* Florence, août 1905, vol. X, fasc. 8.)

Dans cette étude, l'auteur a employé la fixation par l'alcool, l'inclusion à la paraffine, et la coloration à l'hématoxyline de Delafield. L'examen microscopique a révélé que la fibre musculaire est en général un peu atrophiée. La striation transversale appa-

rait plus ou moins clairement et non dans toute la fibre, mais les lésions sont partielles et mal définies. La striation longitudinale présente des vacuoles en forme de losange ; les fibres longitudinales sont intriquées et se dirigent en tous sens. Le tissu périfasciculaire n'offre rien de spécial. Les noyaux de sarcolemme sont normaux comme nombre, forme, siège et dimensions.

Les vaisseaux sanguins avoisinant les tendons rencontrent une augmentation des noyaux, la tunique moyenne a un aspect hyalin.

Quelques rares faisceaux nerveux visibles ne montrent aucune altération du cylindraxe. J. S.

LVII.— **Réflexes dans l'Hystérie. Valeur séméiologique de la dissociation des réflexes plantaires et rotuliens** ; par M. le Prof. J. Teissier. (*Soc. Méd. des Hôp.* de Lyon, 21 mars 1905.)

M. le Prof. Teissier appelle l'attention sur un phénomène clinique qui n'est pas sans intérêt au point de vue pratique.

Ce phénomène est la dissociation de la réflectivité plantaire et rotulienne qui se manifeste le plus souvent par l'exagération du réflexe rotulien et l'abolition du réflexe plantaire (la sensibilité de la plante du pied étant ou non conservée).

Depuis 1889, M. Teissier considère ce symptôme comme un des bons signes de la névrose, un véritable stigmate méritant de prendre place à côté de l'abolition du réflexe pharyngien, de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, etc. Sans fournir un pourcentage exact, comme l'a fait M. Crocq dans son dernier article, qui signale l'exagération des réflexes patellaires 79 fois % et l'abolition des réflexes plantaires 65 %, M. Teissier, se basant sur ses observations personnelles, pense que cette dissociation des réflexes dans l'hystérie doit être infiniment fréquente. Ce phénomène peut se montrer indépendamment de la présence de tout autre stigmate, il peut, dans certains cas, avoir une indication révélatrice très sérieuse, par exemple dans des cas de chorée ou d'hystéro-épilepsie d'interprétation très délicate.

Tout en reconnaissant la grosse valeur diagnostique de ce signe, l'auteur n'en fait pas cependant un phénomène pouvant trancher d'une façon absolue le diagnostic entre l'hystérie et une lésion organique toujours possible. G. Carrier.

# REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XVIII. -- **De la méningite tuberculeuse à forme délirante chez l'enfant**; par MM. Weill et Péhu. (*Lyon Médical*, n° 45, 5 novembre 1905.)

Dans l'évolution clinique de la méningite tuberculeuse de l'enfant le délire n'occupe en général, dans la hiérarchie des symptômes qu'un rang fort effacé ; il est en général diffus. MM. Weill et Péhu rapportent trois cas qu'ils ont vus évoluer et où les symptômes délirants ont paru imprimer à la maladie une allure particulière, au point de justifier la dénomination de forme délirante de la méningite tuberculeuse.

Observation I. — *Méningite tuberculeuse* en deux étapes chez une enfant de 8 ans 1/2. 1° Vomissements et malaise du 12 au 16 mai. Du 16 au 22 se lève sans présenter de graves symptômes ; 2° Du 22 au 26 mai, état hallucinatoire terrifiant continuel avec hyperesthésie généralisée.

Trépidation plantaire. L'aspect est celui de la rage. Morte le 26 mai avec température de 42°. Granulie pulmonaire, rénale. Granulations méningées surtout au niveau du lobe optique.

Observation II. — *Méningite* ayant évolué en un mois chez enfant de 10 ans 1/2. Prodromes : 10 jours. Injection d'air au 21e jour. Retour de la connaissance, mais délire. Au 26e jour, hypothermie, coma, résolution musculaire avec accès de raideur. Ponction de Quincke au 26e jour sans résultat. Injection d'air. Morte au 28e jour. Adénopathie trachéo-bronchique caséeuse. Pas de granulie. Infiltration fibrineuse de la base de l'encéphale.

Observation III. — Syndrome méningé chez enfant de 9 ans. Délire à type religieux et hallucinatoire très marqué. Evolution lente d'abord, puis rapide de la maladie.

Lésions très accentuées de la pie-mère cérébrale, sans altérations particulièrement accentuées de la corticalité. Granulie généralisée, ganglions trachéo-bronchiques caséeux. Ce que les auteurs ont voulu mettre en relief dans ces trois cas de méningite tuberculeuse, c'est que les phénomènes délirants ont revêtu l'aspect d'un type délirant nettement caractérisé, fait excessivement rare dans la méningite tuberculeuse de l'enfant. Type de délire hallucinatoire dans le premier cas, de délire religieux dans le deuxième, de délire hallucinatoire dans le troisième. Ils constatent seulement le fait clinique, sans tirer des conclusions fermes sur le déterminisme de ces formes délirantes. G. Carrier.

XIX. **Hémiatrophie faciale droite; sclérodermie probable;** par M. LANNOIS. (*Soc. nationale de méd. de Lyon*, 20 novembre 1905.)

Jeune fille de 21 ans dans les antécédents de laquelle on relève de l'alcoolisme paternel et de la nervosité chez la mère. Otorrhée dans l'enfance. Conjonctivites, ganglions cervicaux suppurés. Crise de rhumatisme articulaire aigu il y a trois ans. Pas de syphilis acquise.

L'affection actuelle a débuté il y six ans ; elle est stationnaire depuis deux ans. Elle présente une hémiatrophie faciale droite : il y a un énorme creux dans la joue en avant des masséters ; dans la fosse temporale il ne paraît plus exister de tissu cellulaire ni de muscle. Le masséter existe encore, mais est atrophié.

Le reste de la face est respecté.

La peau, au niveau de l'atrophie jugale et des deux tiers antérieurs de la fosse temporale est mince, sans pannicule adipeux sous-jacent, mais sans lésion atrophique apparente. Dans le tiers postérieur de la fosse temporale, large plaque d'atrophie cutanée, montant dans les cheveux. La peau, à ce niveau, est mince, atrophiée, décolorée, collée contre l'os sous-jacent. Les cheveux ont disparu, sauf en quelques points. Certains points paraissent plus atrophiés et sont recouverts d'une petite plaque noirâtre se détachant facilement sans laisser d'ulcération.

A gauche, plaque large comme une pièce de 5 francs, à centre décoloré, à périphérie rosée, à bords épaissis. Elle est située au-dessous du zygoma, en arrière de l'os malaire.

Du côté des mains, aspect de la scléro-dactylie à sa phase initiale.

Sensibilité intacte à tous les modes.

M. Lannois tend à rattacher l'aspect de la peau à la sclérodermie, celle-ci devant être considérée dans ce cas comme un trouble trophique d'origine nerveuse. Il fait remarquer que l'atrophie des tissus profonds se fait en même temps que le trouble trophique de la peau, mais sans lui être superposée.

Ce cas est intéressant en montrant, à côté d'une hémiatrophie faciale peu banale, des lésions cutanées trophiques qu'on peu rapprocher de la sclérodermie. G. CARRIER.

XX. — **Le crétinisme sporadique** ; par O. LUGARO; (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, Florence, janvier 1905, vol. X, fasc. I.)

L'auteur commence par exposer les difficultés pratiques où l'on se trouve habituellement pour étudier cette affection. Puis il apporte un certain nombre de cas, qui peuvent enrichir la littéra-

ture de cette maladie, dont l'origine thyroïdienne paraît admise aujourd'hui sans conteste. Il rapporte six observations :

Observation I. — Femme de 46 ans, présentant tous les symptômes de l'idiotie myxœdémateuse ; traitée par les tablettes de corps thyroïde. Notable et rapide amélioration, sauf pour le squelette, dont l'ossification est terminée. En plus des symptômes principaux qui sont amendés, il faut noter la disparition de quelques phénomènes tels que nystagmus, déviation de la langue, exagération des réflexes tendineux.

Observation II. — Garçon de 18 ans. Développement physique nul, type infantile. Assez bien développé au point de vue psychique. Tablettes de corps thyroïde. Disparition en moins de deux ans des signes de myxœdème, amélioration des fonctions respiratoires et circulatoires. Cette observation est intéressante en ce sens qu'elle réalise un type intermédiaire entre l'idiotie myxœdémateuse de Bourneville et l'infantilisme myxœdémateux de Brissaud.

Observation III. — Garçon âgé de 7 ans. Comme dans les deux précédentes observations, il naît à terme, et ne présente à sa naissance rien d'anormal ; ce n'est que vers le septième mois qu'il s'arrête dans son développement, et n'acquiert jusqu'à 7 ans (date à laquelle il est amené) qu'une taille minime (0 m. 77 cm.), et myxœdème peu accentué. Intelligence nulle. Traitement par les tablettes de corps thyroïde. Augmentation rapide, régulière et progressive du poids et de la taille. Des radiographies faites avant et après montrent que l'ossification du squelette s'est considérablement améliorée. A signaler également l'éveil de l'intelligence et la disparition de l'hypothermie.

Observation IV. — Garçon âgé de 18 ans. Naissance et premiers mois normaux. Vers l'âge de 6 mois, arrêt du développement pyschique et somatique. Traitement par la médication thyroïdienne. Reprise active du développement du squelette et des fonctions intellectuelles.

Observation V. — Fillette de 10 ans, ayant tous les caractères de l'infantilisme et du myxœdème. Amélioration rapide et notable par les tablettes du corps thyroïde.

Observation VI. — Fillette de 7 ans, sans tare héréditaire, née à terme, se développe mal et finalement s'arrête dans sa croissance. Degré modéré de myxœdème, mais taille extrêmement petite (0 m. 92 ctm. à 10 ans). Troubles circulatoires ; intelligence endormie, paresseuse. Traitement par les tablettes de thyroïdine. Accroissement rapide des différentes parties du squelette, disparition des troubles circulatoires, et réveil des fonctions psychiques. Cette malade présente la « main en trident » que M. Marie considère comme caractéristique de l'achondroplasie.

Les caractères du crétinisme sporadique peuvent donc, au dire de M. Lugaro, se réduire à deux symptômes : infantilisme et myxœdème. Il semble que ces deux premiers soient intimement liés et résultent en général d'une maladie infectieuse qui, en lésant la thyroïde, amènerait une insuffisance fonctionnelle de cette glande. Cette manière de voir serait corroborée par ce fait que l'administration de la thyroïdine, en suppléant aux fonctions thyroïdiennes, amènerait une indiscutable et rapide amélioration. J. SÉGLAS.

XXI. — **La maladie de Westphall-Strümpell, à type Westphall, c'est-à-dire due à la pseudosclérose, et à type Strumpell, due à la sclérose diffuse**; par RENATO REBIZZI. (In *Rivista de pathologia nervosa e mentale*. Florence, février 1905, vol. X, fasc. 2). J. S.

XXII.— **Note sur deux cas familiaux d'ataxie cérébro-spinale (type Friedreich 2) ne présentant aucune particularité rare** ; par CERLITTI et PERUSINI. (*Rivista di pathologia nervosa e mentale*. Florence. août 1905, vol. X, fasc. 8.)

Les auteurs rapportent deux cas de cette affection. et donnent l'examen anthropologique, physiologique, nerveux, avec l'état des réflexes, de la sensibilité, des organes des sens, et l'état mental. Ils discutent certains signes spéciaux, tels que : nystagmus, paralysies des muscles oculaires, lésions cardiaques, et concluent que le diagnostic différentiel d'avec un grand nombre d'autres affections nerveuses est pour ainsi dire impossible et qu'il faudra attendre l'évolution pour affirmer quoi que ce soit. J. S.

XXIII. — **La chorée chronique progressive** ; par DADDI. (In *Rivista di pathologia nervosa e mentale*. Florence, avril 1905, vol. X, fasc. 4.)

L'auteur rapporte deux cas, surtout intéressants en ce sens que l'examen clinique put être complété par l'étude anatomo-pathologique, sur laquelle il insiste surtout.

1er cas : Syndrome habituel de la chorée de Huntington. — A l'examen histologique, on trouve au niveau du cerveau une différence marquée entre les cellules superficielles et les cellules profondes de la substance corticale. Les cellules présentent la forme et le volume ordinaires, mais quelques-unes ont le protoplasme homogène avec fragmentation de la substance chromatique de Nissl. Toutes sont abondamment fournies de pigment jaune-brun.

Moelle épinière : Abondance extraordinaire du pigment jaune-brun dans la cellule nerveuse.

2e cas ; Surtout marqué par des troubles psychiques. — Fixation du système nerveux par des méthodes variées. (solution de sublimé saturé suivant la formule de Heidenhain, liquide de Flemming, de Zenher ; osmio-bichromique, de Golgi ; solution de bichromate de potasse à deux et demi pour cent). On trouve une diminution numérique des éléments nerveux de la couche corticale cérébrale, siégeant surtout au niveau de la région frontale ou psychomotrice, avec modification de la structure cellulaire, augmentation de la névroglie, et lésions vasculaires. J. Seglas.

XXIV. — **Cécité corticale** ; par MM. Collet et Gruber. (*Lyon méd.* 24 décembre 1905.)

Homme de 68 ans, ayant présenté une hémiplégie droite avec aphasie, après plusieurs ictus une cécité complète, une perte rapide de l'odorat. La tête a une tendance invincible à tomber du côté droit et reprend cette position après qu'on a essayé de la relever.

Le cerveau présentait plusieurs foyers de ramollissement expliquant les symptômes observés. Un foyer occupait la 3e circonvolution frontale gauche : Aphasie. Des foyers de ramollissement des lobes occipitaux expliquaient la cécitée. Enfin le pied de la première circonvolution frontale gauche était intéressé par un ramollissement s'étendant sur sa partie interne. L'attitude vicieuse de la tête pourrait être expliquée d'après les auteurs par ce ramollissement, certaines observations localisant en ce point le centre des muscles du tronc et du cou. G. C.

XXV. — **Sur un cas de tétanie à forme de rhumatisme musculaire** ; par M. Piery. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, 17 mai 1905.)

Homme de 56 ans rhumatisant d'habitude, frappé brusquement en pleine santé d'une paralysie spasmodique douloureuse, précédée depuis un mois par des douleurs articulaires. Cet état répond, croit l'auteur, à une forme particulière de tétanie, caractérisée par un état permanent de crampe musculaire très douloureuse (forme de rhumatisme musculaire) à localisation exclusive au niveau des membres inférieurs (forme de paraplégie spasmodique).

M. Piéry s'appuie pour faire le diagnostic de tétanie, sur l'existence de crises fréquentes de crampes douloureuses depuis dix ans chez le malade ; ces crampes localisées aux avant-bras et aux mains réalisaient le type de la « main de l'accoucheur ».

La contracture actuelle prédomine au niveau des membres inférieurs et y affecte le type signalé par les auteurs : hyperextension des pieds en varus équin, les muscles jumeaux et le tendon

d'Achille sont fortement tendus. Le signe de Trousseau existe, le signe de Weiss existe également.

Ce cas de tétanie réalise une forme de rhumatisme musculaire. La cause à invoquer dans ce cas échappe à l'auteur, mais il tend à invoquer sans l'affirmer l'origine rhumatismale de la tétanie. G. C.

XXVI. — **Maladie d'Addison avec troubles sympathiques** ; par M. Chavigny. (*Soc. Méd. des Hôp.* de Lyon, 11 avril 1905.)

Maladie d'Addison bien caractérisée avec troubles de la contraction irienne et instabilité cardiaque, paresse de la pupille, le réflexe lumineux est presque aboli, le réflexe d'accommodation est très diminué. Instabilité cardiaque avec ralentissement habituel du pouls, 40 pulsations à la minute. L'auteur rattache ces deux symptômes à des troubles du sympathique. G. C.

XXVII. — **Un cas de maladie d'Addison avec troubles sympathiques** ; par MM. J. Courmont, Lesieur et Thevenot. (*Soc. Méd. des Hôp.* de Lyon, 11 avril 1905.)

Sujet de 25 ans, atteint de maladie d'Addison, avec pigmentation un peu spéciale et quelques troubles sympathiques. La pigmentation a une localisation un peu spéciale se rapprochant beaucoup de la mélanodermie arsénicale ; elle est localisée aux mamelons, aux organes génitaux, à l'abdomen, au dos, respectant la face, les mains, les jambes et les pieds.

Les troubles nerveux étaient caractérisés par de l'exophtalmie et quelques secousses nystagmiformes, un tremblement des doigts menu et inconstant ; crise de salivation ; sensation fréquentes de vapeurs à la face et même au tronc sans troubles vaso-moteurs appréciables. Les réflexes rotuliens sont très exagérés, la parole est lente, traînante, sans troubles intellectuels. Tremblement de la langue et mouvements brusques de la tête et des muscles sourciliers. G. C.

XXVIII. — **Épilepsie et rétrécissement mitral** ; par M. R. Pauly. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 16 mai 1905.)

Femme de 32 ans, sans antécédents héréditaires de nature épileptique. A 12 ans, elle reçut un coup de balançoire sur la tête dans la région occipitale. Depuis lors elle eut souvent des crises qui progressivement devinrent plus rares, actuellement, c'est à peine s'il s'en produit une par an. La crise survient lorsqu'elle marche un peu vite ou qu'il y a un vent violent ou lorsqu'elle travaille à la machine. Elle sent alors battre son cœur, a des bourdonnements d'oreilles, une sorte d'étourdissement ; elle tombe à terre et perd connaissance. Elle n'a pas de convulsions des membres, pas d'incontinence d'urine, seulement des sueurs

abondantes. La crise dure environ une demi-heure. Pas de stigmates d'hystérie. Au cœur, signe d'un rétrécissement mitral.

Il s'agit d'une *épilepsie traumatique* et d'un rétrécissement mitral congénital. Quels rapports existe-t-il entre les crises d'épilepsie et la lésion mitrale ?

Les crises n'apparaissent qu'après un exercice. Il semble donc que l'insuffisance de son cœur se traduit chez elle par la crise d'épilepsie.

Il s'agit très probablement, dit l'auteur, d'un phénomène de rappel sous la dépendance d'un trouble circulatoire de l'encéphale. Pour l'auteur, on doit admettre que le rétrécissement mitral peut rappeler des crises d'épilepsie chez des malades porteurs de lésions cérébrales plus ou moins déterminées. G. C.

XXIX. — **Hystérie et fièvre typhoïde** ; par MM. Roques et Corneloup. (*Soc. de Méd des Hôp.* de Lyon, 21 mars 1905.)

Les auteurs rapportent deux cas d'hystérie influencés par une fièvre typhoïde intercurrente d'une façon absolument dissemblable.

Observation I.— Hystéro-épilepsie datant de huit mois, 2 à 3 crises par jour, troubles psychiques, rétention d'urine, anorexie hystérique. Fièvre typhoïde contractée le 1er décembre, suspension des crises pendant toute la durée. Mastoïdite typhique.

Dans cette observation, la fièvre typhoïde a amené la cessation de crises convulsives qui duraient depuis huit mois. L'effet sédatif du bacille d'Eberth ne peut pas être plus démonstratif.

Observation II. — Chloro-anémie probablement symptomatique d'une bacillose du sommet droit au début. Fièvre typhoïde avec séro-diagnostic positif, symptômes méningés, état comateux, paraplégie spasmodique, puis grandes crises convulsives hystériques, fièvre hystérique bizarre de la convalescence.

Dans cette observation, la fièvre typhoïde développe de toute pièce une grande hystérie avec phénomènes convulsifs et paraplégie spasmodique.

Les toxines ont eu dans ce cas une action nettement excitante.

Comme conclusion de ces faits, les auteurs pensent que si les infections, les septicémies, ont une action incontestable sur l'évolution et la marche des névroses, action très probablement d'ordre toxique, suivant les travaux de Lannois et Teissier et les idées émises par Pierret. Faut-il, pour expliquer les effets disparates observés, recourir à des toxines dissemblables, convulsivantes et paralysantes.

Ils ne le croient pas. Ils pensent plutôt que sous l'action de l'affection intercurrente, de la fièvre qui l'accompagne, il y a chez ces névrosés, à système nerveux en équilibre instable, des modifications dynamiques fonctionnelles qui se produisent. C'est sous

cette influence qu'il y a tantôt sédation, tantôt excitation du système nerveux et que les crises convulsives cessent ou apparaissent sans être l'œuvre directe d'une toxine différenciée. G. C.

XXX. — **Névrite inflammatoire tuberculeuse des nerfs optiques** ; par M. L. Dor. (*Soc. de méd. de Lyon*, 4 décembre 1905.)

Malade âgé de 30 ans présentant une névrite inflammatoire des nerfs optiques durant depuis trois ans, sans diminution de l'acuité visuelle! Douleur rétro-oculaire avec photophobie, photopsie et mouches volantes. Cette association des gaines rétro-oculaires avec ces symptômes constitue un type clinique que M. L. Dor dit avoir rencontré fréquemment et ceci toujours chez des tuberculeux. G. C.

XXXI.—**Hystérie et rétrécissement mitral** ; par MM. Roque et Cornelour. (*Soc. Méd. des Hôp.* de Lyon, 21 mars 1905.)

Des différents travaux publiés sur ce sujet il résulte que le rétrécissement mitral pur, le rétrécissement congénital prédispose spécialement à l'éclosion de l'hystérie.

Parmi les faits cités, il y en a où la lésion cardiaque agit sur un système nerveux héréditairement troublé dans son fonctionnement ou rendu plus vulnérable par des antécédents personnels. Il en est d'autres, au contraire, où elle paraît, par l'absence de toute tare nerveuse héréditaire ou personnelle, créer entièrement la névrose. Ce sont ces derniers cas qui ont surtout attiré l'attention des auteurs. Parmi ces cas ils distinguent particulièrement ceux dans lesquels les manifestations hystériques sont survenues au cours de la maladie du cœur, sans qu'il soit possible d'incriminer une circonstance occasionnelle quelconque qui ait pu la provoquer.

L'hypothèse qu'ils tendent à admettre pour expliquer le développement de l'hystérie est que la lésion cardiaque crée l'hystérie par un trouble circulatoire cérébral.

C'est la pathogénie de l'épilepsie de Lemoine.

S'agit-il d'une lésion aortique ! C'est l'anémie cérébrale qui intervient. S'agit-il d'une lésion mitrale ! C'est la congestion des centres encéphaliques.

Les auteurs apportent deux observations à l'appui de cette hypothèse. Dans le premier cas, c'est une jeune fille de 21 ans, porteuse d'un rétrécissement mitral datant de la première enfance. Pas d'antécédents nerveux héréditaires ni personnels. Réglée à 15 ans, les règles étaient toujours accompagnées de phénomènes vaso-moteurs et de troubles congestifs internes du côté de la face. A 21 ans, les périodes menstruelles se mirent à retarder, les phénomènes vaso-moteurs et congestifs s'accentuèrent et au bout

de 48 heures la première crise d'hystérie éclata ; les règles arrivèrent ensuite. Depuis quatre mois il en fut ainsi à chaque période prémenstruelle. Il semble bien, dans ce cas, que c'est sous la seule influence congestive prémenstruelle que les phénomènes d'hystérie sont apparus.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, porteur d'un rétrécissement mitral datant de la première enfance. Il eut à 21 ans une nouvelle poussée d'endocardite, donnant l'hypertrophie du cœur et un souffle systolique perçu dans la région xiphoïdienne. Les crises de grande hystérie apparurent au moment de la poussée d'endocardite mitrale.

On a noté en outre divers phénomènes d'ordre congestif : crachements de sang (hémosialémèses) ; râles fins d'œdème et de congestion pulmonaire aux deux bases, persistant sans fièvre ; enfin, une congestion de la papille très intense, semblant augmenter immédiatement après les crises. Cette observation semble, d'après les auteurs, probante de l'origine cardiaque de certaines hystéries au point de vue des phénomènes de congestion encéphalique qui président à l'éclosion des accès. G. C.

XXXII. — **Névrite alcoolique avec gangrène symétrique des extrémités** ; par MM. Lépine et Porot. (*Soc. Méd. des Hôp.* de Lyon, 21 mars 1905.)

Un cas de névrite alcoolique ayant donné lieu à des manifestations gangréneuses symétriques. L'examen des mains du malade montre :

*A droite* : Index tuméfié, rouge, très douloureux avec sillon de séparation au niveau de la dernière phalange entourant une eschare noire du volume d'une pièce d'un franc. Le médius présente un état parcheminé spécial de la peau qui est comme momifiée.

*A gauche* : extrémité du médius, raccourcie par chute de la dernière phalange, présente un tégument lisse durci où s'implante un petit moignon angulaire.

*Griffe cubitale* typique à gauche avec hyperextension de la première phalange des deux derniers doigts et flexion des deux dernières phalanges.

Autres symptômes : Douleurs violentes, lancinantes, paroxystiques, localisées dans le doigt gangreneux et s'irradiant dans le reste des membres supérieurs, quelquefois dans les membres inférieurs, ont le caractère des douleurs névritiques.

Etat particulier de la peau, présentant un œdème dur, marqué surtout aux extrémités, doigts boudinés. Masque spécial, au niveau du visage, coloration rouge presque érythromélalgique, s'arrêtant au niveau du front et se limitant par une ligne qui suit à 1 centim. la racine des cheveux. Varices du membre inférieur.

Les auteurs font de ce cas une *gangrène névritique*. La notion étiologique de l'alcoolisme, les douleurs du type névritique tendant à se généraliser, la présence d'une griffe cubitale à la main gauche confirment leur manière de voir. G. C.

---

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

---

VII. — **Infantilisme dysthyroïdien ; thyroïdo-éréthisme chirurgical** ; par M. Cotte. (*Soc. des sciences médicales de Lyon*, 7 juin 1905.)

Observation d'une jeune fille de 16 ans recueillie dans le service de M. le prof. Poncet. La petite malade, qui a toujours été arriérée, présentait des signes d'infantilisme d'origine thyroïdienne qui furent améliorés par l'opération que M. Poncet a décrite sous le nom de thyroïdo-éréthisme (Ravé, th. de Lyon 1894).

Les signes d'infantilisme étaient surtout psychiques et corporels. Les symptômes psychiques consistaient en une apathie avec besoin de sommeil. Le sommeil était parfois si profond qu'il était souvent impossible de réveiller la malade. Goître diffus. Pas de myxœdème ni de signes de basedowisme.

Cette malade, d'après l'auteur, est un type d'infantile dysthyroïdien à symptômes pathologiques frustes, type bien mis en évidence par les travaux de Brissaud et Hertoghe.

Comme traitement, on a eu recours chez cette malade à une méthode préconisée par M. Poncet, qui consiste à raviver les fonctions de la glande thyroïde par une stimulation mécanique permanente. Cette opération, décrite sous le nom de thyroïdo-éréthisme, consiste dans la mise à nu, sur une certaine étendue, des lobes thyroïdiens atrophiés et d'enclaver en plein parenchyme glandulaire des corps étrangers aseptiques. Ces véritables épines semblent susceptibles de déterminer l'accroissement de l'organe et de réveiller une fonction qui sommeille. G. C.

VIII. — **Le traitement des tics par la rééducation** ; par M. Porot. (*Lyon médical*, 2 juillet 1905.)

L'auteur rappelle que l'élément fondamental dans le tic est le trouble mental, le désordre de la volonté, facteur mental de la production. Grâce à la mise en valeur de cet élément, Brissaud a pu donner au tic sa véritable signification, en montrant qu'il s'agissait bien plus d'un trouble fonctionnel d'origine corticale que d'un désordre périphérique. En s'appuyant sur cette manière de voir, Meige et Feindel ont pu instituer contre lui un traitement ra-

tionnel par la psychothérapie et la rééducation. M. Porot rapporte quatre observations de tics traités par la rééducation.

« Obs. I. — Tic de battement des paupières associé à un tic de déglutition rapide qu'accompagnait une secousse affirmative de la tête.

Obs. II. — Tic de la commissure gauche et de l'aile du nez à secousses isolées. Tic frontal unilatéral avec clignement de l'œil. Tic de toux.

Obs. III. — Secousses violentes d'occlusion des paupières souvent accompagnées de secousses du menton et des commissures. Instabilité légère du côté des membres.

Obs. IV. — Torticolis spasmodique organique.

Dans les trois premiers cas, qui sont des tics vrais, il y eut deux cas de guérison et une amélioration.

Dans le cas de spasme organique, il y eut une amélioration suffisante pour que le malade puisse reprendre son travail abandonné depuis plusieurs années. L'auteur insiste sur une série de considérations d'un intérêt pratique, qu'il est bon de connaître pour mener à bien le traitement.

Ces considérations s'appliquent :

I. — *Au tic lui-même.* — 1° Il faut s'assurer de la *nature* exacte du tic, reconnaître que l'on a bien affaire à un tic vrai psycho-mental et non à un spasme.

2° Il faut prendre en considération l'*ancienneté* du tic.

3° Rechercher la *cause occasionnelle* qui existe le plus souvent à l'origine du tic. Le traitement de ces causes occasionnelles facilite beaucoup la rééducation.

II. — *Au tiqueur et à son entourage.* On doit s'enquérir de la question de l'âge, de la condition sociale du malade, de son métier ou de sa profession. La question de l'entourage a une importance énorme surtout chez les enfants et doit être prise en très grande considération comme le montre très bien l'auteur. Chez les adultes, l'éloignement du milieu et même le véritable *isolement* favorisent la rééducation.

III. — *Aux séances de rééducation*, qui doivent être quotidiennes ou répétées plusieurs fois par jour. Chaque séance doit comporter : l'immobilisation des mouvements puis les mouvements d'immobilisation. Leur durée doit être variable suivant l'âge et le degré d'attention du malade. On doit éviter le surmenage et intercaler des périodes de repos dans le traitement.

Le médecin doit réunir certaines qualités nécessaires qui lui sont même indispensables pour arriver au résultat. M. Porot reprend la formule de Meige et Feindel qui ne peut être meilleure : fermeté, patience, bonté et bon sens. G. Carrier.

IX. — **La psychologie à l'usage d'une pédagogie correctionnelle** ; par CESARE COLUCCI. (*Annali di Nevrologia.* Naples 1905. Fasc. IV-V.)

L'auteur étudie tout d'abord dans quelles conditions se fait actuellement le traitement médico-pédagogique ; il montre l'inconvénient qui résulte de la réunion dans un même service d'enfants de plusieurs types différents (idiots, épileptiques, pervers, etc.), et il demande la séparation de ces différents types. Chacun d'eux serait justiciable de mesures et de procédés différents, et l'on réserverait les moyens de coercition pour les enfants méchants et dangereux.

Il montre ensuite l'importance professionnelle et pédagogique de l'éducation physique et du travail, l'influence de l'instruction et de l'éducation à l'école et résume son article dans la formule : Du pain et du travail. J. S.

X. — **Epileptique sympathitectomisée pour névralgie de la face et guérie depuis deux mois** ; par M. PINATELLE. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, 6 décembre 1905.)

Femme de 54 ans, épileptique sympathitectomisée par M. le Prof. Jaboulay pour une névralgie trifaciale. Depuis l'opération (deux mois), la malade n'a plus eu une seule crise quoiqu'elle n'ait point absorbé de bromure ; de plus il y a eu une disparition complète des douleurs.

La sympathitectomie dans les névralgies faciales donne des résultats importants à connaître. Elle a été pratiquée une trentaine de fois depuis la première opération de M. Jaboulay. Cette intervention n'aurait eu que chez deux malades, après amélioration transitoire, un résultat nul. Dans tous les autres cas les dernières nouvelles signalent une amélioration grande ou la guérison complète (9 fois après un délai de moins d'un an ; 5 fois de 1 à 3 ans ; 3 fois de 5 ans et demi ; 1 fois de 6 ans et 9 mois). La gasserectomie doit rester la dernière cartouche du chirurgien.

G. C.

XI. — **Laminectonie des 3e et 4e vertèbres lombaires pour lésion de la queue de cheval** ; par ROBERTO ALEXANDRI ; (*In Rivista di pathologia nervosa e mentale.* Florence. Février 1905. Vol X. Fasc. 2).

Il s'agit d'un malade ne présentant rien de particulier à noter dans ses antécédents. Ce malade eut dans son enfance des accidents tuberculeux, et contracta plus tard la syphilis. A l'âge de 36 ans, il eut des troubles qui débutèrent lentement, et qui se caractérisèrent principalement par de l'anesthésie cutanée s'étendant au périnée, à la verge, au scrotum, à la fesse, à la partie externe

de la cuisse, de la jambe et du pied. Plus tard apparurent des troubles urinaires, rectaux et génitaux, qui nécessitèrent son admission. On notait à ce moment des troubles des réflexes, des douleurs, de l'hypoesthésie, avec insensibilité complète de la verge, du scrotum, de l'anus et des muqueuses uréthrale et rectale. Il avait également des troubles de la sensibilité au chaud et au froid par régions.

On diagnostiqua une légion de la queue de cheval, siégeant au niveau des 3e, 4e et 5e paires sacrées, mais on fut dans l'impossibilité de faire le diagnostic de la nature de la lésion, et la ponction lombaire donna des résultats négatifs. On pratiqua une laminectomie, qui montra les racines sacrées unies par des adhérences, au milieu d'un liquide gommeux. Les adhérences furent détruites, les racines dissociées les unes des autres, et séparées de la dure-mère. Les suites opératoires furent normales, la réunion se fit par première intention, et les troubles signalés plus haut guérirent rapidement. J. S.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

*Séance du 29 janvier* 1906. — *Présidence* DE MM. VALLON ET MARCEL BRIAND.

M. VALLON, avant de procéder à l'installation du nouveau bureau, adresse les félicitations de la Société à son secrétaire général et à M. Marandon de Montyel qui viennent d'être promus dans la Légion d'honneur.

M. MARCEL BRIAND, en prenant possession du fauteuil de la présidence, renouvelle ses félicitations aux deux nouveaux Chevaliers qui doivent, dit-il, s'enorgueillir d'avoir été décorés par un confrère qui, avant d'être Ministre, avait été si bien placé pour apprécier leur mérite.

*Commissions des prix.*

*Prix Aubanel* : MM. ARNAUD, LWOFF, PACTET, SÉRIEUX et SOLLIER sont désignés pour examiner les mémoires des candidats au prix Aubanel.

*Prix Esquirol* : La commission du Prix Esquirol est composée de MM. BLIN, COLIN, KERAVAL, MOREAU (DE TOURS), ROUBINOWITCH.

*Malformation congénitale unilatérale de la face chez un idiot épileptique.*

M. Hamel communique, en son nom personnel et au nom de M. Wahl, l'observation d'un jeune idiot, atteint d'épilepsie et présentant une malformation hypertrophique congénitale de tout un côté de la face. Il s'agit surtout d'une hyperplasie de zones mésodermiques avec participation de diverses portions de l'ectoderme et de l'endoderme (peau, tissu cellulo-graisseux, muqueuse linguale).

*Aphasie par tuberculose.*

Le Secrétaire général lit au nom de M. L. Pron l'observation d'une jeune tuberculeuse devenue subitement aphasique.

Marcel Briand.

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

*Séance du 1er février 1906.*

*Syringomyélie à disposition radiculaire.*

MM. Leenhardt et Noréro présentent une syringomyélique à troubles prédominants au membre supérieur droit dans les régions des racines $C^8$ et $D^1$, éminences thénar et hypothénar, fléchisseurs, interosseux.

*Exophtalmie par épaississement des muscles de l'œil.*

M. Rochon-Duvigneaud montre les pièces d'une exophtalmie avec chémosis chez un vieillard cardiaque et artérioscléreux, due à une augmentation extraordinaire de volume des muscles extrinsèques de l'œil, de nature scléreuse.

*Syndrome de compression cérébrale et radiculo-ganglionnaire.*

MM. Raymond et Lejonne montrent un enfant atteint de néoplasme cérébelleux, avec hydrocéphalie consécutive et énorme hypertension du liquide céphalo-rachidien caractérisée par les signes vulgaires de compression cérébrale avec augmentation progressive de la tête et bruit de pot fêlé, par des signes de compression radiculo-ganglionnaire se traduisant par un syndrome tabétiforme, indice d'une lésion des racines et des cordons postérieurs.

*Sclérose en plaques.*

M. Lejonne montre les préparations de lésions des cellules des cornes antérieures dans la sclérose en plaques.

*Phénomènes spasmodiques chez une hystérique.*

M. Déjerine présente une femme de 35 ans, ayant eu du strabisme intermittent de l'œil droit, puis une hémiplégie gauche hystérique guérie en deux mois. Actuellement : à gauche, exagé-

ration des réflexes avec clonus indéfini de la rotule et trépidation du pied sans signe de Babinski, origine fonctionnelle probable.

M. Babinski croit à une lésion si petite soit-elle.

*Dystalie chez un aphasique rééduqué.*

M. Lamy montre un ancien aphasique qui réapprit à parler mais qui présente encore certains troubles : parole hachée, lente, exigeant tout un travail cérébral quoique le malade possède tout son vocabulaire et l'entière motilité de la langue et des lèvres.

*Achondroplasie atypique.*

M. Dufour montre une achondroplasique de quatorze ans dont les bras sont d'une longueur inusitée en pareil cas, le périnée remonte haut et atteint les plateaux du tibia.

*Affection familiale congénitale.*

MM. Ballet et Faguet. — Il s'agit du frère et de la sœur atteints de symptômes tenant à la fois de la maladie de Friedreich et de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. On peut difficilement dissocier ces deux syndromes expression d'une même lésion : vice de développement de l'organe de l'équilibre avec prédominance tantôt sur le cervelet tantôt sur la moelle.

*Syndrome myopathique guéri chez un enfant.*

MM. Armand Delille et Albert Weil présentent un enfant, ancien myopathique progressif du type Leyden-Mœbius, guéri par les bains hydroélectriques à courants triphasés.

*Syndrome de Landry avec lymphocytose.*

MM. Armand Delille et Dénécheau présentent une fillette ayant subi après infection des symptômes de paralysie ascendante aiguë avec troubles sphinctériens et menace d'accidents bulbaires. Lymphocytose positive, D. R. amyotrophie, pas de troubles de la sensibilité. Guérison par l'électrisation.

*Hémiplégie et rhumatisme déformant.*

M. Achard. — Le rhumatisme déformant a complètement respecté le côté paralysé.

*Hémispasme facial gauche.*

MM. Abadie et Dupuy-Dutemps présentent une malade guérie par la méthode de Schlosser, injection d'alcool au niveau du trou stylo-mastoïdien ; l'hémispasme durait depuis seize ans.

*Trouble du langage musical.*

M. Nathan. — Il s'agit d'un pianiste qui a perdu la mémoire musicale, ne reconnaît pas et ne peut reproduire les airs même

de sa composition, mais qui continue à déchiffrer, à composer et à transcrire en notation musicale ce qu'il entend.

*Séance du 1er mars 1906.*

*Quelques symptômes nouveaux dans la sclérose en plaques.*

MM. Claude et Egger considèrent comme tels la réaction myélasthénique, l'épuisement rapide de la force musculaire, l'hypotonie, les troubles de la sensibilité osseuse du nerf acoustique. Cet épuisement moteur et sensitif serait dû à la destruction de la gaine de myéline nourricière du cylindre-axe conservé.

M. Marie. — Dans la sclérose en plaques syphilitique, le cylindre-axe est détruit ; il reste indemne dans la sclérose en plaques infectieuse.

*Syringomyélie à symptomatologie sensitive.*

MM. Raymond et François montrent un syringomyélique presque exclusivement sensitif dont les troubles sont à distribution strictement radiculaires.

MM. Lejonne et Egger en montrent un autre dont la distribution des troubles sensitifs va de la $C^2$ à la $S^4$ laissant libre la queue de cheval.

*Poliomyélite antérieure aiguë.*

MM. Raymond et Lejonne montrent une jeune fille atteinte de paraplégie flasque totale droite, incomplète à gauche, suite de poliomyélite, mais où les douleurs persistantes des masses musculaires accusent la participation d'un élément méningo-radiculaire.

*Hemiplégie organique et fonctionnelle.*

A propos d'un malade pour lequel hésite M. Lamy, M. Babinski montre que lorsqu'un sujet simule le signe de l'orteil, ce dernier se redresse avant que l'aiguille ait touché la plante du pied et que la tension du fascia lata ne se produit pas, la contraction du tenseur se produisant toujours dans le signe vrai de Babinski.

*Névrite ascendante.*

MM. Déjerine et Noréro présentent un alcoolique qui porte une névrite ascendante ayant débuté à la suite d'un traumatisme sans suppuration. M. Sicard croit à une simple névrite alcoolique occasionnée par le traumatisme.

*Ophtalmoplégies systématisées.*

M. Ballet démontre, à l'aide de deux malades, la fausseté du critérium autrefois admis pour distinguer les ophtalmoplégies fonctionnelles des ophtalmoplégies organiques par la conservation des mouvements automatiques et réflexes. Cette dissociation

entre mouvements volontaires et réflexes se rencontre aussi dans les paralysies organiques.

*Clonus du pied.*

M. Babinski provoque le clonus du pied chez des sujets sains en leur recommandant d'étendre légèrement le pied sur la jambe, ce qui explique le clonus chez les hystériques en crise ou en contracture. Le clonus à l'état de relâchement musculaire reste un signe très probant.

*Syndrome de Korsakoff chez un lépreux.*

MM. De Beurmann, Roubinowitch et Gougerot rapportent le cas d'un lépreux chez qui les troubles psychiques délirants hallucinatoires et amnésiques antérogrades ont apparu avec la période cachectique. Sur la fin, s'y est ajoutée une désorientation complète dans le temps et dans l'espace. L'élément cœnesthésique triste habituel des lépreux a imposé son caractère à la psychose. L'autopsie a montré des lésions du foie en sus des lésions hanséniennes.

*Tics convulsifs du cou.*

M. Cruchet montre deux cas de tics convulsifs du cou persistant pendant le sommeil peut-être par l'influence des rêves.

M. Meige ajoute que cette persistance est spéciale aux tics du cou.

MM. Marie, Thomas et Roussy présentent diverses pièces.

F. Boissier.

## SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

*Séances du mardi 16 janvier et du 20 février 1906.*

Présidence de M. Jules Voisin.

*Crises de sommeil hystérique.*

M. Barbier. — Une femme de 47 ans, cuisinière, est trouvée endormie sur la voie publique ; des agents essayent en vain de la réveiller; elle ne sort de son sommeil qu'au bout de trois jours. C'est la septième fois en deux ans qu'elle tombe ainsi, subitement, sans connaissance dans la rue. Chaque crise survient pendant la période cataméniale ; la première a eu pour cause une grande frayeur. Pendant ces crises, la menstruation n'est nullement troublée ; les fonctions de nutrition sont notablement ralenties, l'alimentation nulle pendant plusieurs jours, les mictions très rares. Les sensibilités spéciales ont conservé toute leur intégrité ; par contre, l'anesthésie cutanée est presque complète, à part deux zones d'hyperesthésie (oculaire et ovarienne). Le blépharospasme constitue le seul phénomène nettement hystérique ; tous les muscles, sauf ceux des paupières, sont en résolution

complète. Ces crises de sommeil ne durent que quelques jours ; elles représentent l'équivalent d'une attaque d'hystérie clonique et rentrent dans la variété apoplectique.

M. Paul Farez. — L'anesthésie généralisée, l'immobilité absolue, les contractures musculaires, la suspension de l'alimentation et des excrétions sont des caractères que l'on attribue aux cas types de sommeil hystérique. Leur coexistence, loin d'être générale, est plutôt rare. En clinique courante, on constate tantôt la présence, tantôt l'absence de quelques-uns de ces grands signes classiques. Chaque cas comporte ses variations individuelles. Ainsi, chez Gésine, l'ouïe est totalement suspendue, la vue et le tact sont obtus, le goût est normal et l'odorat considérablement hyperesthésié. Quant au réveil, il peut avoir lieu, non pas brusquement, mais par une restauration progressive des diverses sensibilités inhibées, comme chez Argentina. Parfois aussi l'on constate, pendant les sommeils, une indigence à peu près complète de signes somatiques : ainsi Argentina était dans un état permanent de résolution musculaire aussi bien que Gésine ; d'ailleurs, de loin en loin, Argentina présentait seulement une contracture passagère de la langue. De même, loin de ne manifester et de ne satisfaire aucun besoin, Gésine s'agite et, par des mouvements appropriés, manifeste sa faim, sa soif, ainsi que ses besoins d'uriner et de déféquer ; elle manifeste aussi parfois son mécontentement ; quand on lui donne à manger, elle mastique et déglutit ; elle rejette même les aliments qui lui déplaisent. De même que toute autre manifestation de la grande névrose, le sommeil hystérique ne saurait comporter une symptomatologie univoque.

M. Jacques Bertillon. — On peut se demander dans quelle mesure des actions suggestives sont intervenues dans la création et l'entretien de ces états pathologiques. Quand on se trouve en présence d'hystériques très suggestibles, il faut se défier de la suggestion. La moindre parole inconsidérée leur trace une ligne de conduite et elles s'y conforment automatiquement.

Dr Bérillon. — L'observation de M. Bertillon est très juste. Tous ceux jusqu'à la connaissance de l'influence de la suggestion, quiont observé des hystériques les ontinfluencées sans s'en douter.

*La qualité de la voix dans la pratique de la suggestion.*

M. Gallia. — La qualité indiquée est le timbre clair, mordant, incisif, qui, en plus du choc vibratoire produit, grave fortement le mot de l'idée. Mais ce timbre, qui résulte du renforcement des vibrations laryngées par la résonance thoracique, dépendant de dispositions physiologiques assez rares, il est possible d'y suppléer par la diction claire. Cette diction s'obtient spontanément

dans les voix couvertes en atténuant le timbre et en augmentant l'intensité de l'expiration. On dispose ainsi d'une sorte de voix confidentielle très précise par le coloris exact des voyelles et la vibration forte des consonnes, qui est susceptible de donner au mot et à l'idée le maximum d'affirmation et d'énergie.

M. Bérillon. —La culture de la voix est une des questions les plus importantes qui se posent dans la pratique de la psychothérapie. On ne conçoit pas un bègue, un homme à la parole hésitante ou embarrassée, faisant de la suggestion. Pour hypnotiser, pour convaincre, pour suggérer, il faut s'exprimer avec clarté, avec précision, avec autorité. Quelque peu d'éloquence naturelle n'est pas inutile ; aussi la question de la culture et de l'adaptation de la parole à la pratique de la psychothérapie doit rester à l'ordre du jour de la Société.

*Mutisme hystérique guéri en une séance de suggestion hypnotique.*

M. Damoglou (du Caire). — Mme F., âgée de 29 ans, a de fréquentes crises convulsives, causées par des pleurs, des discussions, des émotions quelconques. Déjà, il y a 4 ans, au sortir d'une crise convulsive, elle perdit complètement l'usage de la parole ; au bout de 15 jours, grâce à l'hypnotisme, elle put, de nouveau, parler comme par le passé. Il y a quelques mois, après une crise convulsive causée par une discussion, elle est, une fois encore, incapable d'articuler une parole. Je l'hypnotise. Pendant son sommeil, je lui fais prendre un médicament psychique auquel ma suggestion confère une grande puissance thérapeutique et, au réveil, cette femme est totalement guérie de son mutisme.

*Examens de convulsionnaires au XVIII^e^ siècle.*

M. de Coynard communique et commente les procès-verbaux médicaux sur lesquels s'appuient l'ordonnance royale de 1732 pour prescrire la fermeture du cimetière de Saint-Médard. Les médecins et chirurgiens commis par le roi pour examiner les prétendus convulsionnaires concluent unanimement que leurs mouvements et contorsions n'ont rien de convulsif ni de surnaturel, mais sont absolument volontaires.

*Peut-on provoquer l'accouchement par la suggestion hypnotique ?*

M. Bonjour (de Lausanne). — Un certain nombre d'observations et d'expériences m'ont permis de formuler les deux conclusions suivantes : 1° dans le cas où l'on peut mettre la femme en somnambulisme, elle accouchera le jour suggéré, à la condition de faire tomber ce jour, au plus tôt, huit jours avant la date fournie par le calcul et l'examen. Le médecin ne devra pas s'éloigner de l'accouchée avant que la dilatation ait commencé ; 2° Si l'on n'a pas eu le temps d'obtenir, ou si l'on ne peut obtenir une hypnose somnambulique, on pourra cependant, sans être

sûr de provoquer l'accouchement au jour suggéré, faire qu'il commence pendant la nuit et que la période de dilatation et d'expulsion n'ait lieu que le lendemain, pendant le jour.

*Borborygmes guéris par la suggestion hypnotique.*

M. LE MENANT DES CHESNAIS. — Une jeune bonne souffrait, depuis plusieurs mois, de borborygmes tellement intenses qu'on les entendait d'une pièce voisine. Ils persistent pendant le sommeil nocturne. Pendant la journée ils rendent cette jeune fille presque incapable de faire son service, surtout celui de la table. Ils ne sont nullement douloureux. A part une timidité et une émotivité excessives, on ne constate aucun stigmate d'hystérie. Cette jeune bonne est hypnotisée ; les borborygmes continuent, pour diminuer bientôt sous l'influence de la suggestion verbale et de la suggestion armée ; au bout de quelques séances, ils ont disparu pendant la journée, mais persistent la nuit ; finalement, ils disparaissent tout à fait. Depuis lors, toute émotion violente les fait réapparaître, mais ils ne durent pas plus que l'émotion elle-même.

*A propos de la définition de la suggestion.*

M. Louis FAVRE. — La *définition de chose* doit être provisoirement laissée de côté ; elle ne peut être donnée que lorsque la science est assez avancée. C'est la définition du mot qui peut aider au développement de la science. La suggestion pourrait être définie : l'action de provoquer un état de conscience (sensation, idée, sentiment, volition), que cet état de conscience soit accompagné ou non d'un acte extérieur qui lui corresponde. Ce sens très général est, en quelque sorte, un genre dans lequel il convient de faire rentrer toutes les formes connues de la suggestion; celles-ci doivent être considérées comme des espèces et désignées, ainsi qu'on le fait en sciences naturelles, par deux mots, par exemple, suggestion hypnotique, etc.

M. BÉRILLON. — Un des mots qui apportent dans nos études le plus de confusion est celui de suggestion. On l'emploie à tort et à travers. Tantôt il est envisagé comme cause et tantôt comme effet. La suggestion est la parole qui sort de la bouche de l'hypnotiseur, c'est aussi le phénomène qui se réalise dans le cerveau de l'hypnotisé. C'est absolument comme si on se servait du même mot pour désigner le fusil, le projectile et la blessure qu'ils déterminent. Autant le mot hypnotisme caractérise un mot nettement défini, celui du sommeil provoqué (à des degrés plus ou moins profonds, comme dans le sommeil ordinaire dont la profondeur varie également), autant celui de suggestion est obscur. Il conviendrait de se montrer un peu plus révolutionnaire et de recourir à des mots nouveaux, plutôt que de subir, par routine, des mots qui n'ont aucune signification précise.

La Société décide de réunir bientôt la Commission de la terminologie.

*Le repos et le travail intellectuel.*

M. Lionel Dauriac. — Quand on cherche une solution, qu'on s'endort et qu'on la possède au réveil, on a l'habitude de dire qu'on l'a trouvée pendant son sommeil. Ce n'est là qu'une explication purement verbale. Quand je fais un effort pour retrouver un souvenir, il n'aboutit jamais, tant que dure la tension intellectuelle ; quand l'effort a cessé, le souvenir ne tarde pas à surgir spontanément. De même, je serais porté à croire que les succès obtenus au réveil résulteraient d'une sorte de déclanchement automatique, grâce à la détente et au repos qu'apporte le sommeil et non en vertu d'un travail intellectuel continué pendant le sommeil.

---

# BIBLIOGRAPHIE

VII. — **Revue des thèses de Nancy,** par Aubry.

I.—*Des troubles oculaires surtout fonctionnels causés par la foudre;* Par le Dr P. Rosenthal (novembre 1904), 46 pages.

Après une courte revue historique, l'auteur décrit en quelques chapitres les lésions du globe oculaire causées par la fulguration, lésions consécutives ou à l'action d'une chaleur rayonnante intense, ou à une action électro-chimique, mécanique, ou à l'action des rayons ultra-violets. Il étudie ensuite spécialement les troubles fonctionnels intéressants pour le neurologiste, et dont l'interprétation reste assez délicate. Ces troubles ne diffèrent pas de ceux déjà décrits à la suite d'un traumatisme, d'une émotion, d'une illumination intense, et que l'on rattache communément à l'*hystéro-traumatisme*. M. Rosenthal en rassemble un certain nombre variables, par leur aspect (hémianopsie, scotome, cécité, troubles de la vision des couleurs) et par leur étiologie ; il cite les interprétations physiologiques de le *cécité hystérique* et termine par une observation personnelle, recueillie dans le service de M. le professeur Rohmer et analysée par M. Bernheim qui rejetant le diagnostic d'hystéro-traumatisme attribue les troubles présentés, à une *psycho-névrose oculaire* d'origine traumatique.

II. — *Des encéphalocèles de l'angle interne de l'orbite* (variété faciale) ;

Par le Dr C. Clair (novembre 1904), 61 pages.

Dix observations d'encéphalocèle, dont une personnelle, avec

photographie et examen histologique, a été recueillie dans le service de M. Rohmer. L'auteur se livre à une étude d'ensemble sur l'encéphalocèle, dont la variété faciale se produisant à l'angle interne de l'œil est très rare. Il rappelle les théories fœtales ou embryonnaires, qui cherchent à expliquer l'étiologie de la hernie du cerveau, l'anatomie pathologique de cette malformation, les difficultés du diagnostic que la ponction exploratrice seule peut confirmer dans certains cas, la gravité du pronostic, et enfin les moyens de traitement.

III. — *Contribution à l'étude de la main bote congénitale* ;
Par le Dr P. Grandjean (décembre 1904), 73 pages.

Thèse surtout chirurgicale, dans laquelle cette malformation très rare est l'objet d'une description avec considérations pathologiques et thérapeutiques. Une trentaine d'observations, dont 4 nouvelles, complètent ce travail.

IV. — *Contribution à l'étude de la myélite syphilitique* ;
Par le Dr Lajoue (mai 1905), 85 pages.

Etude d'ensemble inspirée par M. le professeur Spillmann. L'auteur, dans une série de chapitres, décrit l'étiologie, puis les formes cliniques de la myélite syphilitique, adoptant pour cela la classification de Gilles de la Tourette ; il aborde ensuite la symptomatologie des myélites aiguës et chroniques, l'anatomie pathologique, puis la question diagnostic et traitement. Il insiste sur l'importance du traitement mercuriel, que l'on doit toujours instituer même dans les cas douteux ; donnant la préférence aux injections intra-musculaires solubles ou insolubles, suivant les indications. Il apporte, à l'appui, des observations, les unes nouvelles, les autres extraites de travaux antérieurs. Cette thèse, qui est un résumé des connaissances actuelles sur cette question, contient un index bibliographique utile à consulter.

V. — *De l'œil chez le vieillard* ;
Par le Dr J. Bosment (juillet, 1905) 105 pages.

L'œil chez le vieillard, comme tous les organes de l'économie, subit la loi de régression, l'involution sénile ; l'altération anatomique la plus fréquente et aussi la plus facile à constater, est celle qui porte sur la vascularisation du globe, et qui donne lieu à de l'angio-sclérose surtout au niveau des vaisseaux rétiniens. Toutes les membranes qui composent l'œil participent, chacune à sa façon, à l'involution sénile ; chacune aussi, étant donnée sa fonction, réagit d'une manière qui lui est particulière. L'examen ophtalmoscopique montre d'une façon fréquente des altérations du fond de l'œil indiquant une sclérose vasculaire très avancée, et probablement aussi une sclérose de la rétine elle-même, qui permet

le diagnostic précoce de l'artério-sclérose cérébrale. Le nerf optique subit aussi parfois l'atrophie consécutive à l'artério-sclérose de l'artère opthalmique, comprimant le nerf en dedans du canal optique. Les altérations subies par la rétine et le nerf optique se traduisent par une diminution de l'acuité visuelle, du champ visuel, du sens des couleurs, sans compter que les centres nerveux subissant parallèlement les atteintes de la sénilité sont moins aptes à percevoir les excitations visuelles, et par conséquent doivent contribuer aussi à diminuer le fonctionnement de l'organe oculaire.

VI. — *De la psychose aiguë post-infectieuse avec troubles du langage chez l'enfant* ;
Par le Dr E. R. Daiche, (mai 1905), 95 pages.

Ce travail, exécuté à la Clinique infantile, a en vue l'étude des troubles mentaux postfébriles chez l'enfant au-dessous de 15 ans, troubles décrits habituellement sous le nom de délire de convalescence, délire de collapsus (Weber) délire d'inanition (Traube) et que Kræpelin englobait sous la dénomination de psychose asthénique. Ces troubles, fréquents chez l'adulte, sont actuellement bien connus en France depuis les travaux de Régis sur la confusion mentale ; ils sont rares chez l'enfant, et une introduction historique détaillée très intéressante nous donne des indications bibliographiques nombreuses sur les cas décrits jusqu'ici de psychoses infantiles post-infectieuses, lesquelles peuvent succéder à toutes les maladies de l'enfance, mais qui, de préférence, se rencontrent après une fièvre typhoïde ou une pneumonie, et assez rarement après la méningite. Ces psychoses s'accompagnent parfois de perte des fonctions d'un sens déterminé, mais ce sont les troubles de la parole qui, relativement, sont les plus fréquents. Nous ne croyons pas (et c'est l'avis de l'auteur, malgré le titre de sa thèse) que l'association de troubles du langage avec la confusion post-infectieuse constitue une psychose spéciale : la lecture des observations, montre que l'aspect clinique est assez variable, s'accompagne ou non de manifestations délirantes, de troubles physiques, mais rentre bien dans le cadre de la confusion avec ses symptômes, désorientation, automatisme, lenteur des conceptions, obnubilation. Quoi qu'il en soit, ces troubles du langage et de l'écriture sont bien décrits par M. Daiche, qui conclut en les rattachant à la confusion. Cette forme clinique de la confusion est-elle spéciale à l'enfance ? « Cette question n'est pas élucidée « mais s'il était vrai que cette forme de psychose fût spéciale à « l'enfance, nous pourrions expliquer ce fait par ce que le lan« gage est la dernière acquisition de l'enfant, la plus récente et la « plus délicate, et il n'y aurait ainsi rien d'étonnant à ce que cette

« fonction fût plus particulièrement atteinte chez l'enfant ; que « chez l'adulte. »

Il ne semble pas que cette confusion, des plus bénignes du reste comme pronostic, soit en relation avec des antécédents héréditaires ; il faut cependant admettre une prédisposition spéciale, une idiosyncrasie, particulièrement sensible aux toxines infectieuses, causes probables des troubles d'après un processus encore mal défini.

Le traitement sera celui de toute convalescence et l'alitement est indiqué spécialement avec l'appui d'un traitement moral approprié. L'auteur conseille dans certains cas le chloral, l'hyoscine, la duboisine, ou l'opium ; c'est là peut-être une médication qui n'est pas sans danger pour un organisme déjà affaibli et souvent infecté.

VI. — *De la rigidité spasmodique infantile* (Syndrome de Little) ; Par le Dr P. Canel (février 1905), 161 pages.

Monographie nouvelle du syndrome de Little avec examen de nombreuses observations dont plusieurs originales très détaillées, et critique scientifique des diverses hypothèses auxquelles la rigidité spasmodique infantile peut donner lieu. Ce travail expose clairement la situation de nos connaissances sur une affection ayant encore plusieurs points mystérieux ; il apporte de nouveaux matériaux d'étude, et a été composé sous l'inspiration de M. le professeur Haushalter. Le nom de syndrome de Little a été limité par l'auteur « aux cas de diplégie cérébrale spasmodique « très souvent congénitaux, ou datant des premiers mois de la « naissance, la rigidité musculaire étant le symptôme essentiel « de toute diplégie spasmodique. A la bilatéralité et à la symétrie, « la rigidité musculaire joint un autre caractère, la prédominance « aux membres inférieurs ». Tel qu'il est ainsi compris, le syndrome comprend encore bien des types, depuis la forme classique ancienne de Little jusqu'aux formes complexes ou frustes se confondant à la limite avec des affections voisines comme aspect. Des observations précisent ces types : forme paraplégique, forme généralisée, formes de transition, variétés choréo-athétosiques. Si ces types cliniques sont variés, les causes sont également nombreuses, mais malgré la fréquence relative de certains facteurs, comme l'accouchement avant terme, ou l'accouchement laborieux avec asphyxie, l'étiologie ne permet pas de différencier les affections spasmo-paralytiques en des espèces morbides distinctes. Il n'y a rien d'absolu, conclut M. Canel, dans le rapport entre l'étiologie et l'expression clinique, pas plus qu'il n'y a de lésion anatomique particulière au syndrome de Little, et l'anatomie pathologique ne permet pas plus que l'étiologie, de considé-

rer certaines formes comme des entités morbides à part. Les lésions rencontrées sont très diverses, et siègent au cerveau d'une façon presque constante, et à la moelle. Un tableau d'ensemble montre la variété extrême de ces lésions. En présence de cette variété des lésions, et de la difficulté d'expliquer certains faits, l'auteur admet, avec Cestan, contre l'opinion de Van Gehuchten, qu'il ne peut exister, d'une façon habituelle, de rigidité d'origine purement spinale, et que les altérations du faisceau moteur volontaire sont la conséquence des lésions cérébrales (1).

E. Aubry.

# NÉCROLOGIE

## Dr VERNET

Le Dr Constant Vernet, médecin en chef du service des hommes de l'asile de Maréville, le sympathique secrétaire général du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Nancy en 1896, est décédé le 22 février 1906, âgé de 55 ans, à la suite d'une courte maladie (grippe avec complications cardiaques et pulmonaires). L'inhumation a eu lieu à Nancy le 25 février. Des discours ont été prononcés sur la tombe du Dr C. Vernet par MM. Gruhier, directeur de l'asile de Maréville, le Dr Stoeber, secrétaire général de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle, enfin le Dr Paris a adressé ainsi les derniers adieux à son collègue :

« J'accomplis un devoir que rendent bien douloureux des liens d'amitié et de fraternelle affection qui n'ont fait que se resserrer de jour en jour depuis près de trente ans, en venant adresser un dernier adieu à mon vieil ami Vernet et résumer l'histoire de son existence aux étapes malheureusement trop vite franchies.

« Né à Metz, où il fit de très bonnes études classiques qui lui permirent d'obtenir facilement ses deux baccalauréats, Vernet se disposait à commencer ses études médicales lorsqu'éclata la guerre néfaste qui devait l'atteindre si brutalement dans ses affections. Il avait alors dix-huit ans, mais, entraîné par son naturel et par les exemples de solidarité sociale que ne cessaient de donner ses excellents parents, il ne tarda pas à mettre son dévouement au service des malheureux : accueilli d'abord à l'hôpital militaire de Metz comme infirmier, il y rendit bientôt des services qui lui valurent le grade de sous-aide major. On aurait pu penser que ce début le ferait incliner plus tard vers la médecine militaire ; il donna la préférence à la médecine civile, avec le

(1) Voir : Bourneville, *Comptes-rendus de Bicêtre*, 1880-1904.

secret espoir, probablement, de pouvoir la pratiquer près de ses vieux parents.

« C'est lorsque les premières illusions furent passées, lorsqu'il se sentit arraché pour longtemps au pays natal, qu'il songea à notre spécialité. Il faisait ses études médicales à Nancy, un poste d'interne devint vacant à l'asile de Maréville, il l'obtint. Je me rappelle encore avec quelle satisfaction nous l'avons accueilli, certains de compter bientôt en lui un fidèle ami, un collaborateur excellent. Aucun de ses anciens collègues n'a eu à revenir sur cette première impression et bientôt Vernet devint aussi l'ami de ses chefs de service qui trouvèrent en toute circonstance un aide attentif et attentionné, une sollicitude constante pour les malades ou pour le personnel de surveillance.

« Successivement interne à l'asile de Maréville, à l'asile de Châlons-sur-Marne, médecin-adjoint à l'asile de Pau, médecin-directeur de l'asile d'Auch, médecin en chef à l'asile de Maréville, mon collègue dans deux de ces établissements, il a laissé partout le souvenir du praticien éclairé, aimant la profession qui lui permettait de répondre aux aspirations de son cœur, de protéger et de secourir ; il s'est montré partout fonctionnaire exemplaire et d'une probité parfaite ; il a mérité et gagné partout l'affection de ses collègues, de ses collaborateurs de tous grades et de ses malades.

« Ses travaux, publiés ou manuscrits, notamment sa thèse inaugurale et ses rapports annuels, font ressortir mieux que je ne saurais le faire moi-même les qualités qui faisaient de Vernet un aliéniste, un chef de service hors pair et un excellent médecin légiste. Vernet fut, en effet, souvent choisi comme expert par les tribunaux des départements de l'Est ; il s'attacha toujours à n'apporter à la justice que des avis basés à la fois sur son expérience, sur celle de maîtres incontestés, et dictés par le double souci des intérêts des inculpés et de la société. Une discussion méthodique, claire et sans phraséologie technique, le conduisait toujours à des conclusions assez précises et il témoignait ainsi, par la simplicité de son raisonnement cependant serré, qu'il n'oubliait pas non plus ceux qui, n'ayant pas fait d'études médicales, devaient le lire ou l'entendre ; aussi a-t-il toujours donné pleine satisfaction aux Parquets qui l'ont chargé de tant de missions délicates. Enfin, il est tombé victime de son dévouement, ayant certainement contracté dans ses infirmeries la maladie qui l'a si promptement terrassé. Il est mort au champ d'honneur, ayant conquis l'estime de tous ceux qui l'ont connu, entouré par tous ses anciens camarades d'une affection fraternelle qui ne s'éteindra pas au bord de cette fosse.

« Voilà donc une existence bien remplie, faisant honneur à la profession médicale, à notre spécialité et dont le souvenir doit

atténuer la douleur de tous ceux, parents, amis et collaborateurs à tous les degrés, qui pleurent l'homme de bien auquel je dis ce dernier adieu. A. Paris.

## M. le Dr GILBERT PETIT.

Nous avons le vif regret d'apprendre à nos lecteurs la mort du Dr Gilbert Petit. Il fit ses études médicales à Nantes, commença ses études spéciales dans le quartier d'hospice de Saint-Jacques, consacré aux aliénés, dont son père était médecin en chef. Après avoir été externe de Charcot, il fut nommé, au concours, interne des asiles de la Seine. C'est dans le service de Bouchereau qu'il rassembla les éléments de sa thèse : *Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation*, « qui contient un historique très minutieusement fouillé et, chose devenue rare, rend pleine et entière justice aux travaux antérieurs (Dr Pichon). »

Gilbert Petit fut successivement médecin-directeur de l'asile de réforme d'Iseure, médecin en chef de l'asile du Mans (1898); médecin-directeur de l'asile de Moulins ; médecin en chef de l'asile Saint-Pierre à Marseille où il vient de mourir.

C'était un médecin habile et très dévoué à ses malades, cherchant, même après leur sortie, à leur rendre service. Nous en avons eu la preuve à propos d'un de nos anciens malades transféré au Mans, qui, sorti et soldat, avait été l'occasion d'une peine grave. Grâce à son intervention et à la nôtre, qu'il avait provoquée, le malheureux fut dispensé de sa peine, c'est-à-dire l'envoi aux compagnies de discipline, — et finalement réformé. Nous avons raconté le fait dans le *Progrès médical*, 1902, p. 271.

---

# VARIA

---

### Asiles d'aliénés. Mouvement de février.

*Nominations et promotions.* — M. le Dr Masselon, médecin-adjoint à Clermont (Oise), nommé à la 1re classe du cadre. M. le Dr Alembert Goget, médecin en chef non installé à Saint-Ylie, est nommé médecin en chef à Marseille, en remplacement du Dr Journiac, maintenu à Saint-Ylie (Jura). M. le Dr Ramadier, directeur-médecin à Rodez, est nommé directeur-médecin à Blois, en remplacement du Dr Doutrebente, retraité. M. le Dr Dezwarte, médecin-adjoint à la Roche-Gandon (Mayenne), nommé médecin-adjoint à Evreux (Eure), en remplacement du Dr Leroy,

nommé médecin-adjoint à Ville-Evrard (Seine-et-Oise). M. le Dr Pasturel, médecin-adjoint à Saint-Dizier (Haute-Marne), nommé adjoint à Naugeat (Haute-Vienne) en remplacement du Dr Ferrayrou, nommé médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhone). M. le Dr Blin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise), porté à la classe exceptionnelle du cadre. M. le Dr Vigouroux, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Vaucluse, porté à la 1re classe du cadre.

*Mouvement de mars 1906.* — M. le Dr Journiac, médecin en chef à l'asile de Saint-Ylie (Jura), est nommé médecin en chef à l'asile de Marseille, en remplacement du Dr Gilbert Petit, décédé (voir page 236). — M. le Dr Santenoise, médecin adjoint à Dijon (Côte-d'Or), est nommé médecin en chef à Saint-Ylie (Jura) en remplacement du Dr Journiac, nommé à Marseille. — M. le Dr Castin, médecin-adjoint à Montdevergnes (Vaucluse), est nommé, en la même qualité, à Dijon, en remplacement de M. le Dr Santenoise, promu médecin en chef à Saint-Ylie. — M. le Dr Charuel, directeur-médecin à Alençon, est nommé médecin en chef à Maréville (Meurthe-et-Moselle) en remplacement du Dr Vernet, décédé. — M. le Dr Baruk, médecin-adjoint à Saint-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), est nommé directeur-médecin à Alençon. — M. le Dr Allaman, médecin-adjoint à Marseille, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère) en remplacement de M. le Dr Dubourdieux, nommé directeur-médecin de Saint-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — M. le Dr Fenayrou, médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône), est nommé directeur-médecin à Rodez (Aveyron) en remplacement de M. le Dr Ramadier, nommé directeur-médecin à Blois. — M. le Dr Levet, médecin-adjoint à Bassens (Savoie), est nommé médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône) en remplacement du Dr Fenayrou. — M. le Dr Privat de Fortunié, médecin-adjoint à Bailleul (Nord), est nommé médecin adjoint à Armentières (Nord), poste créé. — M. le Dr Dubourdieux, médecin en chef à Saint-Robert (Isère), est nommé directeur-médecin à Saint-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) en remplacement de M. le Dr Petrucci, retraité.

Organisation des laboratoires et technique histologique employé a l'etranger pour l'étude du systeme nerveux pathologique. (*Allemagne, Autriche, Italie*) : (Rapport rédigé à la suite d'un voyage officiel d'observation, par M. Henri Carrier. (*Lyon Médical*, novembre 1905, nº 46-47).

De l'ensemble des observations que l'auteur a pu relever, il ressort les conclusions suivantes :

I. L'organisation des laboratoires étrangers pour l'étude his-

tologique du système nerveux pathologique est caractérisée : d'une part, par la spécialisation de plus en plus établie des travailleurs dans ce genre de recherches ; d'autre part, par les perfectionnements incessants qui sont apportés soit au matériel d'étude, soit aux procédés de technique.

Dans certaines universités, on trouve des laboratoires et même des Instituts entiers affectés à ce genre d'études.

Dans la plupart des Instituts d'anatomie pathologique, *il existe un service spécial chargé de l'examen des pièces nerveuses.* En outre, les manipulations étant toujours longues dans ce genre de recherches et exigeant une présence de tous les instants, *il y a un personnel spécialement éduqué*, chargé de la grosse technique.

Les crédits élevés dont disposent ces Instituts leur permettent de posséder les microtomes mécaniques ou à congélation les plus perfectionnés. Cet outillage leur permet d'obtenir très rapidement un nombre considérable de coupes très fines et très régulières. Elles sont classées en de nombreuses collections et examinées soit au microscope, dans les travaux pratiques, soit projetées sur écran dans les cours didactiques avec différents appareils à projection permettant les plus forts grossissements. Enfin chaque institut a une installation complète de microphotographie.

Les démonstrations des lésions sur les pièces pathologiques occupant une grande place dans l'enseignement à l'étranger, chaque université et mêmes les moins importantes possèdent des *musées* offrant un grand intérêt.

Le mode de conservation des pièces anatomiques actuellement le plus répandu est la méthode de Kaiserling qui permet de conserver indéfiniment les pièces avec leur forme et leur couleur. Elle permet aussi de projeter ces pièces anatomiques sur écran au moyen *d'épidiascopes* que possèdent la plupart des instituts allemands.

II. Au sujet *de la technique histologique employée à l'étranger dans l'étude du système nerveux pathologique*, le mode de fixation et de durcissement le plus employé est le formol en solution à 10 0/0 qui permet ultérieurement la plupart des méthodes de coloration. Pour l'étude détaillée et approfondie des lésions nerveuses, on fait usage des inclusions à la celloïdine et à la paraffine.

Pour le diagnostic rapide et pratique des altérations du système nerveux, on se sert de préférence de la méthode à congélation par l'éther ou de la simple fixation suivant le procédé de Nissl, sans inclusion et sans congélation. Les méthodes de coloration sont variables suivant chaque laboratoire et suivant l'habitude de chaque chercheur.

A côté des méthodes applicables à tous les tissus, il existe des méthodes véritablement électives, que l'auteur a résumées dans son rapport et qui mettent en relief chacun des éléments ner-

veux pris en particulier : cellules nerveuses, neurofibrilles, cylindraxes, gaines de myéline, dégénérescences récentes granulo-graisseuses des cellules et des fibres, névroglie, nerfs périphériques.

On conçoit le temps considérable que demande l'examen complet de la plupart des cas de pathologie nerveuse. Mais grâce à la spécialisation des travailleurs, les procédés d'examen deviennent plus pratiques et plus rapides. Par la combinaison des différentes méthodes entre elles, le système d'examen de Benda (Berlin), par exemple, permet, lorsqu'on est habitué à lire et à interpréter les lésions nerveuses, une étude d'ensemble rapide de tous les éléments du tissu nerveux. On peut ainsi, presque de suite, avec ces procédés, répondre aux demandes des cliniciens.

### Les aliénés en liberté.

*Un fou sur la voie.* — Un homme d'une trentaine d'années, proprement vêtu, se livrait, hier, à la gare de Saint-Mandé, à des gestes excentriques ; à plusieurs reprises il tenta de traverser la voie au moment du passage des trains. Il en fut heureusement empêché par les employés, qui le remirent entre les mains des agents, lesquels le conduisirent au commissariat de police de Vincennes. C'est un nommé Auguste S..., demeurant Grande-Rue-de-la-République. Le malheureux est atteint de la folie de la persécution. (*Le Journal*, 19 février 1906.)

*Folie homicide.— Toulon.*— Un second-maître vétéran retraité, nommé Antoine Levenq, âgé de soixante-cinq ans, a tué sa femme, âgée de cinquante-cinq ans, à coups de hache, la mutilant affreusement. Le vieillard a ensuite arrosé son lit de pétrole et y a mis le feu, puis il s'est pendu à une fenêtre. L'incendie n'a pas tardé à atteindre tout le mobilier et l'appartement fut vite en flammes.

Les locataires de l'immeuble où s'était déroulée cette tragédie et qui est situé au faubourg des Maisons-Neuves, étaient endormis. Il était une heure du matin, et comme le feu avait fait de rapides progrès, ils faillirent être asphyxiés. Les pompiers durent à plusieurs reprises exposer leur vie pour les sauver. Ce n'est que lorsque l'incendie fut éteint que l'on retrouva les deux cadavres. Antoine Levenq était un neurasthénique atteint de la manie de la persécution. Il prétendait que sa femme voulait l'empoisonner. (*L'Aurore*, 25 février.)

---

## FAITS DIVERS

Distinctions honorifiques. — *Mérite agricole* : Chevalier, M. Gex, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère).

Exposition internationale de Liége. — (1905) : Ministère de l'Intérieur, diplômé du Grand Prix.

En participation : maison Nationale de Charenton, asile d'aliénés de Bailleul (Nord), Armentières (Nord), Saint-Yon et Quatre-Mares (Charente-Inférieure), Auxerre (Yonne).

Asile d'aliénés de Clermont. — Par arrêté préfectoral du 15 janvier, M. Féret Arthur, étudiant en médecine, domicilié à Ansauvillers, est nommé interne à l'Asile d'Aliénés de Clermont.

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hartemberg. — La migraine des arthritiques ; pathogénie et traitement. In-8° de 8 pages. (Librairie Masson, 120, boul. St-Germain.)

Petzalis et Cosmettatos. — Quelques considérations sur les anencéphaliens. In-8° de 28 pages. (Librairie Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

*Revue philosophique.* — Sommaire du n° de mars 1906 (31e année) : F. Paulhan. Le mensonge du monde. — Pillon. Sur la philosophie de Renouvier. — Ribéry. Le caractère et le tempérament. — Vte Brenier de Montmorand. Hystérie et Mysticisme (Le cas de Sainte Thérèse). — Segond. Le moralisme de Kant et l'amélioration contemporaine. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Abonnement du 1er janvier : 1 an, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. ; la livraison : 3 fr. (Librairie Félix Alcan, éditeur, 108, boul. St-Germain, Paris).

Ce numéro est accompagné de la *troisième table générale* des matières contenues dans les années 1896 à 1905. Elle est divisée en *table alphabétique* des noms d'auteurs et *table analytique* des matières. Elle a été dressée par M. J. Clavière.

*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* de P. Richer et H. Meige : Sommaire du numéro 1 de 1906. — Alquier. Les principales formes des troubles nerveux dans le mal de Pott sans gibbosité (4 planches). Brissaud et Moutier. Cyphose prononcée chez un tuberculeux (2 planches). — Pierre Marie et A. Léri. La spondylose rhizomélique : anatomie pathologique et pathogénie (5 planches, 7 dessins). — M. Lemos. Infantilisme et dégénérescence psychique (3 planches). — Pel. Acromégalie partielle avec infantilisme (2 planches). — Trepsat. Œdème des pieds chez deux imbéciles (1 planche). — La Salle Archambrault. — Le faisceau longitudinal inférieur et le faisceau optique central. — Féré. Contribution expérimentale à la psychophysiologie de l'usage des lunettes (2 fig.). — W. Reis. Quelques observations oculistiques dans l'art italien (2 planches).

L'enfant, revue mensuelle illustrée consacrée à l'étude de toutes questions relatives à la protection de l'enfance. Directeurs-rédacteurs en chef, MM. Henri Rollet et Jacques Teutsch, 13, rue de l'Ancienne-Comédie. France, un an, 5 fr. ; étranger, 6 fr. Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur cette très intéressante publication.

*Le rédacteur-gérant :* Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

SALPETRIÈRE

Vol. XXI. Avril 1906 N° 124

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## THÉRAPEUTIQUE PÉDAGOGIQUE

### Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves (1) ;

PAR LE Dr BOURNEVILLE.

Chargé l'an dernier par le Conseil supérieur de l'Assistance publique d'un *Rapport sur la fixation des médecins dans les asiles publics d'aliénés*, nous avons cru devoir, pour formuler des conclusions sérieuses, consulter les intéressés, c'est-à-dire nos collègues des asiles. Au lieu de borner notre Questionnaire au sujet à examiner, nous l'avons *étendu* à quelques autres questions, notamment: 1° à la situation du personnel secondaire des asiles publics et privés (1); 2° à la *statistique des enfants idiots et épileptiques internés dans les asiles* et au traitement auquel ils étaient soumis, documents utilisés à la *Commission ministérielle des anormaux*. Tous nos collègues ont bien voulu répondre à nos questions. Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte par cette communication, pour les en remercier publiquement.

Ce dernier groupe de renseignements montre qu'il y avait, à la fin de 1903, 1206 enfants ou adolescents de

(1) Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Rennes, août 1905, complétée par de nouvelles observations.

(2) Nombre, salaires, instruction professionnelle, pensions de retraite, etc. Nous avons utilisé ces documents dans un *Rapport* à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, *sur les modifications à introduire dans les écoles départementales d'infirmières et d'infirmiers de la Seine.*

2 à 18 ans dans les asiles de province; —que leur nombre est très restreint dans la plupart des établissements; — qu'il est relativement important dans quelques autres: Armentières, 186; Blois, 24, etc.

Un enseignement sérieux n'existe qu'à Saint-Yon, La Roche-sur-Yon, Clermont de l'Oise, Sainte-Gemmes, près Angers. L'organisation d'un établissement spécial, d'un asile-école, est en cours à Auxerre. Des projets, quelques-uns tout à fait arrêtés, existent pour les asiles de Bron (Rhône), Dury-lès-Amiens, Lafond près la Rochelle, Nantes.

Le département de la Seine hospitalise, traite et éduque à des degrés divers plus d'un millier d'enfants (Bicêtre 440); — colonie de Vaucluse (250), pour les *garçons;* — la Salpêtrière (145) et la Fondation Vallée (240) pour les *filles*.

Depuis plus d'un siècle, les médecins se sont de plus en plus intéressés à ces malades: Itard, Belhomme, Esquirol, Ferrus, Falret père, Seguin, Félix Voisin, Delasiauve, etc., ont mis hors de doute la possibilité de les améliorer et organisé pour eux des écoles, avec plus ou moins de difficultés.

Depuis bientôt trente ans, des efforts de plus en plus considérables ont été faits en faveur de ces malheureux déshérités: création de la colonie de Vaucluse, de l'asile-école de Bicêtre, de la Fondation Vallée — pour ne parler que du département de la Seine.

En qualité de rapporteur, en 1889, du projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés, nous avons fait inscrire l'obligation, pour les départements, de la création d'asiles ou de sections départementales pour les enfants idiots de toutes catégories, les paralytiques et les épileptiques. Cet article a été adopté par toutes les commissions, et reproduit, depuis, par les rapporteurs de ce projet.

Marchant dans la voie indiquée par nos éminents prédécesseurs, nous avons fait campagne pour l'assistance, le traitement, l'éducation des enfants idiots de tous les degrés, depuis l'*idiot complet*, être végétatif, jusqu'aux enfants simplement *arriérés*, confinant à l'enfant normal moyen. Pour *les plus malades*, nous

avons réclamé des *asiles-écoles;* pour *les moins malades*, qui peuvent et doivent rester dans leur famille, des *classes* ou des *écoles spéciales* ou, si l'on préfère, des *classes* ou *écoles d'enseignement spécial.*

Afin de prouver que la réforme dont nous nous faisions le champion n'était pas une utopie, nous nous sommes efforcé de montrer que les idiots complets, les idiots profonds, étaient améliorables et que, à plus forte raison, les imbéciles et les arriérés étaient perfectibles et pouvaient être rendus utiles à la société. De là les visites de notre service, le samedi à Bicêtre; de là des thèses, des publications dans la presse et des communications nombreuses aux congrès et, en particulier, au Congrès des aliénistes et neurologistes. A l'appui, nous avons apporté des faits de plus en plus nombreux, et nous avons convaincu beaucoup de nos collègues, qui ont obtenu des réalisations; d'autres sont demeurés sceptiques ou ont conservé des préjugés dommageables aux enfants. C'est pourquoi nous nous sommes décidé à faire ici une nouvelle communication reposant sur une plus grande quantité de faits.

Nous n'entrerons pas dans les détails au sujet de notre *méthode de traitement médico-pédagogique*, des procédés qui la composent, nous ne parlerons que des *résultats.*

Ce préambule était nécessaire. Arrivons maintenant aux *faits*. Sur chaque malade une courte *notice* le montrant tel qu'il était à l'entrée et tel qu'il est aujourd'hui. A l'appui: 1° des *photographies* prises de 2 ans en 2 ans; — 2° des *cahiers scolaires mensuels* enregistrant les progrès. *Photographies* et *cahiers* ne nous paraissent devoir laisser subsister aucun doute, même dans les esprits les plus prévenus, sur la possibilité d'améliorer sérieusement la catégorie des enfants anormaux qui nous occupe.

[Notre communication a été faite au mois d'août 1905. Nous complétons les notices de Rennes jusqu'à la date du 31 décembre et nous y joignons des *Notices nouvelles* non moins démonstratives et s'appliquant à toutes les formes d'idiotie ou si l'on préfère à toutes les

idioties depuis les plus complètes jusqu'à l'imbécillité et l'arriération intellectuelles.]

I. BAUDIE... (Louis). Entré le 23 juillet 1892 à l'âge de 4 ans. Il était atteint d'*idiotie* ; la marche était très défectueuse, la parole et l'attention nulles. Il était triste, avait l'air malheureux, ce qui lui valait de la part de ses camarades le nom de « *petite misère* ».

1893. — La marche devient normale; l'attention s'éveille et la gaîté s'observe.

1894. — La *parole*, nulle à l'entrée, semble naître. Quelques mots, papa, maman, pain et soupe, sont articulés nettement. — La *marche* est assez bonne pour lui permettre de suivre les autres enfants à la promenade. Il commence aussi à s'approprier.

1895. — Les progrès à la classe sont notables : B... commence à nouer, lacer et boutonner. Il connaît les différentes parties de son corps et de ses vêtements, et exécute à la gymnastique des échelles de corde les trois premiers mouvements.

1896. — Passe à l'écriture, fait des barres et des r sur l'ardoise. Compte jusqu'à 10. Le caractère s'éveille, il devient gai et joueur.

1897. — L'enfant, tout à fait propre, est mis en pantalon.

1898. — Le vocabulaire augmente, l'enfant construit quelques petites phrases. Il s'éveille de plus en plus et s'occupe aux travaux du ménage.

1899. — La mémoire se développe. B... comprend bien tout ce qu'on lui dit, reconnaît, sait nommer tout ce qu'il voit dans les promenades.

1900. — Actuellement B... est âgé de 11 ans et demi. *A son entrée* (23 juillet 1892), l'enfant ne marchait pas, la parole était nulle, le gâtisme complet. L'attention était si difficile à fixer que rien de ce qui se passait autour de lui ne l'intéressait. Il ne souriait jamais, restait immobile dans un coin.

*Actuellement*, le petit malade mange seul, marche et court librement. Il exécute bien les trois premiers mouvements de la gymnastique des échelles. La parole s'est sensiblement développée, mais en conservant une prononciation défectueuse. Il est tout à fait propre, s'habille seul, lave lui-même ses mains et son visage. Son caractère est gai. B... est prévenant, actif, et il s'occupe continuellement. Il connaît un grand nombre d'objets qui l'entourent ; il commence sur le cahier à tracer des o et des barres.

*Actuellement*, l'amélioration continue. B... connaît le nom

des personnes qui sont avec lui, les reconnaît même quand elles quittent le service et qu'elles y reviennent.

1902. — Progrès concernant la toilette, l'habillement et la compréhension. Il devient courageux, s'occupe, est prévenant et donne l'éveil quand un enfant s'est blessé ou tombe. Les progrès en écriture et en lecture sont lents. La parole reste toujours défectueuse au point de vue de la prononciation, mais aujourd'hui il dit tout et sait interroger; il est parfois un peu grossier (1).

1903. — Un peu d'entêtement s'observe chez l'enfant. Il a été taquin et a refusé plusieurs fois de travailler. Il ne veut même plus écrire et la lecture reste limitée aux lettres *a, e, i, o, u.*

1904. — L'état de l'enfant Beau... est resté stationnaire Il ne veut plus absolument écrire. Il tient mal son crayon dans la main, sourit, comme s'il disait : « Je n'écrirai pas », et tient la main raide quand on veut le faire écrire.

1905. — S'est montré plus indocile, plus capricieux ; les progrès en lecture et en écriture ont été peu sensibles. Il aurait tendance à être violent, plus taquin, surtout quand on le gronde, mais il reste aussi prévenant, s'occupe à faire les commissions, à travailler au réfectoire et à balayer.

II. Hour... (Charles), 5 ans, à l'entrée le 6 juin 1899. Alors il était atteint d'*idiotie complète*, avec *épilepsie* et gâtisme. La parole était nulle ; l'enfant était turbulent et méchant.

1900. — Aucune modification notable dans l'état de l'enfant.

1901. — Légère amélioration. A l'entrée, était gâteux et sujet à de fréquents vertiges, ce qui lui rendait presque impossible la marche, et le faisait tomber à tout instant. Il était dans une situation telle qu'on ne croyait pas obtenir de résultats. — A la suite des exercices de gymnastique, de toilette, et de parole, l'enfant s'est amélioré. Il a débuté par une prononciation défectueuse accompagnée d'écholalie prononcée, puis peu à peu l'écholalie tend à disparaître et l'enfant commence à répondre plus exactement quand on lui parle. Il devient gai, chante et commence à s'approprier en ce qui concerne le gâtisme.

(1) Remarque : ce fait n'est pas rare. Des enfants, dont la parole est limitée à quelques mots, prononcent parfois sans difficulté, nettement, des *mots grossiers*. Cela tient, croyons-nous, à ce que leur attention, quelque fugace qu'elle soit, a été appelée par l'énergie mise à les prononcer par les domestiques, les charretiers, etc., et aux reproches que leur valent ces mots.

1902. — L'enfant parle, fait des phrases, il rapporte même sur les autres enfants, et bien qu'il ait lui-même un langage un peu ordurier, il se trouve blessé quand un autre enfant prononce un mot grossier. Il dit tous les mots, chante bien et juste. Il est devenu propre, va seul sur le siège et a été fier d'être mis en pantalon. Quelques progrès sont à noter concernant la toilette, la gymnastique, les exercices d'habillement (nouer, lacer, boutonner) et sur les couleurs. Les accès sont moins fréquents.

L'amélioration continue, tant au point de vue de la parole que des exercices classiques. La tenue est meilleure encore, et les exercices de gymnastique sont exécutés avec beaucoup d'attention. Il se lave mieux et se tient plus propre.

1904. — Il continue de s'améliorer, il parle très bien, tient bien une conversation et, malgré sa grande turbulence, il suit avec assez d'idée les exercices de la classe. Sait se laver seul, s'habille un peu mieux, mais a gardé ses habitudes de malpropreté.

1905. — Les progrès sont sensibles. Il parle, raconte et interroge. Il n'est plus gâteux. Il s'occupe mieux à la classe, sait dire son nom et celui des personnes qui sont avec lui. Il nomme les objets usuels et les différentes parties de son corps et de ses vêtements, ainsi que le nombre et le nom de ses mains. Il reste malgré cela turbulent et voleur de friandises.

*Décembre.* — Sa tenue devient meilleure et malgré sa grande instabilité l'enfant suit tout les exercices qui lui sont démontrés. Les progrès sont satisfaisants à la gymnastique.

III. Jul... (Albert), 4 ans. — *A l'entrée*, le 18 août 1902, il était atteint d'*idiotie* avec *gâtisme* et mutisme. Il était incapable de procéder à aucun soin de toilette (*Fig. 9*).

1903. — La compréhension semble se développer. Il prononce quelques mots, comme *papa*, *popo*, *pipi*, etc. Il reste toujours gâteux, bien qu'il aille cependant seul au siège, chose qu'on ne pouvait obtenir à l'entrée.

1904. — En 1902, il était obstiné, et, à chacun des exercices qu'on lui faisait faire, se cachait le visage avec les mains, puis, si on le forçait un peu vivement, il se relevait et frappait l'enfant qui se trouvait à côté de lui. *A présent*, l'enfant, exercé aux projections, est devenu plus causeur, il répond mieux quand on lui demande quelque chose. *Il n'est plus gâteux*, se tient propre et sait comment il faut s'y prendre pour se laver. Les progrès sont satisfaisants à la gymnastique ainsi qu'à l'école (*Fig. 10*).

1905. — L'amélioration devient notable; l'enfant n'est plus

gâteux depuis un an. La parole, limitée à quelques mots seulement, est aujourd'hui existante; l'enfant répond de mieux

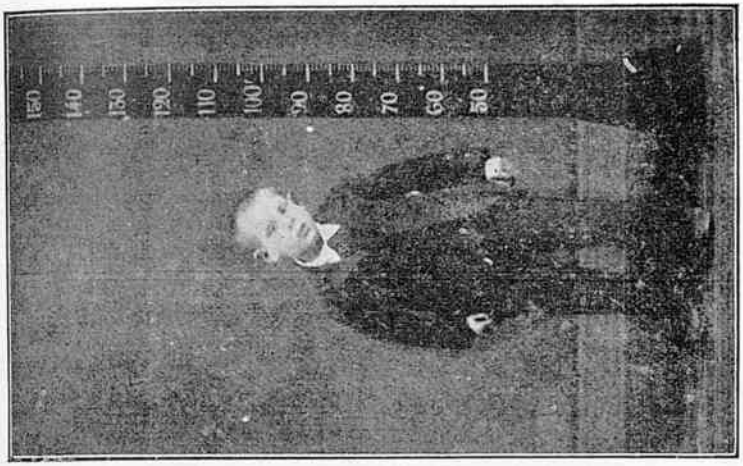


FIG. 10. — Jul., à 6 ans (1904).

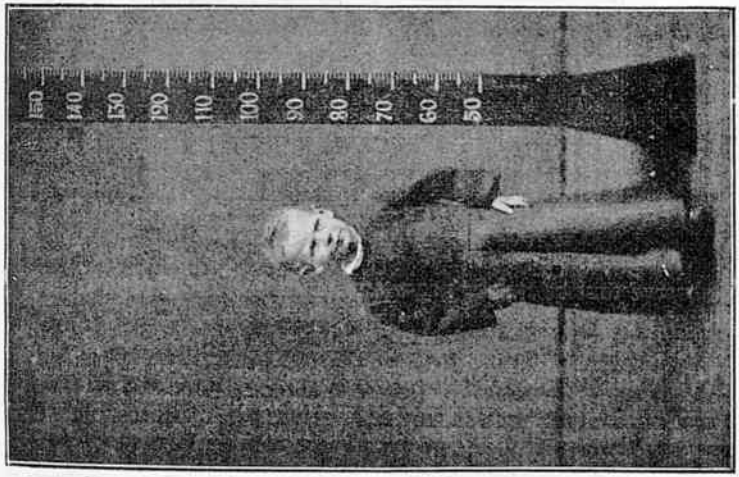


FIG. 9. — Jul., à 4 ans (1902).

en mieux quand on lui parle. Il s'intéresse à tout ce qui se fait autour de lui, est devenu plus attentif aux projections, à l'école et à la gymnastique. Sa tenue est devenue meilleure;

l'enfant commence à se vêtir et à se débarbouiller seul *(Fig. 11)*.

*Décembre.* — Il n'est plus timide, devient espiègle, raconte

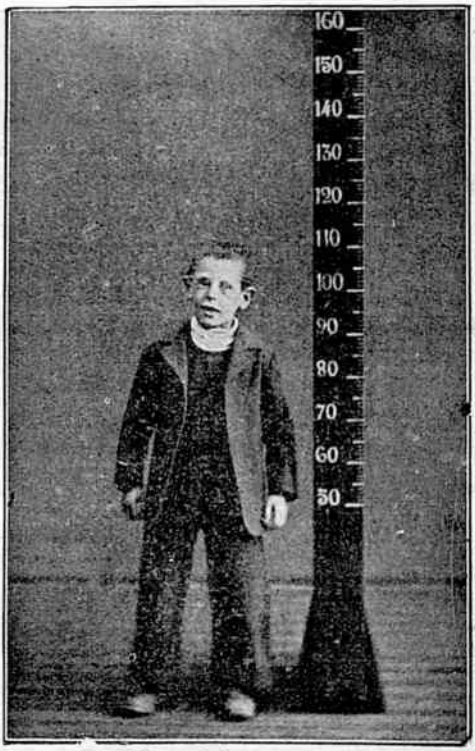



FIG. 11. — Jul., à 7 ans (1905.)

et observe tout ce qui se passe autour de lui, est devenu caressant et gai.

IV. MAZ... (Henri). Entré le 2 décembre 1887 à l'âge de 3 ans 1/2. *Idiotie complète* avec *microcéphalie* TRÈS PRONONCÉE. La parole, la marche, la préhension, la propreté, l'attention étaient nulles. Il se tenait continuellement affaissé, ne pouvait même pas tenir sa tête pour prendre la nourriture et à chaque repas il fallait le tenir couché sur le bras, pour lui introduire les aliments dans la bouche en les laissant glisser lentement de la cuiller. Il ne pouvait manger que des bouillies *(Fig. 12)*.

1888. — L'enfant n'a subi presque aucun changement *(Fig. 13)*.

1889. — La *parole* semble vouloir venir, et il prononce :



Fig. 13. — Maz., à 3 ans et demi (1888.)



Fig. 12. — Maz., à 2 ans et demi (1887).

« Oh ! papa, maman, du pain, ça y est; nous voilà »; et il joue avec les autres enfants. Il grossit et ses jambes prennent de la force.

1890. — Le vocabulaire a augmenté; l'enfant prononce presque tous les mots, sait son nom et celui des personnes qui




Fig. 15. — Maz..., à 8 ans (1892).

le soignent. Il commence à pouvoir se tenir à table et à saisir la cuiller; il peut même manger du pain et de la viande. *Il*

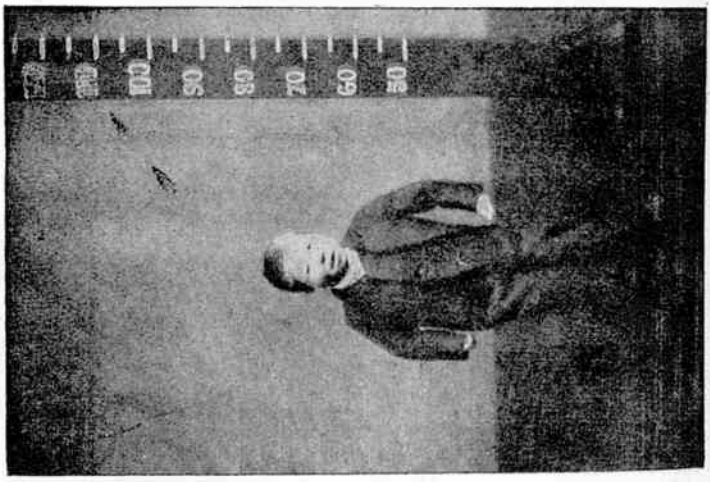



Fig. 14. — Maz., à 5 ans (1890).

*n'est plus gâteux*, ni le jour, ni la nuit. Il cherche à se déshabiller seul, et y arrive. Ses jambes se sont fortifiées et aujourd'hui il *marche (Fig. 14)*.

1891. — Est envoyé à la petite école le matin seulement. Connaît généralement les objets usuels qu'il voit chaque jour, mais ne sait pas distinguer les couleurs. Gymnastique

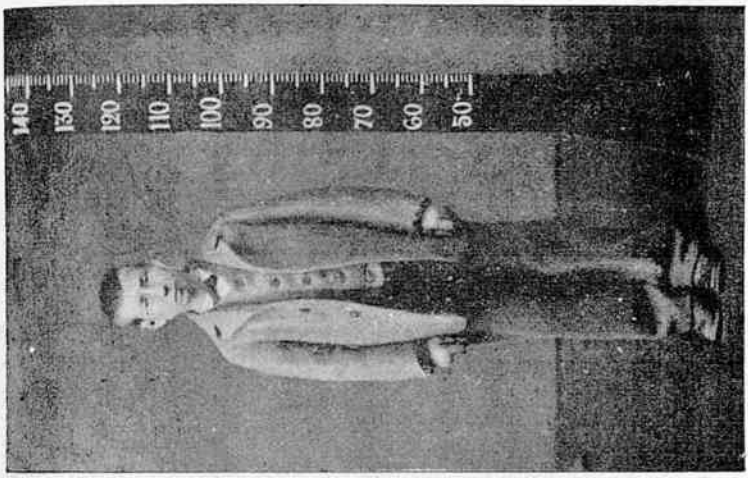



FIG. 17. — Maz..., à 14 ans (1898).

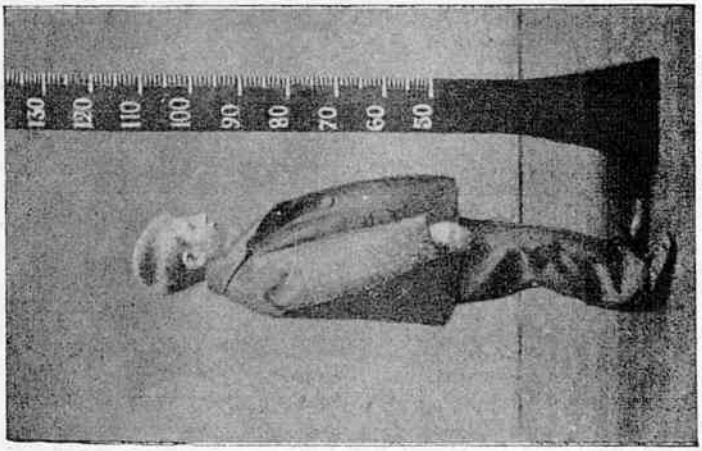



FIG. 16. — Maz..., à 11 ans (1895).

nulle. A la fin de l'année l'enfant commence à nouer, à lacer et à boutonner ; il peut placer les lettres, les chiffres et les couleurs sur le tableau, et sans se tromper. Il fait à la gym-

nastique les deux premiers mouvements (assis, debout) et commence à sauter.

1892. — Est devenu bavard, gai, un peu turbulent même; il est propre et soigneux, serait plutôt coquet, s'habille, cire ses souliers et se nettoie seul. Les progrès scolaires sont stationnaires (*Fig. 15*).

1893. — Les progrès sont satisfaisants. Il commence à

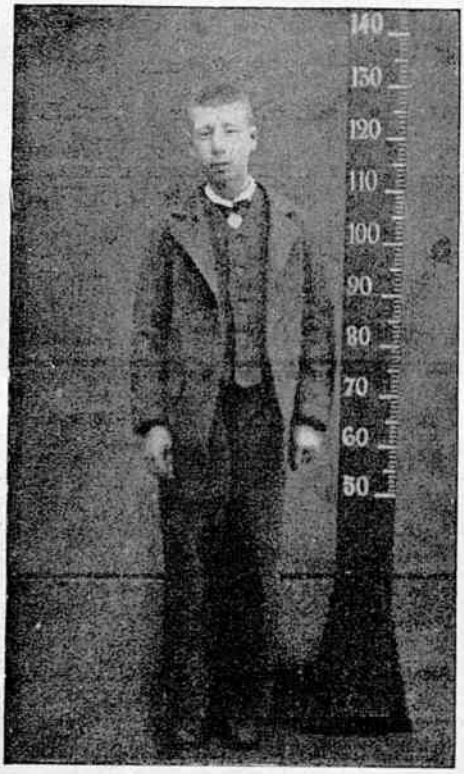



FIG. 18. — Maz., à 15 ans (1899).

reproduire quelques lettres sur l'ardoise et connaît toutes les lettres de l'alphabet, ainsi que quelques surfaces, telles que l'ovale, le cercle et le carré.

1894. — L'enfant est capable de soutenir une conversation avec quelqu'un. Il entend bien la plaisanterie, mais réfléchit avant d'agir; c'est-à-dire que si on lui commande quelque

chose, et qu'il s'aperçoive que c'est une plaisanterie, après réflexion, il se met à rire et dit : « Oh ! non, tu veux me tromper ! »

1895. — Compte jusqu'à 100, connaît tout le contenu des boîtes aux *leçons de choses* (légumes frais ou secs, graisses, sucre, sel, etc.), toutes les couleurs et les surfaces, et fait très bien tous les mouvements à la gymnastique (*Fig. 16 et 17*)

1896. — Commence à syllaber, à mieux écrire, est envoyé à la grande gymnastique.




FIG. 15. — Maz. à 15 ans (1893).

1897. — Le caractère s'améliore; le travail à la classe est bon; l'enfant est envoyé 1/2 heure à l'atelier de *couture*.

1898. — L'enfant est dans un état satisfaisant, au point de vue de la tenue, du raisonnement et de l'intelligence.

1899. — Etat stationnaire (*Fig. 19 et 20*).

1900. — Devient timide, et n'arrive pas à l'école à pouvoir lire. Tous les autres exercices sont bien faits.

1901. — Ralentissement au point de vue des exercices classiques en raison d'une *conjonctivite granuleuse*, compliquée de *kératite* qui l'empêche même de se guider.




FIG. 20. — Maz., à 19 ans (1904)

1902. — Etat stationnaire toujours pour le même motif.

1903. — La vue reste mauvaise, ce qui l'empêche de pouvoir écrire convenablement, et de travailler à l'atelier. Il s'occupe d'une autre manière en faisant les commissions, en allant

à la cuisine et en frottant son pavillon; il est nommé par les autres enfants le « *premier frotteur* ».

1904. — L'enfant s'améliore toujours, en ce qui concerne la compréhension, le caractère et la conduite; malgré son âge, il est toujours très facile à manier. Mais, maintenant, il ne




FIG. 21. — Maz..., à 19 ans (1904).

faut plus lui parler de l'école, et, en dépit de tous les essais, il a été impossible de lui apprendre à lire couramment, entravé non seulement par une faiblesse de l'audition, ce qui l'ennuie quand il ne peut pas bien comprendre ce qui se dit autour de lui, mais encore par son affection chronique des yeux. Il

s'est occupé plus sérieusement et avec plus de goût aux travaux du ménage. La conduite est bonne, et il se plaît à rendre service aux employés *(Fig. 20 et 21)*.

1905. — La vue reste toujours assez défectueuse. Après avoir présenté un arrêt de développement physique (nanisme relatif) pour lequel il a été soumis à la glande thyroïde, sa taille est devenue normale. Il est habile à tous les travaux du ménage et à la gymnastique. Maz... *travaille* de nouveau, depuis six mois, à la *couture*, ses yeux allant mieux. Il est caporal à la grande gymnastique, participe aux chants qui accompagnent les exercices, fait les commissions dans la maison, continue à frotter le pavillon où il couche.

*Déc.* — Maz... reste le même, toujours docile, ayant une bonne tenue, et rendant des services au point de vue du ménage, des commissions. Au point de vue de l'écolage, la persistance de la *kérato-conjonctivite* l'empêche de progresser à l'école (1).

V. Gœrg... (Fernand), 5 ans 1/2, à l'entrée le 7 décembre 1897. — *Imbécillité prononcée* avec colères fréquentes et obstination. Ecolage nul. Manie de ronger ses vêtements. Très peu de notions usuelles.

1898. — A noter une légère amélioration, au point de vue des colères et de l'obstination.

1899. — Progrès sensibles à l'école.

1900. — 8 ans et demi : l'enfant est propre, la marche est normale. La physionomie réfléchie, froide et dure. Bien qu'il sache parler, il faut le contraindre de répondre quand on lui parle (ce qui parfois suscite une colère, l'enfant y étant sujet). Il n'affectionne personne, et il se passerait volontiers de la visite de ses parents qu'il dit ne pas aimer, surtout sa mère. Il lui arrive aussi fréquemment d'uriner au lit par taquinerie ou paresse (?). Cette habitude lui est passée (l'enfant a dû être mis en robe de gâteux pour cette raison, il n'a plus recommencé). Il ne possédait aucune notion des exercices classiques.

*Aujourd'hui*, il lit couramment; l'écriture est lisible, et il peut écrire sous la dictée quelques mots usuels, faire des problèmes simples sur l'addition et la soustraction. Une amélioration notable est survenue, concernant le caractère. Il est plus affectueux, et il se réjouit à présent de voir sa famille et de passer quelques jours avec elle.

1901. — 9 ans 1/2. — Son état s'est bien amélioré : les colères sont moins fréquentes, et la manie de ronger a dis-

(1) L'obs. de Maz..., depuis son entrée jusqu'en 1879, a été publiée en détail dans Thulié : *Le Dressage des Dégénérés* (p. 658 à 676).

paru. De notables progrès sont à signaler à la *classe*, et, *aujourd'hui*, il lit couramment en se rendant bien compte de ce qu'il lit; écrit lisiblement, fait la dictée avec les grands, et commence à faire des problèmes sur l'addition et la soustraction. Il reproduit aussi quelques traits de dessin et y apporte un certain goût. — En résumé, l'enfant se rapproche de plus en plus de l'état normal.

1902. — Gœrg... continue à donner de la satisfaction à l'école et à l'atelier de *couture*.

1903. — Les colères sont devenues moins fréquentes; l'enfant est aujourd'hui raisonnable.

1904. — L'amélioration persiste au point de vue de l'écolage, du travail à l'atelier, du dessin et du solfège.

1905. — L'enfant, en raison du caractère et du travail, peut être classé aujourd'hui parmi les enfants normaux. L'obstination, les colères, très fréquentes autrefois, n'existent plus. *Actuellement*, l'enfant lit couramment, écrit lisiblement, fait des devoirs et des dictées, sans trop de fautes, peut écrire lui-même à sa famille et sans le concours de personne. Il fait les trois premières opérations en arithmétique, a quelques notions élémentaires de grammaire et de géographie et connaît très exactement la division du temps. Il continue d'être bon élève, et le caractère s'est aussi bien modifié. Il est en résumé le meilleur élève de la petite école. En résumé, cet enfant est arrivé à un degré presque normal. — Apprenti tailleur, il travaille bien et fait partie de la *fanfare*. Il est heureux d'y être et connaît les notes.

VI. Re... (Henri-Paul), né le 6 janvier 1895, 4 ans à l'entrée le 3 juin 1899. — *Idiotie, gâtisme, absence de langage.* — Enfant grand gâteux, privé de compréhension et doué d'une grande indifférence, mis dans les premiers temps de son entrée au milieu des enfants de la fanfare afin de se rendre compte s'il entendait le bruit; le résultat a été nul et aucun mouvement de sa part n'a prouvé qu'il entendait. L'enfant avait l'air hébété, ne souriait jamais et ne répondait pas à l'appel de son nom.

Tous les exercices qu'on voulait lui faire faire provoquaient chez lui des cris perçants. Il avait l'habitude de se cogner la tête, et chaque fois qu'on lui parlait, il la cognait davantage. Il était enclin à de nombreux *tics* existant encore aujourd'hui mais moins fréquents.

*Actuellement* (1902), l'enfant commence à comprendre, sourit, chantonne, est devenu caressant et affectueux. Il reste à présent sur le siège, se baisse lorsqu'il a besoin, n'est cependant pas encore propre et quand il s'adonne à un tic quelconque et qu'on le gronde il s'arrête.

L'enfant qui, à l'entrée, ne mangeait pas seul et refusait tous les aliments, voire même les friandises, mange mieux, tient lui-même la cuiller. Remarque curieuse à noter, l'enfant *ne boit jamais ou presque jamais*, ni vin, ni eau, et quand il a soif il boit un peu de lait. Il reste quelquefois un mois sans prendre de liquide; il ne mange même la soupe que si elle est très épaisse et la refuse si elle est claire. *Compte rendu* de 1902, p. VIII).

1903. — L'amélioration continue. Aujourd'hui il mange seul. Il prononce quelques mots : Maman, pain, non. — Oh lala, quand on veut le faire travailler, et que cela ne lui plaît pas; — Suis cotent, cotent, quand il est gai.

Les *tics* disparaissent de plus en plus. L'attention devient plus fixable, il peut maintenant exécuter les deux premiers mouvements à la gymnastique des échelles, sauter à l'escabeau, monter et descendre l'escalier, exercices qui, il y a quelque temps, lui faisaient jeter les hauts cris et qui aujourd'hui l'amusent. Il laisse guider ses mains pour les exercices des barres, du nouer, lacer et boutonner. — Il est devenu gai, joueur, aime à entendre chanter, et cherche à fredonner. (*Compte rendu* 1903, p. XIV.)

1905. — L'état de l'enfant est stationnaire, il n'a rien acquis de nouveau, et apporte beaucoup d'obstination pour faire tout ce qu'on lui commande. Il ne veut rien dire et ne veut pas travailler en classe. Le caractère seul reste gai, caressant, remuant, mais il est paresseux. Toujours gâteux, cependant il sait aller seul se mettre sur le siège.

VII. Cur... (Lucien), né le 5 déc. 1895. — Atteint *à l'entrée*, le 24 septembre 1902, d'*idiotie*, avec parole défectueuse. Physionomie niaise, air craintif, attitude lourde et mouvements embarrassés pour tout faire. Manie de sucer les index. Exercices de toilette et lavage, nuls. Tout à fait nul au point de vue de l'écolage. Le caractère de l'enfant est très défectueux, il est jaloux, sournois, a des impulsions violentes même vis-à-vis du personnel; gifleur. Manie de se sauver et de se ronger les ongles.

1903. — Légère amélioration pour la parole, la toilette, le lavage et la gymnastique. Toujours assez coléreux, un peu moins jaloux.

1904. — L'amélioration continue. Le caractère surtout est meilleur, un peu moins jaloux, et les impulsions notées, à l'entrée, ne se sont pas renouvelées. Il supporte bien mieux les taquineries des autres enfants et il joue avec eux sans se fâcher, ou s'il se fâche, c'est avec plus d'à-propos.

1905. — L'enfant donne actuellement encore plus de satis-

faction. Il commence à bien se laver seul; s'habille aujourd'hui lui-même assez convenablement, aide dans le dortoir au frottage, et à l'office, nettoie très bien la vaisselle. Il devient gai, joueur et moins méchant. Il travaille bien à la classe, connaît quelques lettres O, I, U, A, et commence à faire les barres et les o sur le cahier.

VIII. GUDEF... (Alcide-Charles), né le 9 octobre 1894, entré le 14 décembre 1896. A l'entrée, est atteint d'idiotie complète. Parole et marche nulles. *Gâtisme.* L'enfant est incapable de manger seul.

1897. — L'état de l'enfant s'améliore, il marche aujourd'hui sans presque être soutenu. Le vocabulaire s'augmente, les mots acquis sont: gâteau, viens, tiens, prends, là-haut. Il comprend bien mieux tout ce qu'on lui dit.

1898. — Il marche aujourd'hui seul. A appris à boire seul. Le gâtisme est moins fréquent. La compréhension devient meilleure, et l'enfant peut aujourd'hui discerner ce qui est bien d'avec ce qui est mal. Il commence à s'habiller et à se déshabiller.

1899. — L'amélioration s'accentue de plus en plus. L'enfant est tout à fait propre. Il prononce tous les mots, en ayant encore toutefois une prononciation défectueuse. Il se rend utile en aidant à chausser les enfants, s'habille et se déshabille lui-même. Au point de vue du caractère, l'enfant reste gourmand, voleur et coléreux.

1900. — L'état de l'enfant reste stationnaire.

1901. — Les progrès continuent. La parole est libre et compréhensible, il emploie le verbe. Travaille, aide au ménage, mais il est à surveiller, parce qu'il a la manie du *vol* et du *mensonge*.

1902. — L'amélioration continue, l'enfant connaît le nom et l'usage de tous les objets qui l'entourent. Il reste coléreux, emporté, voleur, et tout lui est bon, l'argent et les friandises.

1903. — L'enfant vient à la petite école, a appris à connaître les couleurs, les lettres et les surfaces. Il exécute bien tous les mouvements à la gymnastique. La parole est libre, l'enfant commence à écrire. Sa tenue est meilleure, mais le caractère ne se modifie pas.

1904. — Pas de changement notable.

1905. — L'enfant est aujourd'hui bien développé. Il se rend compte de tout ce qui se passe autour de lui, et travaille avec goût aux travaux du ménage. Il suit les exercices de la grande gymnastique. A la classe, il commence à syllaber, et son écriture devient lisible. Est un peu moins voleur et menteur, est toujours coléreux.

X. IZAMB... (René), 7 ans, né le 4 mai 1898.—A son entrée le 26 septembre 1902, il était atteint d'*idiotie complète*. Parole nulle. Grand gâteux. Est à mentionner comme idiot à physionomie éveillée. L'enfant est incapable de faire quoi que ce soit, il a seulement une manie prononcée pour ouvrir les portes et les refermer en les frappant fortement. La compréhension est pour ainsi dire nulle. Il paraît être affectueux, mais il est méchant pour les autres enfants, en est surtout jaloux.

1903. — Une légère amélioration s'observe au point de vue du gâtisme et de la compréhension. L'enfant perd aussi la manie d'ouvrir les portes. Est moins méchant. Il commence à pouvoir lui-même diriger l'éponge sur son visage, et à laver ses mains.

1904. — L'amélioration continue, l'enfant est presque propre. Il commence à lacer, à nouer et boutonner. Exécute les deux premiers mouvements à la gymnastique, saute 2 degrés de l'escabeau, monte et descend seul l'escabeau escalier.

1905. — Izamb... est devenu tout à fait propre, le jour, mais pas encore complètement la nuit. La parole reste défectueuse, il n'est arrivé encore qu'à prononcer les mots papa et maman. Il est toujours de moins en moins méchant, mais reste toujours aussi jaloux.

La compréhension devient meilleure, et si on le repousse un peu, il devient sensible et cherche des caresses, auprès de la personne qui l'a repoussé. Il cherche aujourd'hui à se rendre utile, en portant le linge, ou bien en allant chercher tel ou tel idiot appelé par une infirmière. Au réfectoire, il ramasse après le repas les cuillers et les gobelets, qu'il remet dans le panier de la table où il mange. En résumé amélioration notable.

XI. DENOYE... (André), 7 ans 1/2, né le 29 novembre 1894. A l'*entrée* (26 juin 1901), est atteint d'*imbécillité prononcée*. Actes impulsifs, manie du feu (pyromanie), *onanisme, mensonge, vol.*

Au point de vue de l'écolage, l'enfant est nul, il sait à peine syllaber et faire une addition.

1902. — Aucune amélioration. L'enfant reste brutal. Sa tenue est mauvaise, son travail à la classe est aussi mauvais, l'enfant n'y fait absolument rien, et se moque de tout ce qu'on lui dit. L'onanisme persiste malgré le manchon. Il cherche à mettre le feu, à fumer, et un de ses amusements favoris, est de prendre les enfants et leur plonger la tête dans l'eau, ou bien encore à les brûler en chauffant fortement un fer de toupie, sur le sol, et leur appliquant ainsi chauffé sur le visage, le cou ou les mains. Tous ces faits, vus et empêchés, sont niés par l'enfant avec beaucoup d'aplomb.

1903. — Une légère amélioration est à relever chez l'enfant au point de vue des exercices classiques et du caractère. Il lit presque couramment, l'écriture devient plus lisible. Il fait aujourd'hui la soustraction. Quelques progrès à noter à la gymnastique.

1904. — Amélioration plus notable en classe. La lecture est courante. Il écrit sous la dictée, quelques mots usuels sans faire par trop de fautes. Il a appris la multiplication, est bon élève au dessin, au chant et au solfège. Les mauvais instincts se manifestent moins souvent, mais il est un peu répondeur avec le personnel qui cherche à le corriger de sa mauvaise tenue.

1905. — L'enfant change sensiblement. Sa tenue est meilleure. Son travail à la classe plus soigné. Est moins enclin aux mauvais penchants. Sait mieux s'occuper aujourd'hui et il fait les quatre premières opérations en arithmétique. Commence à faire les problèmes sur les trois premières règles. Travaille bien à l'atelier de menuiserie et apporte beaucoup d'attention et de goût. De même à la *fanfare*, au *solfège* et au *dessin*. Le caractère est un peu plus souple, et la disparition des mauvais instincts est presque complète.

XII. DIETCHMA... (Georges), 2 ans 1/2, né le 1er juillet 1890.— A l'entrée (20 novembre 1903), il était atteint d'*idiotie profonde*, gâtisme, privation de langage, et incapacité de comprendre tout ce qu'on voulait lui faire faire. Il n'était pas affectueux et tout jeune qu'il était, *il se plaisait à frapper les enfants*.

1904. — Un changement notable s'est produit dans l'état de l'enfant. Il s'intéresse à tout ce qui se fait autour de lui, observe bien, et cherche à faire ce qu'il voit faire aux autres aussi bien en mal qu'en bien. Il devient affectueux. A la classe, tous les exercices sont pour lui un jeu, et il s'y prend bien pour travailler. Il ne souffre pas qu'on s'occupe des autres, il les repousse et crie.

1905. — L'amélioration s'observe encore davantage, l'enfant est devenu propre. Il sait bien laver ses mains, commence à endosser lui-même ses vêtements. Il comprend bien aujourd'hui ce qu'on lui demande et va de lui-même au devant des choses. A la classe, il noue, lace et boutonne bien, aime se rendre utile en ramassant le linge et les effets, a pris l'habitude de ranger, est coquet, et quand il se salit, il s'appelle cochon, puis va chercher une brosse, pour se brosser et laver ses mains. Après quoi, il est fier, et va montrer à tout le monde qu'il est propre. La parole aussi se développe, il prononce papa, maman, pipi, chat, un chien, puis cherche à ra-

conter ce qu'il voit faire aux autres enfants. Il devient affectueux, chantonne et joue bien, mais il reste toujours jaloux.

XIII. Rovi... (Paul-Pierre), 10 ans 1/2, né le 7 nov. 1895 (Paris). — A l'entrée (16 août 1902), l'enfant est atteint d'*idiotie* avec gâtisme et parole presque nulle. La turbulence est grande; l'enfant se met facilement en colère. Il crie, a la manie de casser les carreaux et de se déchausser.

La physionomie seule est trompeuse, car elle indique plus d'intelligence qu'il n'y en a. L'enfant est plutôt gai, et a des aptitudes musicales assez prononcées. La voix est même jolie. Tout est nul au point de vue de l'écolage et de la gymnastique.

1903. — Une légère amélioration au point de vue du gâtisme, un peu aussi au point de vue de la parole limitée seulement aux mots papa et maman et actuellement augmentée des mots pain, sou, pipi, quaqua.

Aux *séances de projection*, bien qu'il apporte un peu d'obstination à répéter les syllabes, car le plus souvent, il rit aux éclats pendant la leçon, il lui arrive malgré tout d'en répéter quelques-unes avec assez de facilité et sans prononciation défectueuse. Quelques progrès à noter à la gymnastique, au saut ainsi qu'aux barres d'entraînement.

1904. — L'enfant est aujourd'hui tout à fait propre. A la classe, il donne plus de satisfaction, commence à nouer, lacer et boutonner. A la gymnastique, il exécute aujourd'hui les trois premiers mouvements et saute trois degrés de l'escabeau. A la projection, l'attention est plus fixable. Le caractère reste toujours turbulent.

1905. — Une grande amélioration concernant le caractère de l'enfant, plus calme aujourd'hui, se tenant mieux chaussé et cassant moins de carreaux. — La *parole* se développe, l'enfant cherche à faire des phrases, mais il est toujours assez obstiné pour répondre quand on veut le faire parler, et ne perd pas l'habitude de rire. — Son *attention* à la classe est plus fixable et il ne repousse plus les objets comme autrefois quand on veut le faire travailler.

XIV. Jouat... (René), né en 1900. Entré le 24 mai 1904. — 1905. Commence à s'habiller et à se déshabiller, sait boutonner, mais n'arrive pas encore à lacer et nouer ses souliers, il connaît et nomme les parties de son corps, les couleurs, les chiffres et quelques lettres.

XV. Le bih... (Cyrille), *idiotie profonde; surdi-mutité.* — *A son entrée*, en mars 1903, cet enfant gâtait nuit et jour, ne parlait pas, indifférent à ce qui se passait autour de lui, il

semblait ne rien comprendre, ne savait pas se servir de la cuiller ni porter le gobelet à ses lèvres. *Actuellement*, il ne souille plus ses vêtements dans le jour que par exception et lorsque pareil accident se produit il se montre très confus, très vexé. Il a beaucoup gagné pour la parole, il fait effort pour répéter les mots, commence à en assembler quelques-uns. Il appelle par leur nom les personnes qui l'entourent. Caressant, démonstratif, il est très heureux qu'on s'occupe de lui et imite volontiers. Il mange et boit seul sans commettre trop de maladresses. Très remuant, il est difficile de le tenir longtemps assis, cependant il ébauche nos premiers exercices, essaie de boutonner, lacer. Il place les couleurs par comparaison, montre les images, désigne les animaux et connaît les principales parties de son corps et de ses vêtements.

1904. — Cet enfant ne gâte plus le jour, la parole est de moins en moins défectueuse, il s'habille et se déshabille presque seul, il sait lacer, nouer, boutonner, distingue les couleurs et reconnaît quelques lettres et quelques chiffres.

1905. — Le Biha... est rendu propre la nuit, il a continué à se développer intellectuellement, mais l'attention est encore des plus fugitives, il commenc à syllaber un peu et trace quelques bâtons et quelques o assez régulièrement; cet enfant est d'un naturel flatteur et peu docile.

XVI. Faito... (Emile). *Imbécillité et instabilité mentale.* — Cet enfant indiscipliné, turbulent, tout à fait instable, entré en 1904, était pour nous un véritable trouble-classe; aussi indifférent aux punitions qu'aux récompenses, nous ne savions quels moyens employer pour captiver son attention. Dès qu'il échappait à notre surveillance immédiate, il se livrait à la masturbation sur lui et ses camarades. Peu à peu nous avons pris de l'autorité sur lui et obtenu un calme relatif; les premiers exercices scolaires ont paru l'intéresser et il s'est mis à travailler avec plaisir. Assez rapidement, il a appris à connaître les lettres, les chiffres et à les reproduire; actuellement, il syllabe, trace des mots, sait même écrire de mémoire son nom, son âge, ses vêtements, les jours de la semaine, les nombres jusqu'à 20, établissant une relation entre le chiffre et la quantité, il écoute les relations orales et en profite. Il est moins indiscipliné, mais a besoin d'être tenu avec beaucoup de fermeté et très surveillé pour éviter les retours de l'onanisme qui amenait la surexcitation constatée à son entrée.

1905. — Pendant l'année 1905, malgré un séjour de quelques mois à l'isolement il est arrivé à la lecture courante, l'écriture est lisible et chaque jour il copie et écrit ensuite de mémoire sa leçon de lecture, sait écrire les nombres jusqu'à

100, fait l'addition et la soustraction simples, l'instabilité mentale est encore très prononcée et notre malade est toujours très indocile et dissipé en classe, mais d'un naturel affectueux.

XVII. DEVA... (Lucien), 11 ans. *Imbécillité, hémiplégie gauche.* Né le 1er juillet 1893, entré le 17 février 1903. — 1904. Physionomie peu expressive, rictus continuel, parole affectée d'un chuintement prononcé. Lucien, beaucoup plus dépourvu qu'il ne le paraît, ne possédait aucune notion scolaire à son entrée, en 1903, malgré cela, d'un esprit vaniteux, très satisfait de lui-même, il était toujours prêt à se moquer de ses camarades. Si on lui posait une question, il s'empressait de dire : Oh moi, je sais et lorsqu'on s'adressait à lui, il était incapable de répondre. Le naturel vaniteux subsiste encore quoique atténué, mais l'intellect de notre malade s'est beaucoup développé au prix de grands efforts, car il est très mal doué. Avec difficulté il est parvenu à tracer toutes les lettres et les chiffres, établit une relation entre eux et la quantité, ébauche l'addition, mais c'est surtout pour la lecture qu'il a beaucoup gagné, il est en très bonne voie et a un grand désir de lire couramment. Nous remarquons une disposition naturelle pour l'orthographe des mots.

1905. — Deva... a continué de bien travailler, aussi ses progrès sont-ils notables; il lit couramment, mais lentement et nous avons été surprises de la rapidité avec laquelle nous y sommes parvenues. L'écriture a marché de pair ainsi que l'orthographe des mots, chaque jour il copie et écrit ensuite de mémoire sa leçon de lecture, il sait lire et écrire les nombres jusqu'à 70, fait seul l'addition et la soustraction sans retenues, le raisonnement a aussi gagné, il tient conversation et saisit bien ce qu'on lui dit. Le caractère est meilleur, il tient compte des observations qu'on lui fait, l'amour-propre est éveillé, il est très sensible aux reproches et aux compliments.

XVIII. BOUVIGN... (G.). *Imbécillité, hémiplégie droite.* — 8 ans; né le 28 mai 1896, entré le 7 mai 1903. Cet enfant, d'une physionomie expressive toutà fait trompeuse, était à son arrivée d'une instabilité absolue. Il était impossible de fixer son attention un instant; aussi, au dire de ses parents, avait-il toujours été renvoyé des écoles comme trouble-classe et incapable de rien apprendre; son bagage scolaire était des plus minces : il ne connaissait rien. Lorsque nous avons essayé au début de le faire tenir assis et d'ébaucher les premiers exercices, cela a été des scènes de pleurs, de rages, notre élève déchirait ses vêtements, se mordait les mains et ne voulait rien faire. D'une grande indocilité, il lassait la patience de tous.

Pendant plusieurs mois, nous n'avons rien obtenu que l'immobilité assise; sans nous décourager cependant, nous avons persisté et nous sommes arrivées à vaincre la volonté négative de Georges.

*Actuellement* (1904), il est transformé et rempli de zèle pour apprendre; dès que j'entre dans la classe, ses yeux et ses mains me demandent instamment de le prendre près de moi. Il est en bonne voie pour la lecture, établit une relation entre le chiffre et la quantité; fait l'addition simple. Il y a de grands efforts à faire pour écrire, la main droite étant paralysée et la gauche très maladroite; il trace plus ou moins bien toutes les lettres. L'instabilité mentale, quoique amoindrie, existe encore. Pour la vaincre, il faut que notre malade sente peser sur lui une volonté et un regard qui ne le quittent pas.

1905. — L'amélioration constatée l'année dernière n'a fait que s'accentuer. Bouvign... est beaucoup plus attentif et a tout à fait pris goût à la classe. Il lit couramment, sait écrire les nombres jusqu'à 100, établit une relation entre le chiffre et la quantité, fait l'addition et ébauche la soustraction, l'écriture est un peu plus régulière, il commence à faire de mémoire de petites dictées.

XIX. Benoit... (André). *Imbécillité*, entré le 8 janvier 1904 âgé de 7 ans 1/2. Cet enfant, *à son arrivée*, ne connaissait que les lettres et les chiffres; d'une *instabilité* et d'une *inattention* absolues, il était impossible de le tenir en classe; toujours en mouvement, il n'avait qu'une pensée, taquiner ses camarades, se sauver dans les jardins et commettre quelques méfaits. Cet enfant absolument impulsif n'a aucune méchanceté préméditée. A force de patience, nous sommes arrivés à lui faire prendre goût à la classe. Il lit couramment, fait quelques dictées de mémoire et les 3 premières opérations, caractère toujours difficile, grossier, indiscipliné et un esprit de contradiction très prononcé.

XX. Itzikow... (Félix). *Idiotie, mutité*. Air maladif, teint pâle grands yeux noirs fixes, mornes, sans aucune expression, bouche toujours entr'ouverte ébauchant un sourire perpétuel, parole complètement nulle, tel était cet enfant lorsqu'il nous fut confié.

*Aujourd'hui*, il est presque transformé, la santé s'est améliorée, l'appétit qui lui faisait défaut est régulier, le teint s'est légèrement coloré, la bouche se ferme et n'a plus ce rictus niais qui donnait un air d'hébétude à sa physionomie, son regard est moins lourd et a une certaine expression. Au con-

traire de ses camarades, Félix, par esprit d'imitation, a fait effort pour parler et prononce quelque mots dont il ne comprenait pas le sens et répétait comme en écho. Les défauts d'articulation étaient nombreux; tous les organes de la parole se mouvaient avec peine, les consonnes étaient impossibles à obtenir, les lèvres surtout n'avaient aucune énergie dans leur jeu; elles restaient molles, entr'ouvertes, de sorte qu'il ne faisait guère entendre que des sons.

Notre élève s'est prêté volontiers aux exercices de la gymnastique de la parole, peu à peu l'articulation s'est modifiée. L'*écholalie* très prononcée au début, a diminué progressivement pour faire place à une certaine spontanéité. Actuellement Félix assemble quelques mots que l'on comprend facilement, ces mots ne sont pas dits machinalement, ils sont l'expression d'un désir ou d'une pensée, ce qui nous prouve un grand développement dans l'intellect.

Il ne gâte plus, s'habille et se lave presque seul, sait lacer, boutonner et nouer. Il connaît et nomme les couleurs, les surfaces, les lettres et les chiffres qu'il arrive à reproduire sur l'ardoise. Il commence même à former et à assembler quelques lettres au crayon sur le cahier. Les colères assez fréquentes au début sont devenues plus rares.

1904. — Itzikowi... continue à s'améliorer pour la parole, les progrès ont marché de pair pour l'écriture et la lecture, il établit une relation entre le chiffre et la quantité.

1905. — Cet enfant a subi une véritable transformation dans l'espace de deux ans 1/2. Il est devenu complètement propre nuit et jour, comprend tout ce qu'on lui dit, parle encore avec difficulté mais d'une façon assez intelligible. Il travaille avec ardeur en classe, il est en bonne voie pour la lecture courante, écrit de mémoire un grand nombre de mots ainsi que les chiffres jusqu'à 100.

Ce malade qui à son entrée portait le diagnostic « d'*idiotie* » pourrait être classé parmi les *arriérés.*

XXI. Chai... (Louis), entré le 28 janvier 1898, âgé de 7 ans 1/2. *Mécrocéphale* à un degré très prononcé, atteint d'*idiotie* et d'*instabilité mentale. A son arrivée* l'enfant ne savêtements. Il était aussi turbulent, très indocile d'une attenvait pas exprimer ses besoins et souillait journellement ses tion presque impossible à fixer, éprouvant un besoin incessant de locomotion. On est parvenu à le faire rester assis en classe, l'attention sans être encore de longue durée est assez soutenue pour permettre de lui donner quelques notions classiques. Il a appris à s'habiller et à se déshabiller seul, sait lacer, boutonner, noue encore imparfaitement. Il est parvenu à tracer

des « O » assez régulièrement, enfin il manifeste aujourd'hui ses besoins et ne se salit plus jamais.

1899. — Chai... est en bonne voie d'amélioration.

1900. — L'instabilité est un peu moins grande qu'à l'arrivée; il apporte un peu plus d'attention aux exercices classiques; il vient maintenant en classe avec plaisir et travaille volontiers si l'on s'occupe exclusivement de lui, mais, dès que l'on passe à un autre enfant, il cesse de travailler, regarde à droite et à gauche et, finalement, se dérange de sa place pour aller taquiner ou frapper ses petits camarades. Et cependant Chai... n'est pas foncièrement méchant mais il a le goût du commandement et lui, qui est l'indiscipline en personne, morigène et corrige continuellement les autres enfants.

Apportant néanmoins une attention un peu plus soutenue, il a réalisé de notables progrès. Il trace régulièrement les principales lignes, quelques surfaces d'une façon très élémentaire, mais donnant parfaitement l'idée de la figure que l'enfant a voulu représenter, enfin il forme presque toutes les lettres et commence à les assembler.

Cet enfant qui, ayant quelques dispositions pour l'écriture, reproduit assez fidèlement un modèle donné, est incapable de suivre un tracé. (Nous avons plusieurs enfants dans ce cas). — La mémoire, des plus fugitives, fait oublier à Chai..., ce qu'il a appris assez vite la veille, aussi constatons-nous peu de progrès pour la lecture au syllabaire. Nous obtenons davantage à l'aide des lettres mobiles. La parole, chez cet enfant, continue à s'améliorer.

1901. — Les progrès continuent, Chai... commence à reproduire un modèle et à suivre les lignes ce que nous n'avions pu obtenir jusqu'à présent, il établit une relation entre le chiffre et la quantité correspondante.

1902. — L'instabilité mentale a diminué sensiblement, il écoute avec attention les leçons orales mais la mémoire est toujours très fugitive et empêche ses progrès pour la lecture.

1903. — La parole s'est beaucoup améliorée, notre élève construit des phrases, emploie les verbes et les pronoms et fait quelquefois des réflexions sur des faits qui se sont passés les jours précédents.

1904. — Chai... a fait beaucoup de progrès pour l'écriture, il reproduit tous les modèles, la lecture ne marche pas de pair, cependant nous constatons plus d'attention, il fait l'addition avec retenues.

1905. — Chai... se développe un peu intellectuellement dans l'ensemble, la lucidité s'accentue et se constate aux réflexions qu'il nous fait. Sa conversation est suivie, la parole est encore affectée d'un chuintement très prononcé. Il est travailleur et

préfère de beaucoup l'activité à l'immobilité de la classe. Il est en bonne voie pour la lecture. Chai... fait de mémoire de petites dictées, sait écrire les nombres jusqu'à 100, se rend compte des quantités, fait l'addition et la soustraction.

XXII. PARD... (Marcel), 4 ans 1/2, atteint d'*idiotie du second degré* compliquée d'*hémiplégie*. — A son *arrivée* (mars 1899), il serait resté des journées entières sans bouger de place, se balançant continuellement d'avant en arrière en poussant une sorte de plainte ininterrompue. Il ne parlait pas ou du moins ne disait que papa et pain avec beaucoup de peine et très rarement. — Il marchait lorsqu'on lui donnait la main mais, le quittait-on un instant, il restait immobile ne faisant plus un seul pas; nous faisions mine alors de nous éloigner et l'appelions; il pleurait, ne bougeait pas davantage et serait resté ainsi indéfiniment.

*Aujourd'hui* (1900), Pard... marche seul et court souvent; monte et descend les escaliers sans aide. Très en progrès également pour la parole, il répète et comprend maintenant tout ce qu'on lui dit, commence à parler un peu de lui-même. La voix est basse, caverneuse et l'articulation laisse beaucoup à désirer, mais enfin il parle avec à-propos, nous comprenons ce qu'il veut dire.

Le caractère devient plus enjoué et plus affectueux. Pard... commence à jouer avec ses petits camarades.

1901. — Cet enfant qui pleurait sans cesse, ne mangeait pas seul, gâtait nuit et jour est devenu tout à fait propre, il mange seul convenablement, joue avec ses petits camarades, il connaît et nomme les différentes parties de son corps. Comme exercices scolaires, nous n'avons encore rien obtenu.

1902. — Cet enfant est à l'isolement pour la teigne.

1903. — Pard... connaît maintenant les couleurs. La parole est moins défectueuse.

1904. — Notre malade s'habille et se déshabille seul, il sait lacer, boutonner, mais ne parvient pas à nouer, l'inattention est encore très grande.

1905. — Pard... connaît toutes les lettres, les chiffres, commence à tracer quelques bâtons très irréguliers. La parole continue à s'améliorer et nous obtenons un peu plus d'attention en classe.

XXIII. CHARM... (Victor), atteint d'*idiotie complète*, est entré le 27 juin 1892, âgé de 2 ans 1/2 (*Fig. 22*). *A son arrivée*, il gâtait nuit et jour; *la parole et la marche étaient nulles*. Ne mangeant pas seul, restant toute la journée dans un état somnolent, cet enfant semblait n'être doué que de la vie végéta-

tive. Peu à peu, lentement, les ténèbres qui enveloppaient son intelligence se sont dissipées, et enfin nous sommes arrivés à *ce résultat inespéré* de la lecture courante. En voyant la physionomie, encore si minable, de notre malade, on peut se rendre compte des difficultés que nous avons rencontrées. Malgré la difformité de ses *mains idiotes*, Charm... est parvenu à former

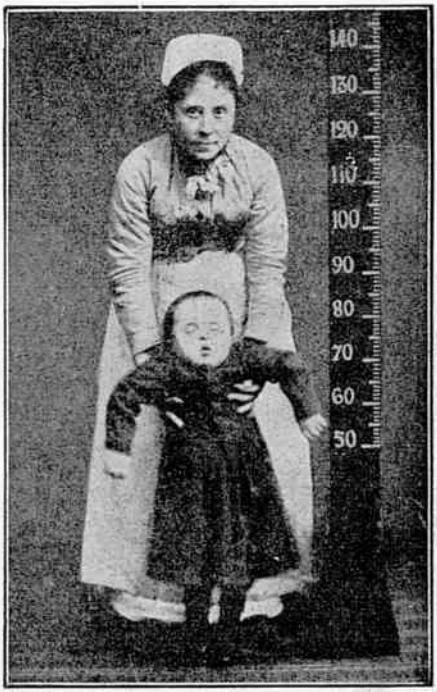



FIG. 22. — Charm.., à 2 ans 1/2 (1892).

une écriture assez lisible cette année (1901), ce que nous n'avions pu obtenir jusqu'à présent. (*Fig. 23* et *24*).

Il est vrai que, grâce au traitement persévérant des *douches en pluie* sur ses mains malades et toujours gonflées (1), elles ne se sont pas ulcérées comme les années précédentes; ses doigts se sont allongés et lui ont permis de tenir la plume.

Il fait l'addition et la soustraction sans retenues, mais n'en

(1) C'est là une des nombreuses applications de l'hydrothérapie que nous avons faites, dans notre service de Bicêtre, depuis 20 ans, et à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine.

comprend pas encore l'application. La parole est très améliorée, l'articulation est nette, il fait des phrases assez correctes, emploie à propos verbes et pronoms, mais ne converse pas volontiers. Ce n'est qu'au prix d'un effort qu'il répond aux

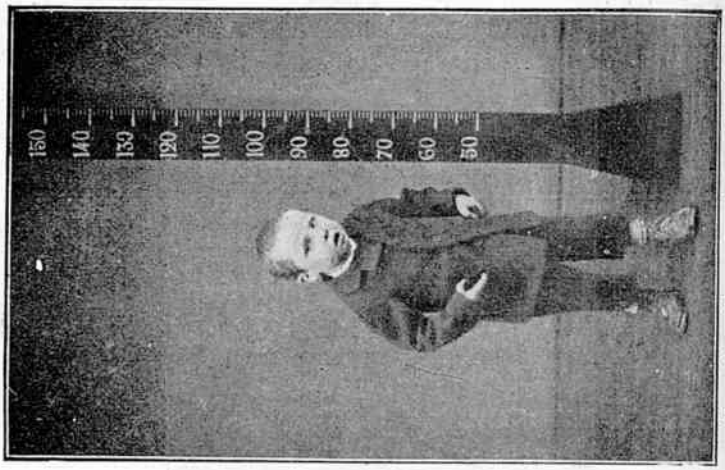



Fig. 24. — Charm..., à 6 ans 1/2 (1896).

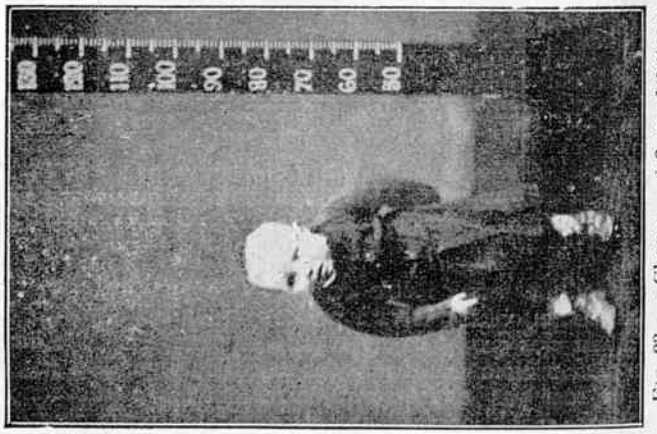


Fig. 23. — Charm..., à 3 ans 1/2 (1893).

questions qui lui sont posées. Il a de la mémoire et retient les leçons orales.

1902. — Ch... lit et comprend ce qu'il écrit, reproduit de mémoire, sur son cahier, un certain nombre de mots connus

de lui, tels que les jours de la semaine, les mois de l'année, etc...

1903. — Les progrès scolaires continuent; il distingue le

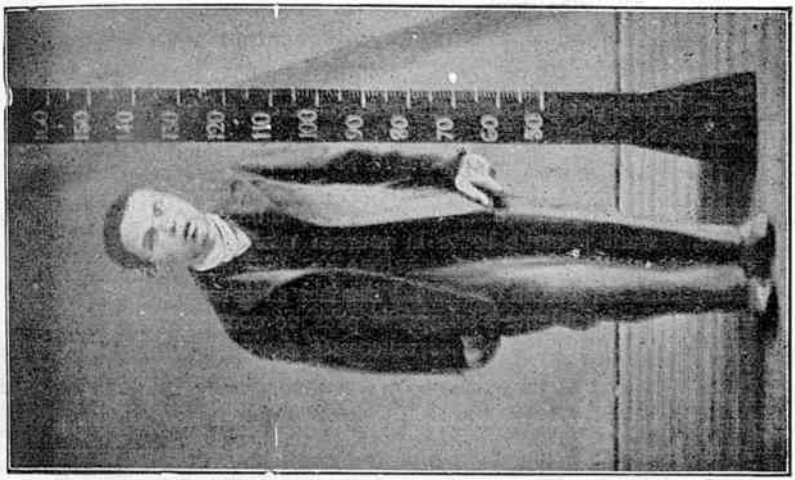


FIG. 26. — Charm... à 15 ans 1/2 (1905).

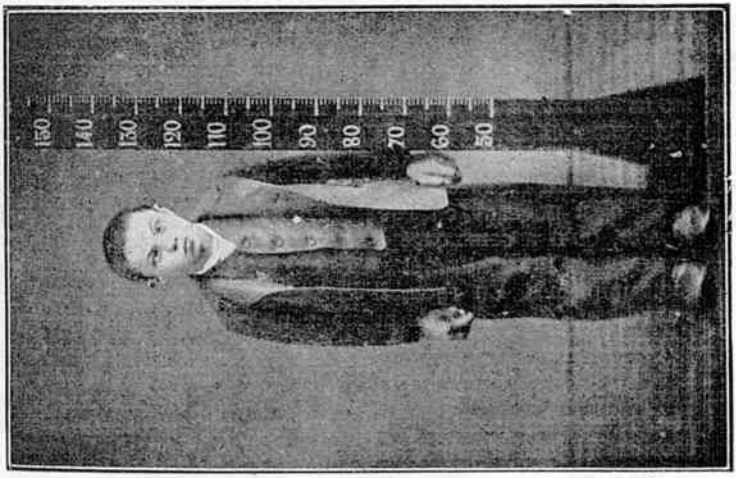


FIG. 25. — Charm.... à 13 ans 1/2 (1903).

masculin du féminin, le singulier du pluriel, fait l'addition avec retenues et la soustraction simple, assiste avec plaisir aux leçons de choses (*Fig.* 25).

1904. — La parole est presque normale; il lui arrive très souvent de causer avec les infirmières et raconte ce qu'il voit, principalement les méfaits de ses camarades. La manie de collectionner les chiffons et les papiers existe encore.

1905. — Les progrès sont très lents, mais continus. (*Fig. 26*).

1905, *décembre*. — Cet enfant a progressé pour l'orthographe, mais l'amélioration serait beaucoup plus accentuée s'il ne se livrait pas à l'onanisme dès qu'il croit ne pas être vu.

XXIV. Cott... (Henri), né le 18 mars 1890, âgé de 7 ans à son entrée, le 24 avril 1897. — *Idiotie complète:* gâteux, marchant avec difficulté, bredouillant d'une façon inintelligible, restant presque toute la journée plongé dans une sorte de demi-sommeil, indifférent à tout ce qui l'entourait: parole, jeux; nous ne parvenions pas à secouer sa torpeur. Une sorte de bave sanguinolente s'échappait presque continuellement des commissures des lèvres. Les mucosités du nez coulaient sans qu'il songeât à les essuyer. — Les sentiments affectifs ne semblaient pas exister, l'enfant voyait ses parents au parloir, les quittait sans que rien ne trahît le plus petit élan. — Nous avons avec lui, dans notre service, son frère aîné également très dépourvu, on n'aurait jamais soupçonné leur lien de parenté, tellement ils étaient indifférents l'un à l'autre.

Peu à peu, *avec une extrême lenteur*, nous avons vu l'engourdissement qui enveloppait notre malade se dissiper; la vie végétative a fait place à un peu d'animation. Il a commencé à s'habiller, à parler, à s'attacher à nous, à son frère. Devenu moins maladroit de ses mains, il nous a rendu quelques services dans les dortoirs; mais il restait encore absolument réfractaire à tous les exercices scolaires; la somnolence le prenait dès qu'il était en face d'un livre ou d'un cahier.

Ce n'est guère qu'en 1901, *c'est-à-dire après 4 ans de traitement*, qu'il a commencé à prendre goût, d'abord aux leçons orales, puis à l'écriture et au calcul et surtout à la lecture des mots imprimés. En 1902, il lit presque couramment, copie ce qu'il lit et écrit même de mémoire un certain nombre de mots imprimés. Il établit bien la relation entre le chiffre et la quantité, sait écrire les nombres jusqu'à 100, commence à se familiariser avec la monnaie. Il fait l'addition et la soustraction. Il tient conversation, sa parole a encore quelques légères défectuosités. Il joue et se montre assez docile.

1903. — Cot... est arrivé à la lecture courante.

1904. — Il continue à progresser lentement; il aime à rendre des services ménagers. Sa *parole* s'est beaucoup améliorée.

1905 — Cot... évolue avec lenteur, mais sans arrêt; l'amélioration est longue à obtenir, mais ce qu'il sait, il ne l'oublie pas; il a gagné pour l'orthographe et commence à avoir quelques notions de calcul et à compter un peu mentalement.

*Décembre.* — Les progrès continuent.

XXV. DESSERT... (Gabriel), né à Argenteuil le 5 septembre 1885, entré le 21 mai 1894.

*Imbécillité avec myopie, très prononcées.* Parole et marche singulières, gâte quelquefois le jour, *toujours* la nuit. Physionomie tout à fait ingrate, notions classiques presque nulles, ne connaît que ses lettres et un peu les chiffres; c'est ainsi qu'il confond le 6 avec le 10. Pendant le courant de l'année 1894, il a appris à lacer, nouer, boutonner, connaît toutes les couleurs et même le nom de quelques étoffes ainsi que les chiffres. Caractère un peu batailleur et criard, mais docile.

1895. — Dessert... a réalisé quelques progrès pour la classe; il commence à lire, mais l'écriture est à peine lisible.

1896. — Notre élève lit couramment, il fait l'addition avec retenues, il éprouve une grande difficulté pour tout ce qui est calcul. L'écriture semble s'être améliorée, mais est toujours défectueuse.

1897. — Cet enfant continue à apporter beaucoup de bonne volonté; ses progrès sont sensibles en orthographe; il fait avec intelligence de petits devoirs de grammaire, verbes et analyses.

1898. — Notre élève est arrivé à faire assez bien les deux premières opérations, l'écriture s'améliore de plus en plus; il assiste avec plaisir aux *leçons orales* et en profite.

1899. — Progrès lents mais continus. Son esprit, fermé jusqu'alors pour le calcul, semble s'ouvrir : il fait la multiplication. Plusieurs fois il a été surpris se livrant à des attouchements.

1900 et 1901. — Cet élève a assez bien travaillé pendant ces deux années; d'un naturel calme et studieux, il s'applique à tous les devoirs. Il a gagné pour l'orthographe et l'écriture, très peu pour le calcul. Il aime à rendre service et oblige volontiers ses camarades.

1902. — Les progrès continuent; Dessert... fait maintenant l'application de l'addition; l'esprit d'observation se forme, et en causant avec lui on est tout surpris du développement de l'intellect. — Caractère peu démonstratif.

1903. — Nous sommes satisfaits de cet élève qui apporte toujours de la bonne volonté pour tous les exercice scolaires. L'écriture qui était illisible est meilleure; il fait aussi moins

de fautes dans les dictées, il ébauche la rédaction, mais est toujours réfractaire au calcul.

1904. — Progrès peu marqués, cet enfant, *opéré d'une hernie*, ayant passé plusieurs mois à l'infirmerie.

1905. — Travailleur et obligeant, nous sommes toujours contents de lui. Il a une prédisposition naturelle pour l'orthographe; avec beaucoup de peine, il est arrivé à faire les opérations, ne sait encore faire que l'application de l'addition et de la soustraction.

*Décembre.* — Cet élève travaille toujours avec goût en classe.

XXVI. — Mill... (Emile) est entré le 10 août 1895, âgé de 9 ans. A son *arrivée* il était atteint d'*idiotie complète*, gâtait, ne savait pas s'habiller, mangeait à pleine main; il était d'une nature extrêmement paresseuse, somnolente et n'avait aucune notion classique. En 1896, il est *rendu propre*, mange plus convenablement, commence à s'habiller. — En 1897, il a appris à lacer, nouer, boutonner, à se laver les mains seul, à reconnaître les couleurs, les principales parties de son corps, presque tout le contenu des boîtes aux *leçons de choses*. — En 1898, il reconnaît et nomme les lettres, chiffres, surfaces : place bien les bâtonnets dans le casier, exécute bien les mouvements de la petite gymnastique. Dans le courant de 1899, il commence seulement à prendre goût à la lecture et à l'écriture, lit un certain nombre de nos mots imprimés et s'intéresse davantage à tous les exercices classiques.

En 1900, les progrès ont été très sensibles pour la lecture, l'écriture et le calcul. Cet enfant, dont l'amour-propre s'est éveillé, est heureux des progrès réalisés et travaille avec plaisir. Il lit et écrit un grand nombre de *mots imprimés* isolément; syllabe assez facilement; fait l'addition, la soustraction, commence la multiplication. L'écriture, très améliorée, est très lisible. Cet enfant est en bonne voie pour la lecture courante.

1901. — Mill... passe à la lecture courante. Il fait de petits exercices de grammaire, distingue le genre et le nombre, sait faire l'addition, la soustraction, la multiplication, commence à calculer mentalement, aime beaucoup à rendre service et s'en acquitte bien. Il a de l'amour-propre, est très sensible aux reproches et aux compliments.

1902. — Les progrès sont très marqués; il a surtout gagné pour l'orthographe, fait de petites dictées, verbes et analyses. Il a beaucoup de goût pour le calcul.

1903 et 1904. — Notre malade continue à progresser pour tous les exercices scolaires.

1905. — Progrès notables, surtout en calcul, il fait main-

tenant la division et l'application des deux premières opérations, commence la rédaction. Il va à l'*atelier de brosserie;* son patron est satisfait de son travail. Caractère toujours indiscipliné et impoli avec le personnel.

*Décembre.* — Mill... a pris un goût réel à la classe, aussi les progrès sont-ils satisfaisants.

XXVII. LEMAIT... (Georges) est entré en avril 1890, à l'âge de 13 ans et demi. — A son *arrivée*, cet enfant, atteint d'*idiotie profonde*, se trouvait presque au dernier degré de l'échelle de l'idiotie, ayant tous les tics et manies des idiots : parole nulle, poussant des cris sauvages, mordant ceux qui l'entouraient, gâtant jour et nuit.

Signalé déjà dans le *Compte rendu* du service de 1899, comme très amélioré, est enfin arrivé à lire couramment grâce à l'emploi simultané du syllabaire et des *mots imprimés* isolément.

L'écriture ayant marché de front, il copie chaque jour la leçon de lecture et écrit de mémoire un certain nombre de mots, tels que ceux qui concernent les *couleurs, nombres, jours* de la semaine, *vêtements, famille*. Lemaît... éprouve une grande difficulté pour le calcul; il commence cependant à faire seul l'addition.

La parole est encore défectueuse. Néanmoins notre malade a réalisé de sensibles progrès; il a acquis pendant cette *année* 1900 *ch, g, v, z, ill, gn, bl*; mais tous ces sons, bien articulés au commencement ou dans le corps des mots, sont nuls lorsqu'ils forment la syllabe finale muette. Ainsi Lemaît... qui dit très bien : blanc, bleu, tableau, dira : « ta » pour table, « por » pour porte; de même il dira « pa » pour paille; « vi » pour vigne, alors qu'il dit facilement bouillon, gagné.

1901. — Progrès satisfaisants pour la classe, il est arrivé à lire couramment; l'écriture devient plus lisible.

1902. — Cet enfant a fait des progrès pour les exercices classiques. Il a une mémoire extraordinaire pour l'orthographe des mots qu'il a lus. Il fait l'addition, la soustraction, ébauche la multiplication. Il fait quelques exercices élémentaires de grammaire. Il devient de plus en plus maniaque. Il ne faut jamais que rien vienne intervertir l'ordre des choses établi, sinon il est furieux. Si, pour une cause ou une autre, une des infirmières change son jour de sortie, il l'invective et bougonne toute la journée à ce sujet. Dans une promenade, si l'on ne revient pas par le même chemin que l'on a pris en allant, il se met en colère et récrimine pendant le trajet. Si le jour où l'on a l'habitude de faire une leçon orale de grammaire, on fait une leçon de choses, il est fâché, ne veut rien

écouter, ne répond que des bêtises aux questions qu'on lui pose et fait en sorte de troubler l'ordre.

Ses camarades, qui s'aperçoivent de sa bizarrerie de caractère, le taquinent souvent : alors ce sont des rages, il crie, trépigne, tape à droite, à gauche, tout ce qui l'environne (meubles et gens) et ne se calme que lorsque l'on fait signe de le conduire en cellule. — A l'entrée *idiotie complète;* aujourd'hui on poserait le diagnostic : *imbécillité.*

1903. — Les progrès sont lents, mais d'un semestre à l'autre, nous en constatons toujours quelques-uns. Il a appris à connaître l'heure, la monnaie, les poids et les mesures.

1904. — Rien de particulier à signaler sur Lemaît..., si ce n'est que son esprit rageur et original s'accentue de plus en plus.

1905. — Lemaît... a beaucoup gagné pour l'orthographe; il fait beaucoup moins de fautes et comprend mieux ce qu'il lit et ce qu'il écrit. — Caractère de plus en plus rageur et original.

XXVIII. Rob... (Maurice), né à Gentilly, le 29 mars 1887; est entré le 26 janvier 1893, *parlant à peine, ne sachant pas s'habiller* et n'*ayant aucune notion classique: Imbécillité, hémiplégie gauche.* (*Figures 27, 28 et 29*).

1894. — Il sait s'habiller, lacer, nouer, boutonner, connaît ses chiffres, ses lettres, il commence à lire; nous espérons qu'il passera d'ici peu à la lecture courante.

1896. — Rob... lit couramment, fait de petits exercices de grammaire, dictées, analyses, verbes; il paraît toutefois réfractaire au calcul; l'écriture laisse à désirer.

1897. — Cet élève a beaucoup progressé pour l'orthographe et la rédaction; il fait les quatre opérations, mais ne saurait les appliquer. (*Fig. 30.*)

1898. — Les progrès continuent; ils sont surtout assez sensibles pour le calcul; jusqu'à présent il éprouvait une grande difficulté pour comprendre les plus petits problèmes, aujourd'hui, il y a pris goût et fait l'application de l'addition et de la soustraction.

1899. — Notre élève ayant apporté un peu de nonchalance, nous n'avons pas réalisé les progrès que nous espérions. Caractère assez facile quoiqu'un peu rageur et bizarre: lorsqu'on lui adresse des reproches, il est pris d'une envie de rire qu'il a peine à contenir. (*Fig. 31 et 32*).

1900. — Il reprend goût à la classe; aussi les résultats sont-ils satisfaisants; il a de l'amour-propre et aime à rendre service; il va à l'atelier du *tailleur.*

1901 et 1902. — Les progrès s'accentuent. (*Fig. 33 et 34*).

1903. — Cet élève continue à bien travailler pour tous les




FIG. 27. — Rob..., à 5 ans 1/2 (1893).

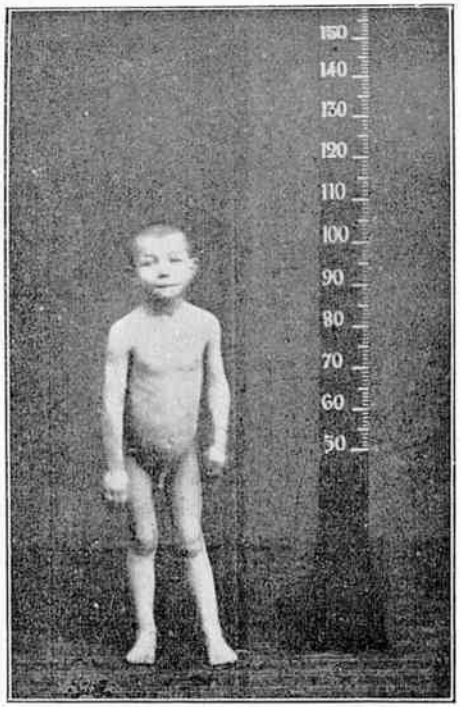



FIG. 28. — Rob..., à 5 ans 1/2 (1893).

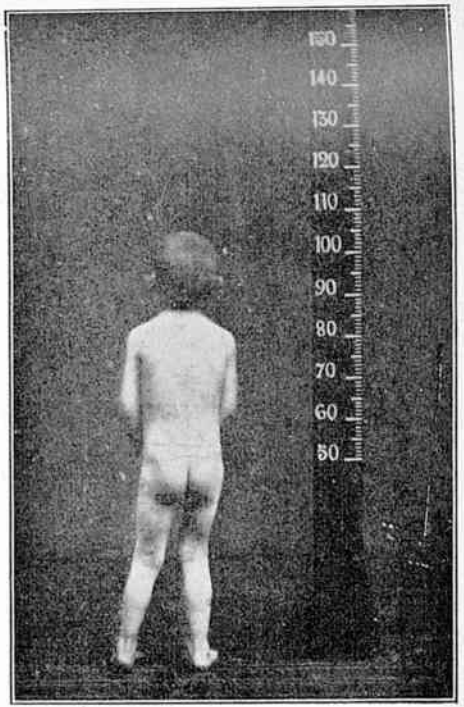



FIG. 29. — Rob..., à 5 ans 1/2 (1893).




FIG. 30. — Rob..., à 10 ans 1/2 (1897).

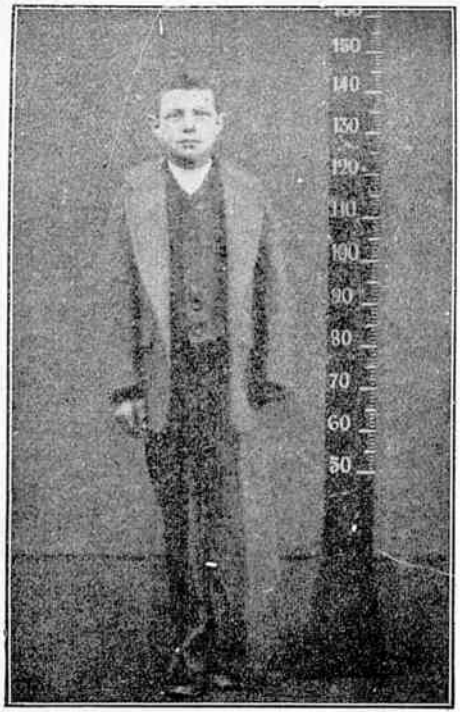



FIG. 31. — Rob.., à 12 ans 1/2 (1899).

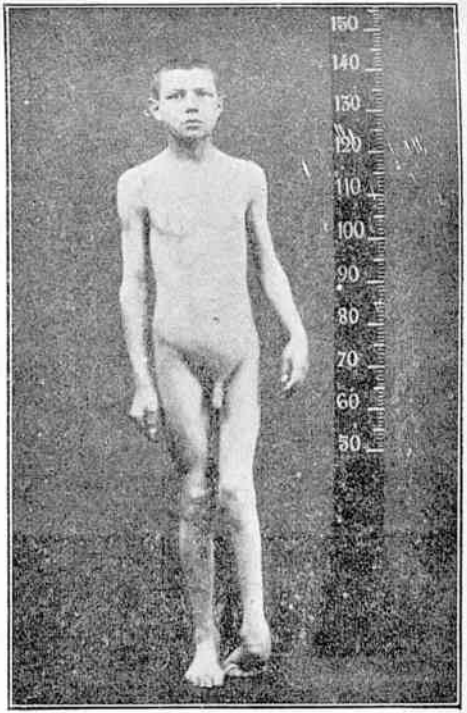



FIG. 32. — Rob..., à 12 ans 1/2 (1899).

exercices classiques; ses devoirs se rapprochent assez de ceux des enfants normaux; nous espérons pouvoir le présenter l'année prochaine au certificat d'études. (*Fig. 35, 36 et 37*).

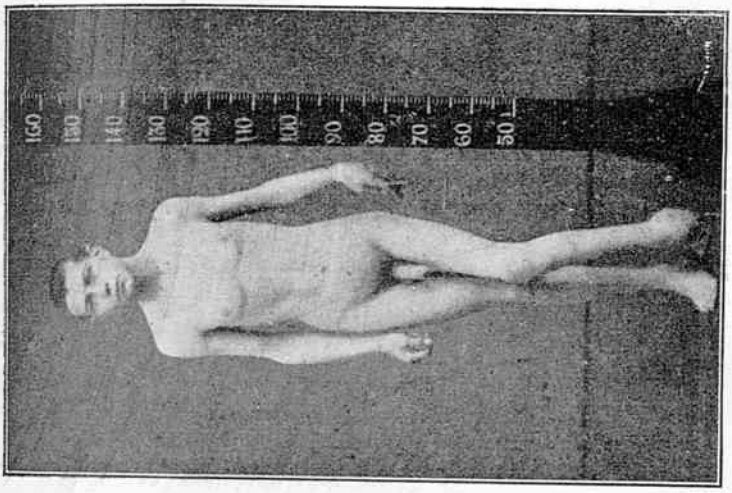


Fig. 34. — Rob..., à 14 ans 1/2 (1901).

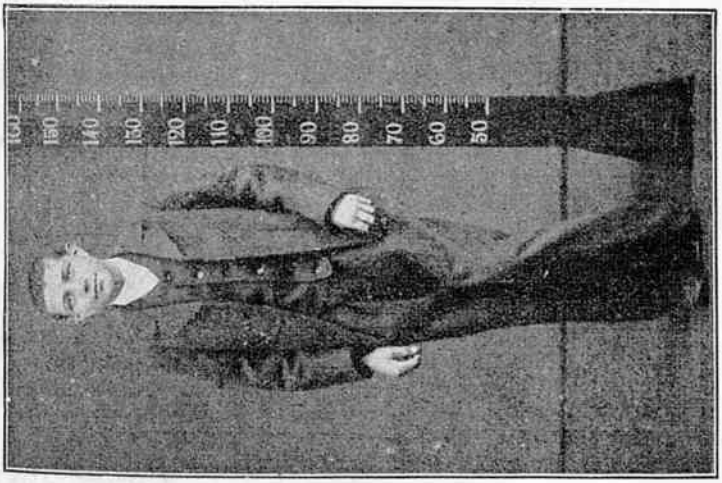


Fig. 33. — Rob..., à 14 ans 1/2 (1901).

1904. — Il a passé avec succès l'examen du certificat d'études et suit en ce moment les cours professionnels de l'école d'infirmiers et infirmières de Bicêtre.

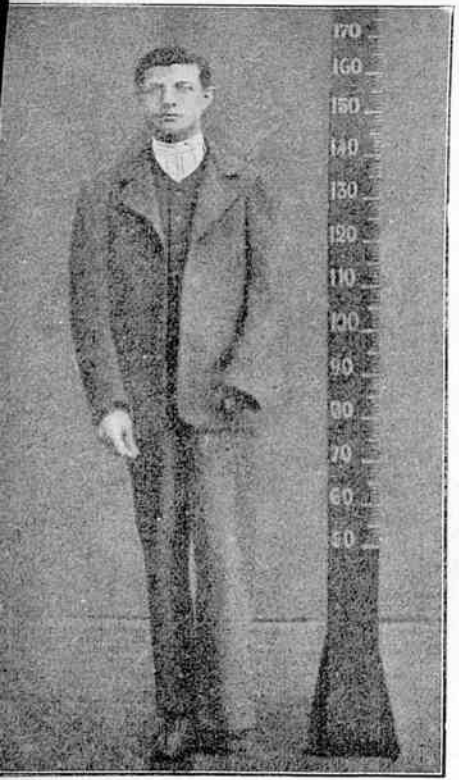


FIG. 35. — Rob..., à 16 ans 1/2 (1903).

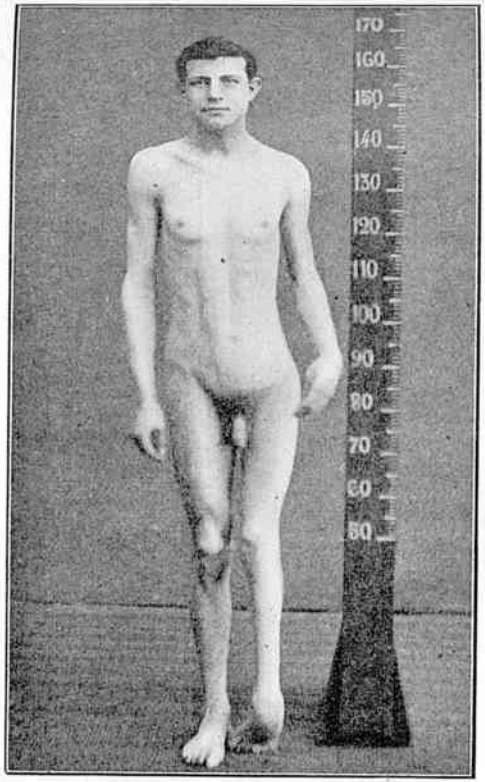


FIG. 36. — Rob..., à 16 ans 1/2 (1903).

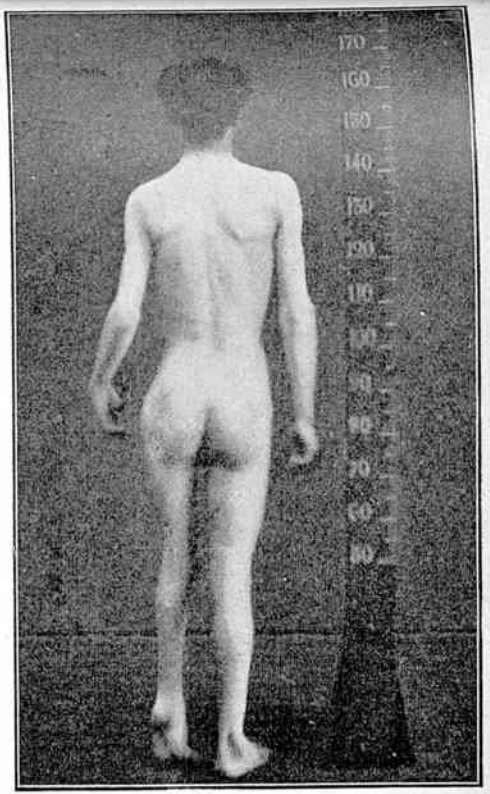


FIG. 37. — Rob..., à 16 ans 1/2 (1903).

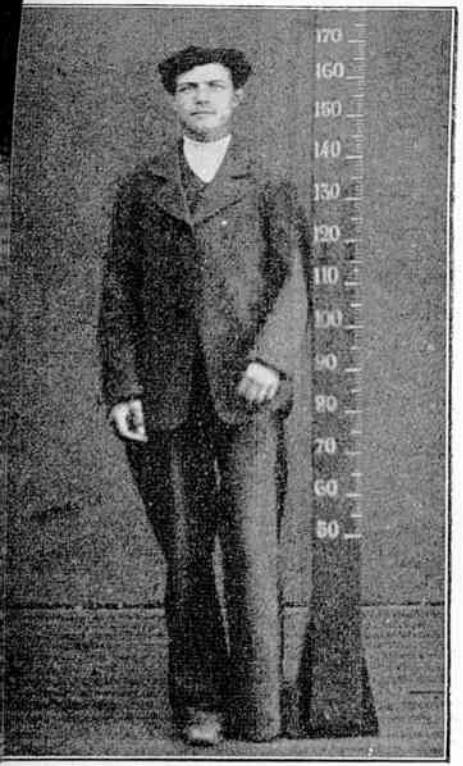


FIG. 38.— Rob..., à 18 ans 1/2 (1905).

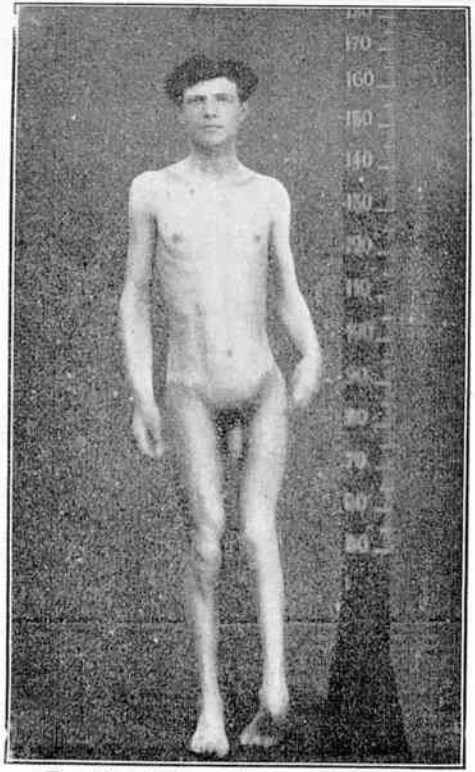


FIG. 39.— Rob..., à 18 ans 1/2 (1905).

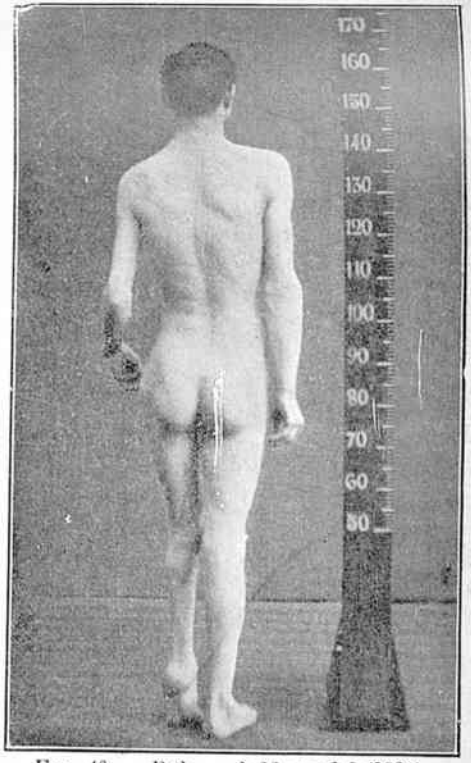


FIG. 40. — Rob..., à 18 ans 1/2 (1905).

1905. — Il a obtenu le diplôme d'infirmier (fin juillet) ; il a même remporté quelques prix ainsi que le livret *Gallois*.

*20 août.* — Rob... passe à la grande école. A l'atelier de couture, il fait complètement le pantalon et le gilet. (*Fig. 38, 39 et 40*).

XXIX. Poirs... (Marcel), *idiotie; hémiplégie droite*, entré le 27 juin 1893 à l'âge de cinq ans, gâtant nuit et jour, marchant péniblement, ne sachant pas s'habiller et n'ayant aucune notion scolaire.

1894. — Dans le courant de l'année cet enfant a été rendu propre, a appris à s'habiller, reconnaît toutes les lettres et les chiffres.

1895. — L'amélioration continue en tous points; notre élève est en bonne voie pour la lecture, écrit de la main gauche.

1896. — Poirs... lit couramment, mais ne comprend pas très bien ce qu'il lit, l'écriture est très régulière.

1897. — P... fait de réels progrès en toutes choses, sauf en calcul.

1898. — L'amélioration continue lentement, mais sûrement, la mémoire est lente, mais fidèle.

1899. — Notre élève a beaucoup gagné pour l'orthographe et semble moins réfractaire au calcul.

1900. — Le travail de cet enfant est régulier et il est très ponctuel pour ses devoirs, ses cahiers sont bien tenus, et bien que se servant de la *main gauche*, son écriture est très lisible.

1901. — Les progrès sont lents et ne sont obtenus qu'avec effort et continuité, il saisit difficilement ce qu'on lui explique, mais comme il apporte de l'attention et de la persévérance il arrive à un résultat satisfaisant. Caractère calme, docile, régulier, mais personnel.

1902. — Poirs... a beaucoup gagné pour l'orthographe, il fait aussi de petites rédactions et a acquis quelques notions d'histoire et de géographie.

1903. — Progrès très sensibles pour l'arithmétique, il résout assez vite et avec justesse un calcul mental, connaît bien toutes les mesures métriques et fait sans erreur les 4 opérations. Cet élève a en toute chose la conception lente, mais ce qu'il a une fois saisi, il le garde et ne l'oublie pas.

1904. — Poirs... étant très raisonnable, nous avons essayé à deux reprises de le placer au dehors, mais il n'a pu y rester à cause du *tremblement* dont est affectée sa main droite. Depuis le 1er décembre, il est, comme aide, chez un pharmacien du Kremlin.

1905. — Toute l'année, Poirs... est resté chez le patron où

nous l'avons placé, il est content de ses services. Il est entré chez lui à raison de 15 francs par mois, il l'a augmenté progressivement. Actuellement, il gagne 40 francs.

XXX. Couri... (Georges), 10 ans, atteint *d'imbécillité*. Pris à son arrivée en novembre 1896. Cet enfant, d'une inattention absolue, nous faisait souvent douter de sa lucidité par ses extravagances. D'une paresse excessive, il pleurait à sanglots lorsqu'il fallait travailler et dès qu'on ne s'occupait plus de lui il se couchait sur son cahier ou sur son livre et dormait. En juin 1897, nous commençons seulement à constater un peu plus d'attention et de bonne volonté. A partir de cette époque, l'*amélioration a continué, très lentement* il est vrai, *mais sûrement;* le caractère est devenu plus gai, plus communicatif et notre élève a commencé à prendre goût à la lecture. Enfin, connaissant maintenant tous les sons, il passe à la lecture courante, mais il sera long, croyons-nous, à lire tout à fait couramment. Il ne s'habitue pas à lire du regard un mot entier pour le prononcer ensuite à haute voix. Il détache chaque syllabe, qu'il lit lentement, en laissant un trop long temps d'arrêt avant de lire la suivante.

Couri... ne lit bien couramment que les *papiers imprimés*, qui sont pour lui un véritable amusement et sur lesquels nous comptons beaucoup pour graver dans sa mémoire la forme graphique d'un grand nombre de mots.

L'écriture, moins empâtée, a beaucoup gagné pendant ces derniers mois; toutefois, cet enfant commence seulement à pouvoir copier la leçon de lecture. A l'inverse de la majorité de nos élèves, l'écriture, chez celui-ci, est toujours restée très au-dessous de la lecture. Il a toujours une grande difficulté pour le *calcul* et n'arrive pas encore à faire complètement seul l'addition.

1900. — Il est en bonne voie pour la lecture courante, l'écriture a beaucoup gagné; avec beaucoup de difficultés nous arrivons à lui faire faire l'addition.

1901. — La lecture est devenue courante. Cet enfant d'une paresse extrême au début, travaille maintenant avec goût en classe.

1902. — Il fait de petites dictées, quelques exercices de grammaire qu'il comprend, ainsi que l'addition et la soustraction. Caractère toujours turbulent, indocile et menteur.

1903. — Les progrès continuent pour tous les exercices, sauf pour le calcul.

1904. — Couria... continue à faire des progrès scolaires, mais les extravagances de caractère s'accentuent; il semble prendre plaisir à dire des choses dépourvues de lucidité, ce qui le fait renvoyer de plusieurs ateliers.

1905. — Notre élève travaille avec goût en classe, il a moins de fautes dans ses dictées, fait les trois premières opérations, et ébauche la division, mais ne sait encore faire que l'application de l'addition. Caractère un peu moins extravagant depuis trois mois il va à l'atelier du *tailleur*.

XXXI. JES. (Edouard), né le 16 janv. 1886, âgé de 9 ans à son entrée, le 14 juin 1894, qui n'avait rien appris jusqu'en juin 1895, est arrivé à la lecture courante à la fin de l'année 1896, a acquis quelques notions de grammaire et de géographie, mais l'esprit reste absolument fermé pour le calcul. Cet enfant a toujours besoin d'être encouragé, au moindre signe d'impatience, à la plus légère remontrance, il se trouble et ne sait plus rien faire.

1897. — L'amélioration continue lentement.

1898. — Jes... passe à l'isolement pour la *teigne* et nous revient à la fin de l'année 1899.

1900. — —J... travaille avec beaucoup d'ardeur en classe et les progrès s'accentuent.

1901. — Grâce à sa bonne volonté ininterrompue, malgré un esprit lourd et s'ouvrant difficilement, notre malade fait des progrès notables pour l'orthographe et les leçons orales qu'il écoute avec beaucoup d'attention. *Toujours réfractaire au calcul*, il ne parvient encore qu'à faire l'addition. Caractère docile, sujet à des accès de pleurs et de rires sans cause bien déterminée.

1902. — Jes... est languissant, a maigri d'une façon inquiétante et l'amélioration est stationnaire.

1903. — Progrès lents mais continus. Nous l'envoyons dans divers ateliers où on refuse de le garder le jugeant beaucoup plus nul qu'il ne l'est.

1904. — La santé étant meilleure, Je... reprend goût à la classe, il a surtout gagné pour l'orthographe pour laquelle il a une aptitude particulière, il en est de même pour le calcul mental, il compte de tête avec une exactitude et une rapidité surprenantes.

1905. — J... travaille toujours avec goût et docilité en classe, il fait maintenant les 3 premières opérations et ébauche la division à un chiffre, la rédaction est très difficile à obtenir car il n'a pas d'imagination; sa conversation est nulle, il ne fait jamais de réflexions et ne répond qu'avec effort aux questions qui lui sont posées, la timidité et l'impressionnabilité sont excessives, presque maladives.

XXXII. GAVA... (Emile), né le 31 janvier 1890, âgé de 9 ans, *idiotie, nanisme*, s'est beaucoup amélioré intellectuellement et moralement.

A son *entrée* (26 mai 1899), il avait beaucoup de *mauvais instincts*, tels que le *vol*, le *mensonge*, la méchanceté envers ses camarades, la grossièreté et même l'obscénité dans ses paroles et dans ses chants.

Actuellement (déc. 1902), il est doux, poli, docile, affectueux. L'inclination au vol semble avoir disparu, il est encore taquin avec ses camarades, parfois une grossièreté lui échappe, mais ce qui était une habitude est devenu une exception. Il est studieux, fait avec goût tous les exercices scolaires; aussi ses progrès sont-ils notables. Il lit presque couramment, fait l'addition et la soustraction, écrit de mémoire sous forme de dictée un certain nombre de nos mots imprimés.

L'attention, qui semblait infixable au début, est maintenant assez soutenue pour lui permettre de profiter des leçons orales. L'onanisme qui était fréquent n'est plus que très rarement constaté. Le zézaiement, signalé à son arrivée, subsiste encore aujourd'hui.

1903. — Gavar... est arrivé à lire couramment il a progressé en tout, l'écriture est plus lisible, fait un peu de dictées quelques exercices sur le genre et le nombre, cet enfant a une obéissance immédiate mais sans durée.

1904. — Notre élève a beaucoup gagné pour le calcul, fait l'addition et la soustraction avec retenues et prend goût au jeu du marchand.

1905. — Les progrès chez cet enfant sont lents mais réguliers, il n'y a pas d'intermittence, il en est de même pour son caractère qui est toujours égal, il écoute bien les leçons orales et a acquis quelques notions d'histoire et de géographie. Il connaît l'heure et la monnaie. Très obligeant et travailleur, il rend beaucoup de services ménagers.

XXXIX. Ricqu... (Emile), 7 ans, né le 9 décembre 1893, atteint d'*idiotie profonde* et d'*hémiplégie gauche*. A son *arrivée* le 27 mai 1899, il gâtait jour et nuit. Parole limitée à papa, maman, pa pour pain. — Aujourd'hui (1900), il ne gâte plus; il exprime ses besoins. La parole à fait de grands progrès; il dit tous les jours des mots nouveaux mais avec une articulation encore très défectueuse. — Il s'habille et se déshabille seul sans pouvoir cependant lacer, nouer, boutonner. — Cet enfant, atteint à son arrivée de *dacnomanie* (ou manie de mordre), sans colère, sans cause aucune, pour le seul plaisir de mordre est enfin guéri de ce penchant.

1901. — Ricqu... signalé comme propre le *jour*, l'année précédente, est rendu propre la nuit.

1902. — R... a appris à lacer, boutonner, mais ne parvient pas encore à nouer.

1903. — Il place et nomme les couleurs, mais les progrès sont presque nuls, car il nous est impossible d'obtenir quelques minutes d'attention de suite, notre élève éprouvant un besoin de locomotion incessant.

1904. — Malgré la paralysie dont est affectée sa main gauche Ricqu... est arrivé à faire le nœud à rosette très habillement. Le caractère s'est un peu amélioré, il est moins pleureur.

1905. — Nous avons obtenu un peu plus d'attention: lorsque R... est bien disposé, il montre et nomme les principales parties de son corps et de ses vêtements. Il distingue un plus grand d'un plus petit, un objet lourd d'un léger.

XXXIV. Fél... (Léon), 13 ans 1/2, né le 2 juillet 1887, entré en mai 1890. Il était d'*idiotie prononcée*, compliquée d'*épilepsie* et d'*hémiplégie droite*.

A son *arrivée* (1899), Fél... se tenait à peine debout et gâtait jour et nuit. La parole, très défectueuse, était presqu'incompréhensible. Cet enfant a été rendu propre en 1893 et sa parole, très améliorée, commence, à cette époque, à être bien distincte, il forme de petites phrases. — En 1894, il s'habille et se déshabille seul, place les lettres, les surfaces, les couleurs. Il commence à former quelques lettres et chiffres en 1895. Toujours en mouvement, Fél... se balançait d'avant en arrière dès qu'on l'obligeait à rester assis.

En 1898, notre élève commence à prendre goût à la lecture. — En 1899, sous l'influence du traitement, *les accès d'épilepsie se raréfient* et *nous constatons en même temps une sensible amélioration* dans l'intellect de cet enfant. A partir de cette époque, la mémoire a paru se développer et les progrès en toutes choses s'en sont ressentis, principalement pour la lecture qui semblait être pour Fél.... d'une difficulté insurmontable, car nous avancions d'une page pour retourner de deux en arrière le lendemain. Enfin cette année il a fini par passer à la lecture courante. Il comprend ce qu'il lit mais pas toujours ce qu'il écrit. Il commence cependant à faire de petits exercices de grammaire. L'écriture est bonne et très lisible bien que l'enfant écrive de la *main gauche*, le côté droit étant paralysé. Pour le calcul, il fait l'addition avec retenues et commence la soustraction, mais nous éprouvons la plus grande difficulté à lui faire saisir le plus simple calcul mental. Tout ce qu'on est parvenu à apprendre à cet enfant n'a été obtenu qu'avec une grande dépense de peine et de temps, car il est beaucoup plus dépourvu qu'il ne le paraît de prime-abord.

1901. — La lecture devient plus courante, l'amour-propre semble s'éveiller.

1902. — Fél... commence à acquérir quelques notions de grammaire mais jusqu'à présent, il nous a été impossible de lui faire écrire de mémoire la plus petite dictée, même celle des mots qu'il écrit journellement.

1903. — Les progrès sont toujours extrêmement lents, tout exercice nouveau, si simple soit-il, semble une montagne à aplanir. Chez presque tous nos enfants les débuts sont arides et pénibles, mais une fois les premiers résultats obtenus, il se produit généralement une sorte de détente et nous éprouvons des difficultés moindres; chez Fél... les années se succèdent et l'amélioration est aussi difficile à obtenir qu'au commencement; aussi notre élève se décourage-t-il souvent et a besoin d'être remonté pour lui faire reprendre confiance en lui-même. Il arrive à faire l'addition avec emprunt et la soustraction simple, mais ne saurait en faire l'application, il connaît l'heure, la monnaie et prend goût aux exercices ménagers.

1905. — Les progrès scolaires sont peu sensibles, mais il apporte beaucoup de goût au travail manuel et s'y prend très adroitement. Dans l'état général nous constatons une amélioration assez sensible, il y a plus de lucidité dans le raisonnement, plus de calme, il a mis sou à sou ce qu'il gagnait de côté pour s'acheter une montre « objectif de ses désirs depuis plusieurs années ». Il aime à faire le moniteur et à s'occuper de ses camarades.

XXXV. Marcil... (André), né le 13 octobre 1893, entré le 20 décembre 1903. *Arriération mentale, chorée, strabisme, affaiblissement du bras gauche.* L'état nerveux de cet enfant s'est modifié favorablement: la chorée n'existe pour ainsi dire plus. Très en retard pour son âge, André a bien travaillé pendant l'année, il lit couramment et pour tous les exercices scolaires a fait des progrès notables; il fait les trois premières opérations et commence à en faire l'application. Il calcule assez vite mentalement et est un de nos plus habiles dans le jeu du marchand.

1905. — Notre élève fait des progrès pour l'orthographe. L'écriture s'est améliorée. Il fait les 4 opérations et l'application de l'addition. Il apporte beaucoup de bonne volonté pour tous les exercices scolaires et est assez docile, commence à rendre quelques services ménagers.

XXXVI. Pel... (Léon), né le 9 mars 1891. *Idiotie du second degré, sclérose en plaques.* A son entrée (1896) ne se tenait debout que soutenu sous les bras, ne mangeant pas seul, gâtait nuit et jour et parlait avec difficulté. Cet enfant à commencé en 1897 à se tenir debout dans un chariot et à se servir de la cuiller. En 1898, la marche est devenue plus assu-

rée, les mains moins maladroites. En 1899, il est parvenu à se déshabiller seul et à parler plus intelligiblement. Il gâtait encore très souvent jour et nuit.

*Actuellement* (1901), il a plus d'équilibre dans la marche, il est tout à fait propre le jour; s'habille complètement seul, tient conversation, emploie les verbes, les pronoms, fait des réflexions sensées. Il a pris goût à la classe, connaît et nomme toutes les lettres de l'alphabet ainsi que les chiffres, les couleurs et les surfaces.

Il s'intéresse aux *leçons de choses* et distingue un certain nombres d'objets. Il sait lacer, boutonner, compter les objets jusqu'à 10. Pour l'écriture nous n'avons encore rien pu obtenir en raison du tremblement dont il est affecté. Cet enfant a été notablement amélioré pour la parole.

1902. — Il commence à syllaber et à compter; l'intellect se développe, il parle, raisonne et fait part de ses réflexions, il a beaucoup d'amour-propre.

1903. — L'amélioration continue lentement mais sans arrêt. La parole est plus nette.

1904. — Il est rendu propre. Les progrès réalisés en classe sont plus satisfaisants. Il prend goût à la lecture, lit quelques papiers, commence à établir une relation entre le chiffre et la quantité. Caractère sournois très difficile, mauvais et grossier. L'écriture très défectueuse est due à son *tremblement (sclérose en plaques).*

1905. — Pell... prend de plus en plus goût à la classe. Il désire vivement apprendre à lire et fait tous ses efforts pour cela. Il est plus docile et ne cherche plus, comme autrefois, à troubler l'ordre et à détourner l'attention des autres élèves, aussi les progrès sont assez sensibles mais, malheureusement, l'impossibilité de le faire écrire empêche tous les exercices d'aller de pair. La marche semble être plus assurée.

XXXVII. Beauti... (H. Ch.), né le 29 janvier 1893. *Imbécillité.* Entré le 15 février 1902, à l'âge de 9 ans, commençait à lire par monosyllabes, recopiait assez difficilement un modèle, savait faire l'addition simple.

1903. — Un peu de progrès en toutes choses, il ébauche la dictée et quelques exercices de grammaire, fait les deux premières opérations, mais ne saurait en faire l'application.

1904. — L'amélioration très lente, notre élève est languissant et passe une partie de son temps à l'infirmerie.

1905. — La santé de Beaut... est plus satisfaisante, aussi ses progrès s'en ressentaient. Il a beaucoup gagné pour l'écriture, l'orthographe et surtout le calcul, il sait faire l'application des quatre opérations, il compte vite mentalement et est

un des plus habiles au jeu du marchand. Il va à l'atelier de brosserie et rend habilement quelques services ménagers.

XXXVIII. MICH... (Victor), 11 ans, né le 18 sept. 1894, entré le 2 mars 1904. *Hydrocéphalie, nanisme, idiotie simple. A son arrivée*, gâtait toutes les nuits et souvent le jour, marchait avec peine, parlait avec volubilité, comme un perroquet, répétant des phrases toutes faites dont il ne comprenait pas le sens.

*Actuellement*, il est propre le jour et la nuit, est moins loquace, parle avec plus de lucidité; la somnolence que nous avons eu à vaincre au début a presque disparu. Victor travaille avec plaisir en classe, est en bonne voie pour la lecture, trace toutes les lettres et les chiffres et ébauche même l'addition.

Notre malade apporte de l'attention et ferait des progrès beaucoup plus rapides si sa mémoire était plus fidèle; mais ce qu'il sait parfaitement un jour est oublié le lendemain, ce qui nous oblige à revenir souvent en arrière.

1905. — Progrès assez sensibles pour la lecture, l'écriture a gagné, il reproduit assez facilement un modèle, il sait écrire les nombres jusqu'à 70, établit une relation entre le chiffre et la quantité correspondante, la mémoire est toujours fugitive.

XXXIX. SOMBR... (Marcelle), née le 16 mars 1897, est entrée en octobre 1904, à l'âge de 7 ans 1/2. Cette enfant était atteinte d'*imbécillité avec perversions instinctives*, onanisme, incontinence nocturne d'urine, accompagnée souvent de gâtisme complet. La *physionomie* paraissait beaucoup plus expressive que ne le comportait la réalité, car, en somme, l'enfant était très arriérée. Elle avait des moments d'*excitation* nerveuse, pendant lesquels elle se livrait à des jeux désordonnés, à des actes de *cruauté* envers ses compagnes et à toutes sortes d'excentricités. Elle était sournoise et menteuse, n'avait aucun sentiment d'affectivité. — Au point de vue classique, elle connaissait ses lettres et ne faisait que commencer à syllaber. Elle ne savait pas compter; n'écrivait que d'après un modèle, son écriture était à peine lisible. Son indifférence en toutes choses, son entêtement, son manque complet d'attention, son insensibilité aux réprimandes, tout en elle faisait présumer de nombreuses difficultés pour obtenir quelques résultats, soit au point de vue classique, soit au point de vue moral.

1905. — Sous l'influence du traitement, des résultats sérieux ont été obtenus. Peu à peu ses mauvais instincts se sont dissipés. Plus d'onanisme. Plus d'excitation nerveuse, comme au début. Elle ne cherche plus à faire du mal à ses

compagnes. Elle est devenue affectueuse et reconnaissante. En même temps que ses perversions disparaissent, son intelligence se développe; elle fixe son attention sur tout ce qui lui est enseigné. Elle lit couramment, écrit très lisiblement, fait l'addition et la soustraction, des devoirs de grammaire et commence à faire de petites dictées. Elle s'intéresse beaucoup aux leçons de choses. Elle aime à se rendre utile. Elle va à la couture et fait bien la gymnastique. Elle a encore de l'incontinence nocturne d'urine, mais ne gâte plus. L'enfant est donc, sous tous les rapports, en bonne voie d'amélioration.

XI.. Wol... (Jeanne), née le 18 août 1891. Entrée en janvier 1904, à l'âge de 12 ans. Cette enfant était atteinte d'*imbécillité à un degré très prononcé. Inertie* et *mutité* presque complète. Incontinence nocturne d'urine. Elle était triste, ne se donnait aucun exercice, tous ses mouvements étaient lents. Elle n'était capable d'aucun travail manuel. Aucune aptitude pour l'étude; ne connaissait pas une seule lettre et ne savait même pas tenir un porte-plume. La physionomie était sans expression, d'un aspect mélancolique, les yeux sans vivacité.

1905. — Depuis quelque temps, il se produit chez cette enfant un certain développement. Elle se donne de l'exercice, joue, saute et court avec ses compagnes; ses mouvements sont moins lents. Elle est devenue plus gaie. Elle s'occupe principalement des soins du ménage; elle fait son lit seule, enlève la poussière des portes, des chaises, des lits de son dortoir et le fait très minutieusement. Elle va à l'ouvroir et aime à coudre. Elle sait faire des ourlets, des boutonnières et poser des boutons. Mais elle se sert de la main gauche, ce qui rend le travail plus lent et plus difficile; l'enfant s'obstine à ne pas se servir de la main droite, bien qu'elle ne soit point paralysée. Elle aime la gymnastique et essaie de faire tous les mouvements. Ce qui laisse le plus à désirer, c'est la classe. La parole étant très défectueuse, il lui est très difficile d'articuler les lettres franchement et d'émettre les sons. Sa voix est nasillarde, ce qui contribue encore à rendre l'enseignement de la lecture très difficile. Tous ces obstacles découragent l'enfant, elle manquerait de goût pour l'étude. Enfin, elle connaît toutes les lettres, commence à écrire. Elle distingue bien toutes les couleurs, reconnaît les légumes secs et verts, et les différentes variétés de pâtes alimentaires, en un mot tout ce qui est contenu dans les tiroirs des leçons de choses.

L'enfant n'urine plus au lit. La physionomie est moins triste, les yeux sont beaucoup plus vifs. *Amélioration notable*

au point de vue du caractère, des travaux manuels et de l'incontinence d'urine.

XLI. GORRÉGU... (Désirée), née le 25 novembre 1897, entrée à la Fondation Vallée en juillet 1904, à l'âge de 6 ans 1/2. — *Idiotie* avec troubles du langage et turbulence par intervalles, avec absence complète de mémoire. — Le caractère était extrêmement timide et craintif, ce qui donnait à la physionomie un air hébété et sournois; elle ne se livrait à aucune expansion, n'était nullement affectueuse. Les soins concernant sa toilette lui étaient complètement inconnus; en un mot elle laissait à désirer principalement au point de vue intellectuel. En classe il était très difficile, sinon impossible de fixer l'attention de l'enfant, la moindre observation la faisait rougir et pâlir tour à tour et l'on aurait pu croire à la voir ainsi qu'elle avait été l'objet de mauvais traitements; avait-on la moindre observation à lui faire, aussitôt les membres étaient pris d'un tremblement convulsif. Il fallait employer les paroles les plus douces pour la consoler et la rassurer. On renonçait presque à obtenir chez l'enfant le plus petit développement intellectuel.

1905. — Un grand changement s'est cependant opéré, la crainte a disparu et son excessive *timidité* tend également à disparaître. Le caractère est devenu doux, serviable et affectueux, le regard a perdu cet air sombre et sournois qui la caractérisait au début, l'attention se fixe facilement aujourd'hui. Désirée prend goût aux différents exercices classiques, a une certaine mémoire et l'on remarque une certaine émulation; elle a le désir d'arriver rapidement et plus vite que les compagnes de sa division. Elle qui, au début, ne connaissait aucune lettre alphabétique, sait aujourd'hui syllaber, tout porte à croire que sa lecture sera courante d'ici peu; elle forme bien les lettres, elle copie très lisiblement, connaît tous les chiffres et cherche à comprendre l'addition. Elle est devenue vive et alerte et les progrès ne se sont pas bornés aux études classiques; la gymnastique marche de pair, elle exécute avec agilité et souplesse, les différents mouvements. Elle procède fort bien aux soins de sa toilette; elle a de l'ordre et sa tenue ne laisse rien à désirer. Les résultats déjà obtenus sont de bons présages pour l'avenir. — *Amélioration.*

XLII. DÉL... (Augustine), née le 28 août 1899, placée à la Fondation Vallée, en juillet 1904, à l'âge de 5 ans, atteinte d'*imbécillité* avec turbulence. Sans être complètement dépourvue d'intelligence, l'enfant laissait beaucoup à désirer tant au point de vue intellectuel que physique. Le caractère hardi

et enjoué vis-à-vis de ses compagnes devenait subitement timide à l'égard du personnel. Ses réponses aux questions posées devenaient embrouillées, presque inintelligibles, alors que quelques heures auparavant, ne se sachant pas observée, elle bavardait et riait sans crainte; il était en un mot bien difficile de se rendre compte de ce caractère bizarre. Elle s'habillait et se déshabillait seule, mais le faisait maladroitement. En classe, Augustine n'avait aucune stabilité, ne pouvait tenir en place et l'on n'obtenait aucune attention.

1905. — Dix-huit mois se sont écoulés; durant ce temps l'enfant a fait des progrès qui méritent d'être signalés particulièrement. Le caractère timide est devenu affectueux, gai, expansif. Elle se donne elle-même et avec plaisir les soins concernant sa toilette, ce qu'elle ne faisait pas au début; elle s'habille et se déshabille seule, fait son lit, cire ses chaussures. — En classe elle est devenue obéissante, la turbulence s'est modérée doucement et l'enfant s'est intéressée aux objets classiques, puis l'intelligence se développant petit à petit, Augustine a pris goût à l'étude, elle qui ne connaissait pas la première lettre de l'alphabet sait aujourd'hui syllaber parfaitement, lit presque couramment, l'écriture est lisible; l'enfant commence à copier, prend plaisir à tous les exercices classiques, voudrait même dépasser ses petites compagnes qui sont à peu près de la même force. Elle a également beaucoup d'aptitudes pour la gymnastique, exécute les différents mouvements avec une agilité et une souplesse étonnantes. Elle a beaucoup de goût pour la couture et, quoique bien jeune, elle tient convenablement son aiguille et s'y prend fort bien. En somme *amélioration notable.*

LI. Niéd... (Henriette), née le 4 novembre 1895, entrée à la Fondation Vallée le 26 novembre 1903, à l'âge de 8 ans, atteinte d'*imbécillité* avec nombreuses *perversions des instincts* (mensonges, vols, vagabondage), renvoyée de l'école. Emission inconsciente d'urine. D'après ce diagnostic, il était permis de douter d'une grande amélioration chez cette enfant. Elle n'était pas patiente avec ses compagnes, parlait fort peu avec le personnel, n'aimait pas le jeu et restait plutôt inerte et pensive, elle était surtout triste et taciturne; en un mot, Henriette n'avait pas le caractère d'une enfant de son âge.

Elle s'habillait avec peu de goût, procédait tant bien que mal à ses ablutions; les soins du ménage, de même que les travaux manuels, tout était inconnu pour elle. Elle urinait quelquefois au lit. Ajoutons surtout qu'elle était tout à fait nulle en classe, connaissait à peine les lettres et les chiffres.

1905. — L'enfant mise en traitement a réalisé des progrès

surprenants. Elle est devenue douce et affectueuse, serviable dans la mesure du possible. Elle s'accorde fort bien avec ses compagnes, ses jeux n'ont rien d'anormal; elle raisonne comme un petit personnage et ses réflexions sont assez justes; on remarque même qu'elle a un certain discernement. Elle n'est pas un brin méchante, une certaine activité et un enjouement ont remplacé cette inertie et cette tristesse. Elle s'habille avec attention, procède comme une grande personne à toute sa toilette, sa tenue est irréprochable. Enfin, ses progrès en classe méritent surtout d'être particulièrement mentionnés.

Nied... lit couramment, écrit lisiblement, connaît les trois premières opérations de l'arithmétique et fait des petites dictées. Ses progrès ont donc été rapides en toutes choses. La gymnastique ne le cède en rien à la classe, N... exécute tous les mouvements avec beaucoup d'agilité. Elle s'y prend fort bien pour la couture, repasse avec goût et lave avec soin. Cette enfant qui présentait à son entrée de nombreux désordres pathologiques peut entrer aujourd'hui dans la catégorie des simples *arriérées intellectuelles.*

LII. Naissa... (Louise), née le 30 mars 1890, entrée à l'Asile en décembre 1902, à l'âge de 12 ans, atteinte d'*épilepsie, imbécillité légère,* avec incontinence nocturne d'urine. Le caractère était assez doux, sérieux, souvent triste et maussade et par-dessus tout dissimulé. Elle ne savait rien faire comme soins de ménage, l'idée ne lui venait même pas d'aider à balayer, à essuyer, etc., comme font beaucoup de nos petites malades. Elle se donnait les soins de toilette nécessaires, mais s'arrangeait sans goût. Les ouvrages manuels allaient lentement, elle ne manquait pas d'adresse pour l'ouvroir, repassait assez bien, mais ne savait pas laver. — Elle avait des souvenirs historiques et géographiques peu précis, faisait des problèmes sur les quatre règles, l'orthographe laissait à désirer, elle rédigeait médiocrement un simple devoir de style. Aucune notion de gymnastique.

L'enfant mise au traitement médico-pédagogique s'est modifiée sous bien des rapports. *Les accès épileptiques ont complètement disparu;* elle n'a plus d'incontinence d'urine depuis six mois.

Le caractère présente encore quelques irrégularités, elle est susceptible, nonchalante, c'est une enfant qui a besoin d'être stimulée en tout et pour tout; il faut surtout employer la voix de la persuasion pour obtenir quelques résultats au point de vue moral. Il faut faire appel à sa raison et réveiller les heureuses dispositions qui paraissent être à l'état latent dans son cœur; enfin comme toujours éviter toute contrainte.

Louise devient plus ouverte et surtout plus gaie, plus alerte. Elle s'intéresse aux soins donnés aux enfants, aime beaucoup les plus petites, de même qu'elle s'occupe aux soins du ménage. Elle est adroite pour la couture, travaille très bien quand elle veut s'en donner la peine. Elle repasse soigneusement et lave de même. — Elle est la première en gymnastique, elle qui au début n'avait aucune notion. Elle commande tous les exercices, tous les mouvements et au besoin remplace le Professeur quand il est absent.

Elle a également fait des progrès en calcul, style et surtout en orthographe et a obtenu le *Certificat d'études* primaires devant la Commission cantonale.

Elle suit les cours professionnels d'infirmières et on espère qu'elle obtiendra le Diplôme à la fin de l'année scolaire.

LIII. PICHEL... (Marguerite), née le 4 janvier 1891, entrée dans notre service en juin 1904, à l'âge de 13 ans, atteinte d'*arriération intellectuelle, avec perversions instinctives*, inventivité et mensonges. — Cette enfant avait une absence presque complète de sensibilité; elle était très dissimulée; c'était en vain qu'on cherchait à savoir quelle était sa conduite avant son arrivée parmi nous. Elle se tenait sur la réserve et détournait aussitôt la conversation. Elle causait de sa mère en termes peu favorables et disait des choses invraisemblables, elle avait l'esprit d'inventivité à un degré prononcé. Elle était atteinte de *kleptomanie*. Très turbulente et très bruyante en récréation, très bavarde en classe, elle exigeait une surveillance de tous les instants. Elle savait les quatre règles, commençait à peine à faire des problèmes de récapitulation, son écriture était très défectueuse, l'orthographe très faible et la rédaction fort médiocre; ses souvenirs en histoire et géographie n'étaient pas très nets; la gymnastique allait lentement. Elle causait assez bien. Elle ne savait ni repasser ni laver. Enfin, l'enfant présentait de nombreuses anomalies au point de vue du caractère. De réels obstacles se dressaient donc devant nous pour amener une amélioration morale. Marguerite s'est cependant amendée, peu à peu, elle a pris goût au ménage, s'est intéressée aux soins à donner aux plus jeunes; on lui a donné quelques emplois concernant le travail corporel surtout; de sorte que notre malade a moins songé à dire de ces paroles plus ou moins désobligeantes à l'égard de sa famille, on lui a fait sentir surtout le respect dû à ses parents. Marguerite en a été émue et plusieurs fois nous avons vu ses larmes couler en songeant à la peine qu'elle avait fait à sa mère. La corde sensible était touchée, cette pensée l'a beaucoup retenue.

Elle a travaillé avec goût, elle a appris à bien faire un ménage, elle sait laver et repasser. Elle coud assez bien, mais la couture n'est pas son occupation préférée; il faut à cette enfant des travaux qui exigent du mouvement. Elle fait bien la gymnastique, elle a réalisé de réels progrès en classe, puisqu'elle a obtenu le *Certificat d'études* en mars 1905. Elle suit avec assiduité les cours de l'*Ecole d'infirmières* et nous espérons qu'elle obtiendra son diplôme à la fin de l'année scolaire. Marguerite paraît très satisfaite de ses succès, elle espère à juste titre pouvoir rentrer dans sa famille d'ici peu et occuper son rang dans la société.

LIV. Devau... (Ida), née le 16 janvier 1890, entrée en octobre 1899, à l'âge de 9 ans, atteinte d'*idiotie profonde avec surdi-mutité*, parole et marche nulles, gâtisme complet. — Cette enfant ne comprenait absolument rien, elle pleurait sans motif, de même qu'elle riait aux éclats sans savoir pourquoi; elle était incapable de s'habiller et de se déshabiller, ne savait ni lacer, ni boutonner, elle gâtait nuit et jour. *Elle ne pouvait faire un pas, ni se tenir debout* sans l'aide d'une personne. Rien ne pouvait faire présager la moindre amélioration chez elle.

L'enfant mise en observation dès le début et traitée immédiatement pour le gâtisme qui consiste à placer les enfants régulièrement sur les sièges avant et après les repas, puis à des heures fixées dans ces intervalles, est devenue tout à fait propre; peu à peu le gâtisme a complètement disparu le jour, puis la nuit; depuis deux ans le gâtisme a pu être supprimé. Elle a également suivi les exercices de la marche: barres parallèles, chariots, balançoire, tremplin, etc., de sorte que l'enfant marche seule, suit les enfants au préau et dans les divers exercices sans aucune difficulté. Enfin, elle s'habille et se déshabille seule, s'arrange avec soin, aide même les petites qui ne peuvent le faire, procède entièrement à sa toilette. Le caractère est doux et affectueux, l'enfant a toujours un bon sourire pour témoigner sa reconnaissance. Malheureusement la classe est restée en arrière, l'enfant ne possédant qu'un faible degré d'intelligence et étant sourde-muette, l'école est très difficile; elle s'intéresse cependant aux leçons de choses, place les lettres et les chiffres sans trop les connaître. Elle commence à faire quelques ourlets.

Avec cette malade, nous n'avons pu réaliser, hélas! les progrès que nous aurions désirés, mais nous pouvons dire, malgré tout, qu'elle est *notablement améliorée* au point de vue de la marche, du gâtisme et de l'habillement (Déc. 1905).

LV. Léout... (Jeanne), née le 14 novembre 1887, entrée

à la Fondation Vallée en décembre 1901, à l'âge de 14 ans, atteinte d'*imbécillité*, incapacité de se diriger, incontinence nocturne d'urine. — Cette enfant était nulle en instruction, connaissait à peine ses lettres, ne savait pas écrire. Elle était incapable de se livrer à quelques ouvrages manuels, pas plus qu'aux soins du ménage. Gymnastique, couture, tout était nul chez elle. Le caractère présentait des bizarreries sans pareilles, la moindre chose provoquait des éclats de rire sans fin, la plus légère contrariété amenait des larmes abondantes, des moments de colère et de vivacité. Elle était incapable de procéder à sa toilette, s'habillait avec fort peu de goût. Elle n'avait aucune mémoire, il lui était impossible de dire le nom de sa rue; l'enfant avait un accent provincial assez prononcé, mais elle ne savait pas dire le lieu où elle avait été élevée, tout était donc confus dans son cerveau. Vu son âge avancé, on n'espérait aucun résultat. Peu à peu, l'enfant prit goût au travail, à la classe. Elle lit aujourd'hui très couramment, donne à sa lecture une bonne intonation; elle sait copier, fait quelques devoirs, connaît l'addition. Elle s'est améliorée au point de vue classique au delà de nos espérances. Cette enfant aime la lecture par-dessus tout, elle ramasse tous les papiers, les journaux principalement et en fait la lecture à haute voix. Comme ouvrage manuel, elle travaille principalement à la buanderie, aime cette occupation, s'y rend parfois de bonne grâce, quelquefois de fort mauvaise humeur; car indépendamment de son travail, l'enfant a conservé ses bizarreries, nous dirions même ses originalités. Il faut laisser passer ce moment, l'enfant travaille ensuite de plus belle et répare vite le temps perdu. — Sa tenue est irréprochable, elle est même coquette, prend un soin tout particulier de sa personne. Elle n'a plus d'incontinence d'urine. — *Amélioration notable* au point de vue classique, des travaux manuels et du gâtisme.

LVI. Blancha... (Marcelle), née le 22 mars 1896, entrée à l'Asile, à l'âge de 7 ans: *imbécillité*, *perversions instinctives*, onanisme, incontinence nocturne d'urine. — Son caractère était bruyant, turbulent au possible. Elle était très taquine, très instable, courait de tous côtés, bavardait à l'école, faisait aller ses jambes, ses pieds, ses mains, on aurait dit qu'elle était mue par un ressort. Elle savait s'habiller mais ne pouvait procéder à sa toilette. Elle ne savait rien faire comme ouvrage manuel, ne savait même pas tenir une aiguille, on ne pouvait l'utiliser à quoi que ce soit. Comme classe elle savait lire à peu près couramment, ne connaissait que l'addition, faisait une copie. Vu son manque d'attention l'enfant ne laissait espérer que de bien faibles résultats. Nous constatons malgré tout aujour-

d'hui (Déc. 1905) un changement merveilleux. Sous l'influence du *traitement médico-pédagogique*, l'incontinence d'urine a disparu, de même que l'onanisme. Le caractère s'est également modifié, l'enfant est moins turbulente, elle est devenue affectueuse et par là même plus obéissante, elle s'accorde très bien avec les compagnes de son âge; en un mot elle est plus calme et plus tranquille. Elle procède elle-même à tous ses soins de toilette, fait son lit, cire sa chaussure, se tient proprement. Marcelle n'est pas paresseuse, aucun travail ne la décourage, elle aime les soins du ménage: balaye, essuie, lave par terre, essaie même de frottr; enfin notre petite malade peut devenir une ménagère soigneuse si elle continue. Elle a pris goût à la couture et au repassage, s'y prend adroitement; la buanderie ne le cède en rien aux autres ateliers. — Elle fait très bien la gymnastique, elle est d'une souplesse et d'une agilité étonnantes, elle qui, au début, n'en avait aucune notion. — En classe, elle connaît les quatre règles suit une dictée du cours moyen, donne à sa lecture une bonne intonation. — Si elle continue ainsi elle pourra certainement être rendue un jour à la société et gagner honorablement sa vie.

LVII. Ache... (Germaine), née le 9 mars 1892, entrée à l'âge de 8 ans, atteinte d'*imbécillité morale, perversions instinctives, tics*, renvoyée de pension à cause de sa turbulence.

A son *arrivée*, elle offrait toutes les difficultés pour obtenir un résultat heureux. Elle était d'une turbulence et d'une instabilité sans pareilles. Elle était *méchante* et *cruelle*. aimait à faire du mal à ses compagnes. Pour se rendre un compte exact de ses actes de cruauté nous citons ces quelques exemples: Germaine s'amuse à courir dans le préau. Elle passe à côté de ses compagnes sans défense, elle donne un coup de pied à une idiote, pousse une petite, mal équilibrée sur ses jambes; en gifle une autre sans aucune raison, elle marche parfois sur les petites qui sont sur son passage. Loin d'éprouver un regret de ces actes brutaux, elle paraît en ressentir du contentement; elle rit aux éclats si ces enfants pleurent; ce qui démontre nettement la nature méchante de notre jeune malade. Elle avait en outre le *tic* de tourner sa tête de droite et de gauche, le soir avant de s'endormir: c'était tout à fait le balancement de l'enfant au berceau.

Comme ouvrage manuel, elle était complètement nulle, on ne pouvait lui donner aucun emploi, n'étant pas du tout stable en quoi que ce soit. Elle ne savait rien faire en couture, pas plus qu'au repassage; elle n'avait aucune notion de gymnastique. En un mot elle pouvait compter parmi les plus indisciplinées. Vu ses désordres pathologiques, rien ne faisait prévoir

une grande amélioration, nous constatons cependant quelques progrès sur différents points (Déc. 1905). Le caractère laisse encore beaucoup à désirer. Elle est devenue moins méchante et moins brutale, mais elle est taquine, légère et étourdie, se souciant fort peu des observations qui lui sont faites; elle exige encore une certaine surveillance.

Comme soins de ménage, Germaine s'y est mise, elle travaille bien, pourvu qu'elle soit dirigée dans son travail. Elle a beaucoup de facilité pour les ouvrages manuels; elle coud très régulièrement; lave et repasse de même, mais il faut varier souvent ses occupations. Elle passe ses heures de récréation à faire du crochet, ce qui la maintient plus calme et plus tranquille.

En classe elle a fait de notables progrès, bien que l'attention soit fugitive. Elle donne à sa lecture une bonne intonation, elle a une assez bonne orthographe, connaît et fait des problèmes sur les quatre règles. — Elle est très agile en gymnastique et les progrès pour cet exercice sont remarquables. A son entrée Germaine ne connaissait que les deux premières opérations de l'arithmétique; son écriture était très défectueuse; elle ne faisait que des devoirs de grammaire très élémentaires. Elle s'est donc améliorée au point de vue classique.

En résumé la nature de cette enfant est très impétueuse et difficile à diriger, mais elle est malgré tout améliorable intellectuellement, ses progrès en classe et ses aptitudes pour les ouvrages manuels le démontrent. Germaine peut être rendue un jour à sa famille et vivre du fruit de son travail.

LVIII. PEULI... (Elise), née le 1er janvier 1891, entrée dans notre service en 1896, à l'âge de 6 ans: *idiote avec surdi-mutité*, gâtisme intermittent. — L'enfant, à son admission, ne savait ni s'habiller, ni se déshabiller, gâtait quelquefois. Elle ne se servait que de la cuiller; elle avait été très longue à connaître sa place au dortoir, au réfectoire et en classe. Son attention était d'autant plus difficile que l'enfant était *sourde-muette*. En réalité, cette enfant ne laissait espérer que de très faibles résultats.

1905. — Elle s'est cependant développée sous bien des rapports; sa physionomie est devenue peu à peu expressive, son regard vif et chercheur; elle s'est intéressée petit à petit à ce qui se passait autour d'elle. Elle est devenue propre au bout d'un an, a appris à s'habiller et à se donner les soins de toilette deux ans après l'admission. Les travaux du ménage attiraient particulièrement son attention. Elle a commencé par cirer ses chaussures, faire son lit; puis balayer, essuyer, laver

par terre et, aujourd'hui, étant tant soit peu surveillée, l'enfant serait capable de faire un dortoir elle-même. Physiquement elle est très forte et se porte à merveille.

Pour les autres ouvrages manuels, elle a beaucoup de goût, elle aime la couture et se rend à l'ouvroir avec plaisir; elle repasse aussi bien qu'elle coud. Elle lave le linge avec précaution et se rend utile partout.

Comme parole nous n'avons pu obtenir les résultats que nous désirions, tout en suivant la méthode indiquée du traitement médico-pédagogique et celle des sourds et muets. Nous sommes cependant parvenues à lui faire dire quelques mots usuels. Elle reconnaît bon nombre de mots; elle écrit bien et fait des copies, connaît les trois premières opérations de l'arithmétique. — En résumé cette enfant peut se rendre utile dans diverses occupations et nous constatons une amélioration notable. (*La fin au prochain numéro.*)

---

### Emploi du temps de Charles V.

Près de sa bastille, il avait construit, étendu, aménagé, avec le luxe d'un roi et les recherches d'un malade, le vaste hôtel Saint-Paul. La magnificence de cette demeure, la splendide hospitalité qu'y trouvaient les princes et les seigneurs étrangers, faisaient illusion sur l'état du royaume. Le sire de la Rivière, aimable et subtil conseiller de Charles V, le gentilhomme accompli de ce temps, en faisait les honneurs.

Il leur montrait la noble demeure de son maître, ces galeries, ces bibliothèques, ces buffets chargés d'or, et ils l'appelaient le riche roi.

« L'eure de son desjouchier du matin estoit comme six à sept heures. Donnoit audience mesmes aux mendres, de hardiement deviser à luy.

Après luy pigné, vestu et ordonné..... on lui apportait son bréviaire ; environ huit heures du jour, aloit à la messe ; à l'issue de sa chapelle, toutes manières de gens povoient bailier leurs requêtes. Après ce, aux jours députez à ce, aloit au conseil, lequel..... .... environ dix heures asseoit à table..... A l'exemple de David, instrumens bas oyait volontiers à la fin de ses mangiers.

« Luy levé de table, à la colacion vers lui povoyent aler toutes manières d'estrangiers. Là luy estoient apportées nouvelles de toutes manières de pays ou des aventures de ses guerres..... pendant l'espace de deux heures ; après aloit se reposer une heure.

Après son dormir estoit un espace avec ses plus privés en esbatement, visitant joyauls et autres richeces. Puis aloit à vespres. Après entroit en été en ses jardins, où marchands venoient apporter velours, draps d'or, etc.....

En hyver s'occupoit souvent à oyr lire de diverses belles ystoires de la Sainte Escripture, ou de faits des romans ou moralitez de phylosophes et d'autres sciences, jusques à heures de soupper, auquel s'asseoiet d'assez bonne heure, après lequel une pièce s'esbatoit, puis se retrayoit.

Pour obvier à vaines et vagues parolles et pensées, avoit (au dîner de la reine) un prud'homme en estant au bout de la table, qui sans cesser, gestes disoit de mœurs virtueux d'aucuns bons treppassez. »

Les philosophes avec lesquels le roi aimait à s'entretenir étaient ses astrologues. Son astrologue en titre, un Italien, Thomas de Pisan, avait été appelé tout exprès de Bologne ; le roi lui donna cent livres par mois. Ces gens, quels que fussent leurs moyens de prévoir, ne se trompaient pas trop. Ils étaient pleins de finesse et de sagacité. Charles V donna un astrologue à Duguesclin en lui remettant l'épée de connétable. (*Histoire de France* par J. Michelet. V. pages 43, 44, 45.)

---

# CLINIQUE MENTALE

## Folies traumatiques et accidents du travail ;

Par le Dr MARIE, médecin en chef des Asiles.

Ayant réuni avec mes collaborateurs, MM. Viollet (1) et Chopart un certain nombre d'observations de psychoses chez d'anciens traumatisés accidentels nous avons cru pouvoir en tirer quelques considérations générales sur les troubles mentaux en rapport avec ces traumatismes craniens et sur les responsabilités qui en découlent, en particulier par rapport à la législation spéciale nouvelle en matière d'accidents du travail.

(1) Les principales observations détaillées servant de base à ce travail constituent le fonds de la thèse de M. le Dr Viollet sur les traumatismes craniens, 1905.

La question du diagnostic des psychoses traumatiques implique tout d'abord une question préalable : « Y-a-t-il lieu d'admettre cette dénomination dans le cadre nosographique, ou bien le traumatisme n'est-il pas un facteur étiologique accessoire commun, comme tant d'autres, à toute la série des psychoses diverses ? »

La vérité semble dans une troisième hypothèse qui concilierait les deux précédentes, en apparence exclusives, et les admettrait toutes deux selon les cas.

Beaucoup d'auteurs, notamment Schlager Skae K. Ebing, ont fait une place à part à une folie spéciale en rapport avec le traumatisme dont ils ont tenté de déterminer les caractères distinctifs. M. Christian, à qui on doit une synthèse des travaux parus sur la question, repousse cependant l'étiquette nosographique de folie traumatique, mais il ajoute : « Il est une série de cas où il semble que le traumatisme imprime à la maladie mentale un cachet spécial », C'est « quand il a été la cause directe et immédiate de la folie », et il en cite des exemples typiques.

Nous croyons aussi que voir, à priori, en toute psychose consécutive au traumatisme le réveil d'une tare latente dont le trauma ne serait que le réactif révélateur serait une façon trop exclusive et simpliste de résoudre le problème. Ce serait un oreiller commode lorsque se poserait la question des revendications vis-à-vis des responsables de l'accident et la victime aurait toujours tort.

Une question analogue s'est posée sur un terrain tout autre à propos de diathèses latentes, tuberculeuses, spécifiques, etc. M. Mauclair en a étudié des espèces particulièrement délicates. Sur le terrain de la folie associée au traumatisme, la difficulté n'est pas moindre.

Ces questions de responsabilité encourue dans le cas des traumatismes craniens ont pris, on le conçoit, une importance considérable depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail. Le médecin est, en général, appelé dans les circonstances suivantes : on lui demande si, étant donnés des traumatismes plus ou moins anciens, une affection cérébrale déterminée quelconque (folie, démence, paralysie générale) peut être survenue un an, deux ans, dix ans après, et si elle peut légitimement être

attribuée à ce traumatisme. Or cette question exige que le médecin connaisse la pathogénie et le pronostic des troubles mentaux consécutifs au traumatisme.

Au point de vue pathogénique, il faut naturellement envisager deux variétés de troubles mentaux : ceux qui surviennent chez les sujets qui présentent une tare latente du cerveau et dont le traumatisme ne serait que le réactif révélateur, et ceux chez lesquels la psychose est produite de toutes pièces par le traumatisme (psychose traumatique vraie). — On a, pour les distinguer, divers éléments que nous passerons brièvement en revue :

1° La nature même du traumatisme et ses conditions de réalisation ; 2° Les caractères de la psychose surajoutée; 3° La date d'apparition par rapport à l'accident traumatique spécial ; 4° l'examen du sujet au point de vue des stigmates dégénératifs préexistants ; 5° L'étude de ses antécédents personnels et surtout héréditaires.

1° *Nature du traumatisme.* — En ce qui concerne la nature du traumatisme et ses conditions de réalisation, on peut distinguer les plaies siègeant en tel ou tel point de de la tête ou de la face et les commotions générales ou tout ou partie de l'organisme a subi un schock physique dont les centres nerveux ont pu subir le contre-coup en masse. Les lésions globales ou locales peuvent d'ailleurs se trouver combinées, autant de points que l'examen somatique et la recherche des conditions contemporaines de l'évènement devront préciser.

La plaie localisée en un point de l'extrémité céphalique peut être pénétrante ou non ; sans être pénétrante, elle peut par les éclats de la table interne réaliser les mêmes dégâts intérieurs qu'une plaie pénétrante.

Les radiographies ici pourront parfois apporter quelques éclaircissements bien que nous ayons cherché, dans un cas, avec M. le Dr Picqué, à l'utiliser sans succès sur un aliéné vertigineux depuis un coup de revolver à la tempe sans pénétration de projectile.

La plaie localisée non pénétrante aura, en principe, des conséquences variables selon le point. Ici, les notions modernes sur la topographie cranio-cérébrale pourront (avec le correctif précité d'éclats possibles de la table interne) éclairer le terrain ; l'adjonction du chirurgien

au psychiatre paraît ici indispensable pour résoudre ces premiers points du problème.

Mais au point de vue psychopathique pur, la topographie cranio-cérébrale reste à faire, si tant est qu'elle soit jamais possible, aujourd'hui que la théorie des neurones a complété et modifié la théorie primitive des localisations en surfaces corticales par la considération des systèmes d'aires axono-dendritiques dont les cellules corticales ne sont qu'un élément.

Si la plaie est pénétrante, elle l'est plus ou moins, et sa direction plus ou moins oblique dans tel ou tel sens. Une tige ou une lame peuvent par un même point d'entrée produire des désordres très divers tout comme un éclat ou projectile dont les directions peuvent être très variées.

Observation I. — C'est ainsi qu'un de nos malades a reçu une lame de 0 m.40 perpendiculairement à la surface du pariétal gauche qui fut perforé. Il en résulta la section de la zone motrice de la capsule interne gauche avec hémiplégie correspondante et folie épileptique par dégénérescence secondaire cortico-spinale. C'est une véritable expérience de vivisection cérébrale. Le trépan parut tout d'abord produire une amélioration des crises et de l'irritabilité ; mais cinq ans après, démence agitée ayant entraîné l'internement puis décès, et autopsie confirmative des lésions précitées.

Observation II. — Un autre malade, dont l'observation nous a été communiquée par le Dr Levet, de Bassens, est tombé dans un incendie en participant au sauvetage ; il buta de la tête sur une charpente d'où il sortait un long clou, qui pénétra au niveau du lambda. Epilepsie et trépan consécutif, dépression, suicide et dypsomanie paroxystique ultérieure. Pas d'hérédité, persistance de l'épilepsie avec troubles mentaux associés, mais pas de troubles moteurs, à la différence de l'observation précédente.

D'autres de nos malades ont reçu des objets lourds (registres à coin de cuivre dans un cas, tamis métallique dans l'autre). Il y a eu contusion avec fracture de la voûte ayant entraîné le trépan dans les deux cas. Epilepsie et troubles mentaux associés (trépanation sans disparition des troubles physiques ni mentaux).

Dans le deuxième de ces cas, il y eut un élément qu'il faut également faire entrer en ligne de compte, bien que plus rare, aujourd'hui que l'antisepsie s'applique partout ; je veux parler de l'infection de la plaie, qui fut le siège d'un érysipèle dont les consé-

quences profondes au point de vue de l'altération microbienne de l'encéphale sont venues compliquer encore les dégâts du traumatisme initial. Ce malade est en effet mort dément.

Les conditions de l'opération du trépan ou seulement des soins chirurgicaux ordinaires de la plaie de la tête sont donc à considérer encore avec leurs suites pour la prévision des conséquences psychiques éventuelles.

Observation III. — Gu..., sans profession. Alcoolique, fils d'alcoolique et de mère apoplectique, devient épileptique à l'âge de cinquante et un ans, par suite d'un traumatisme de la région frontale (chute d'un tamis métallique sur la tête, dans la rue). La plaie frontale avec enfoncement de l'os fut compliquée d'érésypèle. Trépan quelque temps après, par le Dr Broca. Trois mois après le traumatisme étaient apparus les accidents convulsifs typiques qui, s'accuentuant progressivement, motivèrent l'intervention faite en 1894, sans succès d'ailleurs au point de vue de l'épilepsie, ni des troubles mentaux, puisqu'il passa à l'asile.

La bromuration diminua la fréquence des crises, sans empêcher la démence commençante, et le malade mourut dans le coma qui suivit une série de crises avec agitation intercalaire, le 23 novembre 1904, âgé de cinquante-neuf ans.

Observation IV. — Mah..., quarante-deux ans. — Epileptique depuis novembre 1880. Douze à quatorze crises par mois environ. Première crise après un accident de voiture ; chevaux d'omnibus emportés. Coup de pied de cheval à la nuque et bras gauche brisé. Dans sa crise, appelle souvent au secours et dit « arrêtez-les. »

Jeune, avait eu des convulsions. La première crise se serait produite au lieu de l'accident (on dut couper les brides qu'il tenait convulsivement pour arrêter les chevaux). Saillie osseuse à l'occiput, au niveau du coup. Varices, jambe gauche. Varicocèle. Pas de hernie. Hémoptysies autrefois.

Série de vertiges le 18 janvier et crises fortes nocturnes suivies d'automatisme ambulatoire. Nouvelle série et coma suivi de mort en mai (1901, le 19). — Père mort de rupture d'anévrisme. Plusieurs frères sans troubles nerveux ou mentaux.

Observation V. — Bert..., quarante-neuf ans, comptable. — Attaques épileptiques depuis une douzaine d'années. Les premiers accidents se sont manifestés à la suite d'un traumatisme cranien (chute sur la tête d'un grand livre à coins de cuivre).

Renseignements personnels : jeune, jamais malade, sobre. Etait nerveux, soubresauts dans les tendons, quand il s'endormait le soir. Deux mois après, sa figure se contractait par instant,

surtout à droite. Puis, peu à peu, les attaques deviennent générales, plus fortes et fréquentes. Il en avait jusqu'à trois la nuit. Fut opéré quatorze ans après l'accident (os du crâne très épais). On ne trouva rien (trépan le 29 mars 1901, par M. le Dr Reynier). Syncope pendant le sommeil chloroformique. Au début tombait toujours du côté droit. Ça a commencé par le bras droit, puis la jambe droite, puis les quatre membres. Ne se souvenait de rien. Mémoire affaiblie. Délire violent consécutif aux crises. (Dr Cestan).

A. H.— Le père aurait eu des accidents convulsifs. Un oncle serait mort épileptique à Maréville. En présence de tels antécédents, on peut se demander si le traumatisme cranien n'a pas été seulement une cause adjuvante.

Malgré la complexité des faits précités, on peut dire que la nature même des traumatismes et leurs conditions de réalisation attestent bien nettement qu'ils sont en rapport direct avec les troubles mentaux, indépendamment et sans préjudice des prédispositions particulières des sujets.

2° *Caractère de la psychose.* — Elle peut être immédiatement consécutive ou tardive.

Dans le premier cas, elle est généralement transitoire :

Observation VI. — M. le Dr Sizaret a bien voulu nous communiquer le cas d'un mécanicien de trente-cinq ans, qui a fait une chute terrible en tricycle à pétrole. On le trouva étendu sans connaissance ; petite plaie contuse à la région occipitale gauche. Ramené chez lui, il est pris d'un délire aigu, furieux, extravagant, qui nécessite son transport à l'asile de Pontorson quelques jours après, le 4 mai 1900. L'excitation générale diminue rapidement ; on constate alors chez le malade de l'embarras manifeste de la parole, un air de satisfaction et des idées mégalomaniques. Il est inventeur, va faire construire un ballon monstre avec lequel on lancera des obus sur la flotte anglaise qui sera détruite ; les Boërs seront délivrés ; il en aura la gloire.

Avant la fin de juin, tout délire a disparu, le calme est complet. B... sort sans signes physiques persistants, le 9 juillet 1900, sur la demande de sa femme. Il s'agit là de troubles mentaux transitoires immédiats ; reste à savoir ce que l'avenir réserve à de tels traumatisés.

Observation VII. — J'ai observé un autre mécanicien qui, à dix-sept ans, est tombé de bicyclette dans une course à Villiers-le-Bel. Six jours de coma coupé d'automatisme inconscient. Le choc traumatique a produit une érection réflexe qui le

poussait, à la maison, à rechercher les femmes qui s'approchaient, sans même distinguer sa mère. L'érection, au paroxysme, s'accompagnait d'une sorte d'état de mal avec impulsion au coït pour ainsi dire inconsciente ; sommeil lourd consécutif, avec érection persistante très marquée. Au septième jour, disparition de ce phénomène, délire exubérant, cris, déclamations, rires et pleurs explosifs, bouffée délirante, confuse et polymorphe. Il raconte qu'il va être artiste dramatique et qu'il jouera les premiers rôles (Dr P. Garnier). Alternatives de dépression et d'excitation. Insommie (Dr Magnan).

Se calme progressivement et sort en juillet, dix jours après, guéri. Conserve seulement un certain degré d'émotivité ; pleurs faciles. Père atteint de cyrrhose du foie, attribuée à un séjour aux tropiques.

3° *Date d'apparition.* — Pour transitoires que parais-sent les troubles mentaux immédiatement consécutifs, ils n'en sont parfois pas moins suivis d'accidents tardifs, lointains, tenaces.

Parfois, cependant, les accidents se montrent tardivement, sans avoir été précédés d'accidents transitoires nets post-traumatiques. C'est alors que leur rattachement au traumatisme ancien, devient surtout délicat, d'autant plus que les troubles mentaux qui se montrent plusieurs mois ou plusieurs années après le trauma n'ont, en principe, rien de spécial, dans leur symptomalogie. Elle peut en effet se rattacher, aux affections organiques démence par lésions diffuses (P. G.) ou localisées avec ou sans épilepsie, ou aux affections psychiques autres (délires plus ou moins systématisés ou généralisés avec excitation, dépression, intermittence ou alternance dans 20 p. 100 des cas suivant B. Lewis.)

Les blessés des quelques observations précédentes peuvent être rangés dans cette seconde catégorie. Dans ce cas, on conçoit qu'après l'accident, l'individu a pu rentrer dans les conditions de la vie commune ; il a pu avoir, comme si rien n'était survenu, sa part de chagrins, de fatigues, de préoccupations, d'excès. On devra, dès lors, démêler la part exacte qui revient à chacun de ces éléments étiologiques, si, à côté de ces causes accidentelles, il n'en existe pas d'autres constitutionnelles (hérédité, etc.).

Que si on objectait que, chez plusieurs, l'affaiblisse-

ment démentiel fût plutôt fonction d'épilepsie traumatique ou de dégénérescence héréditaire que de traumatisme, on peut répondre qu'ils n'en sont pas moins devenus déments, que leur épilepsie provient du traumatisme et apparemment la démence secondaire aussi, en partie du moins ; que, pour leur prédisposition, latente jusqu'au traumatisme, ce dernier a fait plus qu'agir comme réactif révélateur, mais a, bien certainement, marqué leur état morbide consécutif, d'un sceau traumatique tangible et irréfutable.

Pour éclairer la question de l'influence de tels traumatismes sur la folie, il faudrait des statistiques de traumatisés du crâne et du cerveau récupérant l'intégrité complète de leurs facultés, grâce à l'absence d'hérédité. De telles statistiques devraient être établies, non pas avec les résultats immédiats des traumatismes et des interventions chirurgicales prochaines en apparence curatives, mais avec des cas suivis durant un certain nombre d'années consécutives, comme certains des nôtres.

« Tout problème médico-légal, dit Christian, est une question d'espèce ; il demande à être étudié en lui-même. Il n'est pas possible de tracer une règle générale applicable à tous les cas. »

Si l'on peut citer nombre de cas authentiques où il n'y eut aucune suite fâcheuse après des traumatismes craniens, inversement on peut citer des exemples nombreux où l'on a vu les lésions les plus insignifiantes en apparence suivies d'accidents formidables. On ne saurait poser en principe que tout traumatisme cranien entraîne nécessairement de graves conséquences, au point de vue mental, pas plus qu'on ne saurait prétendre que le pronostic soit en général bénin et favorable dans ces cas. Nous avons relevé plusieurs exemples de démence finale après une apparente guérison. Le suivant présente un type de psychose caractéristique, sorte de démence précoce traumatique.

Observations VIII. — Gerv. ., employé de commerce, quarante-quatre ans. Attaqué dans la rue et frappé à la tête avec une barre de fer : enfoncement du crâne, perte de connaissance. Conduit à Lariboisière, il fut trépané d'urgence par le Dr Berger (1893). Sorti en apparence guéri, partit en Amérique.

d'où il revint deux ans après pour se soigner chez sa sœur. Attitude mélancolique, ne sortait pas, ne savait plus s'orienter dans Paris. Refus fréquents de nourriture ; disait que les aliments restaient dans sa gorge et recrachait dans une cuvette pendant toute la journée, croyant détacher les aliments arrêtés dans le larynx. Sitiophobie pendant huit jours, au moment de son internement. A été nourri à la sonde ; a toujours été d'un caractère doux et paisible ; n'a jamais bu, était d'un tempérament délicat, n'était pas un gros mangeur.

Pris à l'entrée pour un paralytique général à cause de l'obtusion intellectuelle, de la difficulté de parler et de l'inégalité pupillaire.

En janvier 1902, démence très accusée ; l'affaiblissement intellectuel est très notable, la mémoire presque nulle ; l'absence d'orientation est frappante. Idées puériles de satisfaction : sa santé est excellente ; il se trouve très bien à l'asile et compte y rester toute sa vie. Pupilles égales, réflexes normaux, strabisme de l'œil gauche. Embarras de la parole, état démentiel simple. Troubles sphinctériens notables. La ponction lombaire est négative. (La sœur a une mentalité bizarre.)

La cicatrice de la plaie siège à la région pariétale droite. Sur une ligne partant de la racine du nez, il faut compter 14 centimètres et en ce point abaisser une perpendiculaire de 6 centimètres pour trouver l'extrémité antérieure de la cicatrice. C'est en ce point qu'a été appliquée la couronne du trépan. L'extrémité postérieure est sur une perpendiculaire de 6 centimètres et demie, abaissée à 21 centimètres sur la ligne médiane à partir de la racine du nez.

Au point de vue de la responsabilité pénale et civile, il y a lieu de remarquer l'apparence fréquente de cure rapide, puis l'incurabilité définitive par démence tardive consécutive.

Le plus souvent quelques petits signes existent dès le trauma : céphalée intense et fréquente, changement d'humeur, irritabilité, etc. Puis se développe un délire plus ou moins systématisé, de l'excitation maniaque, de la démence progressive ou même de la paralysie.

Mais, à côté de ces accidents, positifs pourrait-on dire, au point de vue de la réalité du rapport de la folie avec le trauma, il convient de dire qu'il est des cas où ce rapport n'est qu'apparent ou douteux, voire même négatif en dernière analyse.

C'est ainsi que nous avons observé un jockey de courses, atteint de paralysie générale considérée comme

consécutive à une série de chutes professionnelles sur la tête : des fractures variées des quatre membres, des fractures multiples des clavicules, des cicatrices variées de l'épicrâne en témoignaient ; mais, dates et antécédents vérifiés, il parut que les premières chutes relevaient d'excès alcooliques anciens et les dernières de l'incordination motrice d'une encéphalite commençante, enlevant au jockey sa stabilité équestre habituelle.

Observation IX. — Aucun antécédent héréditaire connu. La spyhilis, avouée à certains moments, niée à d'autres par le malade ; on a pu obtenir d'autre part aucun renseignement permettant de l'affirmer. L'alcoolisme, par contre, est certain : vin, apéritifs, boissons distillées et surtout gin et wisky.

Les traumatismes ont été fréquents durant sa carrière de jokey. Il est tombé souvent sur la tête, mais ne paraît pas avoir eu de fracture du crâne ; il ne présente aucune cicatrice cutanée, ni aucun enfoncement de la boîte cranienne.

Par contre, il s'est fracturé : deux fois la clavicule gauche ; une fois la clavicule droite : une fois le genou droit ; une fois il a eu des enfoncements multiples de côtes, à droite et à gauche.

Il n'a, dit-il, jamais été malade. Il est marié depuis deux ans. Sa femme s'est aperçue qu'il « était drôle », perdait la mémoire, avait des idées ambitieuses au-dessus de sa position. Mais elle n'a aucun renseignement sur la vie antérieure du malade, hormis ce qu'il lui en a dit.

Le début de la maladie paraît remonter à quatre ans : à la suite d'ennuis (?) avec un patron, il s'est mis à boire et ne put trouver de place suffisante pour gagner sa vie. Il menait dans son ménage une vie fort décousue.

Arrêté à cause de sa turbulence dans la rue, il entre au dépôt ; le Dr Garnier signe le certificat suivant :

« Affaiblissement des facultés intellectuelles, peut-être symptomatique d'une paralysie générale au début. Perte de la mémoire. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire ». Absence de renseignements.

Entré à l'asile, il présente un affaiblissement intellectuel notable, des idées de grandeur absurdes : « Il a acheté tout Chantilly et tout Mont-de-Marsan ». Il est le gendre du baron de Forest, pour qui il court comme jokey. » Il veut sortir, et réclamera 500.000 francs de dommages-intérêts à l'asile, si on ne le met pas en liberté.

Très grand affaiblissement de la mémoire : ne sait pas où il demeure. Inconscience de sa situation. Embarras marqué de la

parole. Trouble paralytique de l'écriture. Inégalité pupillaire : la pupille gauche est plus grande.

Après avoir présenté une rémission de quelques mois, pendant laquelle il était calme et travaillait, mais avait conservé la teinte mégalomaniaque de son délire, il meurt gâteux, paralysé, avec une escharre. — L'autopsie n'a pu être faite.

**Ce malade, assuré, toucha cependant des indemnités d'une compagnie pour ses incapacités de travail, consécutives à la plupart de ses accidents, sauf toutefois pour l'incapacité mentale ultime.**

Observation X. — Un autre malade, toucheur de bestiaux, a subi, durant son existence, une série de rhumatismes graves en rapport avec sa profession.

Père mort d'une affection médullaire ; mère démente ayant été internée ; quatre sœurs nerveuses. Syphilis il y a dix-huit ans (soigné au Midi). Traumatisme depuis : 1° est tombé du haut des fortifications et s'est brisé la jambe droite ; 2° coup de corne d'un taureau lui ayant ouvert les téguments, du périnée au pli de l'aine, retombé sur la tête, a perdu l'œil gauche (V = 0) et s'est brisé l'arcade sourcilière correspondante, ainsi que la paroi orbitaire externe, cicatrice cutanée et exostoses.

La paume droite de la main a été déchirée aussi par un traumatisme (aurait été accidentellement pendu par cette main à un croc d'étal) ; petit doigt désarticulé et annulaire brisé (cal volumineux).

Entré à Sainte-Anne, il est examiné par le Dr Dagonet, qui signe le certificat suivant : Débilité mentale avec alcoolisme ; cauchemars, hallucinations terrifiantes, tremblements des doigts.

Entré à l'asile, on note l'inégalité pupillaire, attribuable d'ailleurs à la cécité de l'œil gauche, des hallucinations terrifiantes : vues d'animaux, spécialement de lions et de taureaux, du tremblement musculaire. Bientôt s'établit une euphorie à tendance mégalo maniaque. Il mange cinquante portions par jour ; il se porte comme un charme ; il travaille depuis cent ans aux abattoirs et ne trouve pas de contradiction entre ce fait et celui d'être âgé de trente-six ans. Le mot : paralysie générale, est mis sur un des certificats de situation. Toutefois les idées délirantes disparaissent et le malade est rendu à sa famille en 1901.

En juin de la même année, il est ramené à l'asile, où on lui trouve des signes de paralysie générale, euphorie, idées de grandeur. Il est transféré à Tournai, avec le certificat : Pseudo-P.G. alcoolique. Il meurt dans cet asile peu de temps après son entrée, 24 août 1903. Le Dr Lenz a l'amabilité de nous adresser les notes suivantes à son sujet.

« Peu après son admission à Tournay, Cord..., est tombé dans un état de démence paralysiforme simple, qui a marché rapidement et a abouti en assez peu de temps à un marasme complet. Il est décédé à l'établissement, le 24 août 1903. »

Ici, comme pour le jockey, il y a succession de traumatismes d'un mécanisme différent. Les plus récents relèvent plus ou moins de la paralysie générale; les plus anciens relèvent de causes variables ou douteuses, alcool probable comme pour le jockey, maladresse préparalytique peut être pour l'ancien chauffeur dont l'observation suit :

Observation XI. — Valent..., quarante-neuf ans, stucateur. Entré paralytique générale, le 26 décembre 1901. Affection confirmée par l'autopsie du 28 janvier 1902.

Sept années auparavant, victime d'une explosion de chaudière qui lui fracassa la mâchoire et le fit demeurer cinq mois à l'hôpital avec une commotion cérébrale dont il resta durant trois mois comme hébété. Sobre, est tombé sans connaissance pour la première fois avec tremblement de tous ses membres, le 18 novembre 1902, cinq ans après son accident.

4° *L'examen du sujet.* — Nous avons parlé de l'examen local concernant le point d'application du traumatisme même et des dégâts produits en surface et profondeur.

Il reste l'examen physique et psychique général au point de vue de tares latentes antérieures, dégénératives et autres. (Stigmates physiques et psychiques, diathèses, etc.)

Par application des vues émises par quelques médecins et chirurgiens sur les diathèses, on pourrait soutenir que la paralysie générale traumatique, si on l'admet, peut être invoquée même chez un syphilitique dont la diathèse n'a pu altérer l'encéphale que parce que le traumatisme a préparé le terrain propice, le lieu de moindre résistance nécessaire. Malgré les données histologiques actuelles sur la paralysie générale, qui pourrait dire jusqu'à quel point tel cerveau eût pu succomber à l'encéphalite chronique s'il n'eût pas préalablement subi telle influence prédisposante, (en l'espèce particulière un schok traumatique) que le facteur étiologique associé, syphilis par exemple, soit intervenu avant ou après le trau-

matisme le problème reste le même, et il est permis de penser que leur association, quel qu'en soit l'ordre de succession chez un même individu, a pu déterminer la paralysie générale que l'un ou l'autre facteur isolé n'eût pu produire ?

La question d'époque a cependant la plus haute importance en ce qui concerne la première manifestation paralytique ou préparalytique ; un ictus fugace précoce par exemple, peut avoir précédé de longtemps les signes de méningo-encéphalite comprimée, mais servir de jalon sûr pour dater le début de la paralysie générale. Le traumatisme dans ce cas, postérieur à l'ictus, devient non plus un facteur étiologique de la paralysie générale ultérieure, mais déjà une des conséquences des désordres initiaux préparalytiques (inhabileté transitoire ayant entraîné imprudence, inconscience ou maladresse, cause vraie de l'accident).

Le point culminant du problème paraîtrait donc surtout résider dans l'examen des dates comparées de l'accident et du ou des premiers signes physiques constatés de la paralysie générale; si aucun signe ne l'a décelée antérieurement et si le traumatisme remonte assez loin pour que la période préparalytique l'ait pu suivre, le doute paraît permis.

Dans la pratique, en revanche, le *post hoc ergo propter hoc* pourrait conduire un observateur superficiel à rapporter de loin ou de près au traumatisme des paralysies générales qui n'en sont pas l'effet mais bien la cause. Je n'en veux pour preuve que quelques paralytiques généraux précités ; ils ne furent apparemment les victimes de traumatismes accidentels violents que parce que l'insouciance ou l'imprudence tenant à leur paralysie générale commençante même les y exposèrent.

5° *Antécédents* : *A. Toxiques.* — En dehors de la diathèse syphilitique ou hérédo-syphilitique, une intoxication chronique (alcool, plomb) restée latente jusqu'au traumatisme peut, à son occasion, transparaître et éclore cliniquement sous forme de délire toxique plus ou moins violent. Pour le cas particulier du plomb, un ancien traumatisé peut présenter les signes de la paralysie générale saturnine. Le paragraphe II des articles 1 et 20 de la circulaire

du Ministre de la Justice, en date du 10 juin 1899, dit que « l'accident, tel qu'il faut l'entendre consistant dans une lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.... », la loi ne s'applique pas aux maladies professionnelles provenant d'une cause lente et durable (vices de locaux, manipulations de substances vénéneuses, absorption de poussières nuisibles à la santé), l'étiologie possible, à la fois saturnine et traumatique devra donc être dissociée et non additionnée en faveur du traumatisé (1).

L'intoxication éthylique constitue le cas le plus fréquent ; Dupuytren décrivait un délirium tremens traumatique. Mais il ne faudrait pas imputer trop facilement à Dupuytren une erreur pareille, et la thèse de Bordeaux soutenue par M. Maigren, élève de M. Régis, avec des observations tirées du service de ce maître, donne à réfléchir.

On ne saurait, en effet, imputer à M. Régis la confusion d'un délire alcoolique avec des troubles mentaux autres, consécutifs aux traumatismes. Or, il note la fréquence d'un délire onirique très semblable à celui de l'éthylisme dans ces cas sans intoxication exogène particulière.

Dans les cas de mort consécutive à un accident traumatique, on a pu, s'appuyant sur des autopsies minutieuses et complètes, rapporter à l'éthylisme le mécanisme de la mort et éclaircir ainsi le problème des responsabilités. (V. Obs. de Thébault. — Etudes médico-légales sur les accidents du travail. *Progrès Médical.* Décembre 1903, p. 49-50). Mais lorsqu'au lieu du décès survient la folie, l'examen somatique sur le vivant joint aux caractères du délire sont loin de pouvoir toujours résoudre à coup sûr le problème.

On a, dans ces derniers temps, réagi contre la tendance à voir l'alcool en tout délire onirique à hallucina-

(1) Il est juste d'ajouter que des textes correctifs de la loi sur ces points particuliers ont été étudiés et proposés par MM. Breton et Dubief aux chambres françaises. (Voir documents parlementaires, décembre 1901-1903, mai 1905, n° 2.447. Assimilation aux accidents du travail de maladies causées par le plomb, le mercure, l'arsénic, le sulfure de carbone, les hydrocarbures, virus, poussières, air comprimé, ankylostomiase et affections contagieuses.)

tions visuelles multiples grouillantes et muettes. On a montré la possibilité d'un tel tableau clinique avec une insuffisance rénale sans éthylisme proprement dit, (cas de Vigouroux.)

On peut penser que là, comme chez certains traumatismes de Dupuytren et Régis, l'influence de l'alcool est à peine intervenue pour colorer le délire dont la cause principale serait bien rénale ou traumatique. Dans ce dernier cas, les conséquences d'un tel point de vue seraient de nature à modifier singulièrement les conclusions d'une expertise en matière de responsabilité accidentelle, même lors d'un délire consécutif semblable à celui de l'alcoolique classique (1).

D'autre part, il faut distinguer l'état du blessé antérieurement à l'accident et postérieurement. Lorsqu'il s'agit, en effet, d'un délirant tardif pour lequel se pose la question de responsabilité accident par rapport à l'étiologie de la folie, il se peut que, depuis, le malade ait bu.

De par son accident même, de par l'affaiblissement cérébral consécutif, il a pu résulter une inclination maladive à boire, comme l'Obs. II nous le montre chez un ancien garde-forestier blessé dans le sauvetage d'un incendie. C'est aussi ce que montre l'observation si intéressante de M. Vallon concernant un officier brillant et irréprochable, devenu dypsomane après une grave chute de cheval ; et cela au point d'être cassé, chassé de l'armée et même de la Légion étrangère, où il a essayé de se réhabiliter. Ici encore on peut se demander jusqu'à quel point un malheureux qu'un traumatisme rend dypsomane, comme ceux des observations précitées, ne l'est pas du fait de son traumatisme autant et plus que du fait de son hérédité.

*B. Hérédité.* — La grande question de la nature constamment dégénérative des syndromes épisodiques et de ce qu'on a appelé les stigmates psychiques de la dégénérescence se pose là sous un de ses aspects les plus troublants. Si le traumatisé n'a pas d'hérédité positive

(1) Ce point de vue est battu en brèche par le Dr Folly, qui dans le *Caducée* 1905 défend la nature constamment éthylique des délires traumatiques de ce genre.

malgré les recherches attentives et n'a auparavant présenté aucun stigmate physique ni psychique, et ces cas se rencontrent, comment admettre la dégénérescence quand même, sans hésitation ?

Mais en dehors des poisons latents endogènes (diathèses), exogènes (alcoolisme, plomb) ou mixtes (insuffisances rénales hépatiques diverses, etc.), le traumatisme peut mettre à jour une tendance dégénérative indubitable, que des stigmates physiques ou psychiques préalables joints à des antécédents héréditaires positifs démontrent nettement.

On peut ainsi dire que c'est là le groupe des folies développées consécutivement au traumatisme que l'on rencontre le plus fréquemment, mais il n'en offre pas moins pour cela des difficultés multiples quoique moindres.

Dans ces cas, ainsi que le remarque Richardson, on constate souvent une disproportion flagrante entre la cause traumatique apparente et ses effets psychiques. On le voit, la question de savoir si la folie qui suit les traumatismes craniens se traduit par une symptomatologie spéciale (hallucinations, idées fixes, amnésie, etc.) peut être résolue très différemment suivant les auteurs.

Le plus important groupe de folies traumatiques comprend cependant incontestablement des cas où l'on remarque une disproportion évidente entre le traumatisme, le schok, physique ou mental, et les troubles consécutifs. Cette forme s'observe surtout chez les déséquilibrés notoires, parfois chez des hystériques avérés. Les symptômes suivant Richardson, en sont caractéristiques : d'abord shok modéré, puis attention concentrée sur l'accident et crainte de ses suites ; insomnie, introspection mentale, hypertrophie du moi, dépression mélancolique à forme hypochondriaque. Beaucoup de ces symptômes appartiennent aux névroses autant qu'aux psychoses dégénératives, les deux étant associées dans beaucoup de ces cas.

(*A suivre.*)

# REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

LVIII. — **Recherches de la localisation motrice du membre inférieur dans la moelle de l'homme** ; par C. PARHON et M. GOLDSTEIN. (*Neurolog. Centralbl.* XXIV. 1905.)

I. Chez un premier sujet ayant, pour cause de gangrène sénile successivement subi une amputation de cuisse à la partie moyenne, et, un an plus tard, une désarticulation de l'autre genou (mort 4 semaines après), on constate ce qui suit : l'amputation a enlevé la moitié inférieure du triceps fémoral, du couturier, du droit interne, une partie du grand adducteur ; les autres muscles ont été respectés. Etudes microscopiques (figures).

*a*) On ne trouve de lésions cellulaires qu'à partir du 3e *segment lombaire*. Les cellules motrices y sont réparties en 4 groupes: antéro-interne; antéro-externe; externe proprement dit; central. Par-ci par-là, 2 à 3 cellules ont réagi, surtout dans le groupe externe, moins dans les groupes antéro-externe et central. De concert avec les expérimentateurs, il y a lieu de croire que le groupe antéro-externe est le centre du couturier, et le groupe externe proprement dit, celui du triceps fémoral. Le groupe central, bien délimité plus bas, *dans le 4e segment lombaire*, correspond au grand adducteur. Le droit interne, premier et second adducteur, doivent tirer leur origine principalement du 3e segment.

*b*) A mesure qu'on descend des altérations s'accusent. Le groupe antéro-externe (centre du couturier, diminue et disparaît ; il est remplacé par un autre groupe en relation avec les muscles de la hanche. Dans *la partie inférieure de ce 4e segment lombaire*, le groupe postéro-intermédiaire diminue également. Il en est de même pour le centre du triceps ; nombre de cellules réagissent immédiatement en arrière de son extrémité inférieure ; ce sont les cellules qui représentent le début de la région motrice de la jambe dans la moelle : un peu plus bas, le centre du triceps a disparu. Le groupe antéro-externe est formée d'au moins 2 groupes secondaires, les cellules altérées qui correspondent à la jambe forment un groupe assez étendu, bien circonscrit.

Le groupe antéro-externe représente donc maintenant les muscles de la hanche et le groupe central le semi-membraneux. Où cesse le centre du grand adducteur, où commence celui du semi-membraneux ? Probablement au niveau de la partie la plus inférieure de ce 4e segment. Quant au groupe postérieur, il innerve le

jambier antérieur; le centre de ce muscle occupe le niveau le plus élevé parmi les centres des muscles de la jambe parce que, des fibres lombo-sacrées formées par la réunion des 4e et 5e racines lombaires, seul le jambier antérieur reçoit des fibres de la 4e racine lombaire.

c) *Dans le* 5e *segment lombaire*, on retrouve le groupe antéro externe encore décomposable en groupes secondaires; le groupe central en dedans. Un peu en arrière apparaît un autre groupe qui se développe et devient assez fort dans le 1er segment sacré. En dedans et en arrière du centre du jambier antérieur apparaissent d'autres petits groupes qui sont en relation avec les autres muscles de la jambe. Ce sont, en dedans de ce centre et sur le même plan, le centre des gastro-cnémiens ; en arrière, les centres des fléchisseurs des orteils ou du jambier postérieur et du plantaire grêle. Le centre de ce dernier muscle doit être en dedans de celui des fléchisseurs des orteils.

d) *Dans le premier segment sacré*, on trouve deux groupes centraux, l'un postéro-interne pour le semi-tendineux ; l'autre antéro-externe pour le biceps fémoral. Mais ces deux groupes pourraient bien innerver chacun une partie du biceps, le semi-tendineux naissant alors dans la partie inférieure du groupe central.

Une partie des centres des muscles de la jambe est d'ailleurs ici restée indemne, tandis que ceux du jambier antérieur et des extenseurs ont totalement disparu ; à leur place on trouve les centres des péroniers. Impossible de préciser la localisation du poplité, du soléaire, du jambier postérieur, des fléchisseurs tibial et péronier : ils doivent occuper les mêmes groupes en arrière du centre des gastro-cnémiens.

e) A la partie inférieure de ce segment apparaît un nouveau groupe de cellules, en arrières de celui des muscles de la jambe ; c'est le groupe post-postéro-latéral d'Onuf ; il est lésé et commande aux muscles plantaires. Il est en plein développement dans le 2e *segment sacré*. A ce niveau il ne reste qu'un seul groupe de ceux qui innervent les muscles de la jambe ; c'est le centre des gastro-cnémiens. Le groupe antéro-externe a fortement diminué. Les groupes du biceps et du semi-tendineux ont disparu. On voit, par contre, à l'intérieur du groupe antéro-externe et dans le centre des gastro-cnémiens, surgir deux groupes de cellules plus grosses que les cellules motrices ordinaires, en rapport avec les péroniers. Le groupe post-postéro-latéral est formé de deux groupes secondaires, en relations avec les divers muscles plantaires.

f) *Dans le* 4e *segment sacré*, il n'y a plus de groupes susceptibles d'être en rapport avec l'innervation motrice du membre inférieur.

II. Un homme de 29 ans atteint d'ostéomyélite a subi, quatre

ans auparavant, l'amputation de la cuisse à la partie moyenne. Il est mort de phtisie pulmonaire.

Les lésions débutent aussi, en l'espèce, dans le 3e segment lombaire (atrophie commençante des cellules.) Le 4e segment lombaire contient peu de cellules en chromatolyse ; elles occupent le groupe externe et postéro-intermédiaire. Chromatolyse et morphisme du groupe postérieur. Atteinte aussi du 5e segment lombaire et des 3 premiers sacrés.

On trouve dans ces préparations (figures à l'appui) la confirmation des indications précédentes sur la localisation des muscles du pied et de la jambe. Ici encore peu de cellules lésées dans leurs rapports avec les muscles de la cuisse.

Dans les deux observations, vacuolisation dans les cellules des groupes postéro et post-postéro-latéraux. P. KERAVAL.

LIX.—**Des groupes de cellules motrices du renflement cervical chez l'homme déterminés chez un amputé** ; par L. BLOUMENAOU et E. NIELSEN (*Neurolog. Centralbl.* XXIV, 1905.)

Un soldat subit pour carie de l'humérus une amputation au tiers supérieur du bras gauche. Il meurt 4 mois après de tuberculose pulmonaire.

Les branches supérieures du plexus brachial n'ont pas été coupées. Figures à l'appui.

*a*) Les altérations ne commencent qu'à *la partie supérieure du 5e segment cervical* ; elles portent sur les groupes cellulaires situés dans l'angle postéro-externe de la corne antérieure, et correspondent au centre de Marinesco pour les muscles antérieurs du bras et le nerf musculo-cutané.

*b*) Les altérations sont plus étendues *au niveau du 6e segment* ; intégrité du groupe latéral ou intermédiaire qui, d'après Marinesco commande, dans le 5e segment, aux sus et sous-épineux, et dans le 6e, au deltoïde. Intégrité également du groupe central, situé en dedans de ce dernier, qui innerve le grand pectoral.

*c*) *A la partie supérieure du 7e segment*, dégénérescence du groupe postéro-latéral qui innerve le triceps.

Plus bas, apparaît, en arrière de ce groupe, un autre groupe composé de deux ou plusieurs parties, qui seraient en relation avec les muscles postérieurs de l'avant-bras ; ces cellules sont atteintes de chromatolyse.

*d*) *Dans le 8e segment*, l'étendue de la dégénérescence atteint son plus grand volume. Toute la partie externe de la corne antérieure gauche est peuplée de cellules dégénérées qui forment deux gros groupes, dans lesquels on distingue de petits îlots plus ou moins séparés. A la partie supérieure de ce segment, le groupe antéro-latéral présente un périmètre bien supérieur à celui du

groupe postérieur ; mais, plus bas, le premier diminue tandis que le groupe postérieur augmente. Ce qui prouve que le groupe antéro-latéral est le centre des muscles antérieurs de l'avant-bras, tandis que le groupe postérieur est celui de la main.

*e*) On retrouve le centre de la main dans *toute l'étendue du* 1er *segment dorsal* ; à sa partie inférieure, il n'y a plus que quelques cellules dégénérées. Plus bas, à *la partie supérieure du* 2e *segment dorsal*, le groupe disparaît, et avec lui, les altérations de la corne antérieure gauche.

Les centres du membre supérieur occupent donc, en somme, dans le renflement cervical de l'homme, la même position que chez les animaux (Parhon). P. KERAVAL.

LX. — **Nouvelles contributions à la nature du réflexe orbitaire** ; par C. HUDOVERNIG. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1905.)

Quatre nouvelles observations dont il résulte ce qui suit. On provoque le phénomène en question en frappant le muscle frontal dans toute son étendue, ou la région comprise entre la racine du nez et l'angle interne de l'œil, ou encore la moitié interne de l'arcade zygomatique. Jamais on ne l'obtient en frappant d'autres parties de la face, notamment le maxillaire inférieur.

Le choc du marteau produit une contraction régulière de l'orbiculaire palpébral, exclusivement limitée à ce muscle, ou, quand l'excitabilité est faible, des tremblements fibrillaires, peu importe du reste à cet égard l'endroit heurté.

Les lésions du trijumeau n'exercent aucune influence sur le phénomène. L'ablation du ganglion de Gasser qui supprime toute conductibilité de ce nerf laisse subsister la contraction de l'orbiculaire par ce moyen. Ce n'est donc pas un réflexe. Il se produit par l'excitation mécanique non seulement du frontal, mais du périoste, des ligaments, d'une propagation directe.

Malgré cela, il peut servir de moyen de diagnostic entre les paralysies générales centrales et les paralysies générales périphériques. Cessons de l'appeler : réflexe frontal, réflexe sus-orbitaire réflexe trigemino-facial, réflexe oculaire. Le nom de phénomène oculaire (Bechterew) ou *phénomène de l'orbiculaire* convient mieux. P. KERAVAL.

LXI. — **La microgyrie** ; par le Dr M. OECONOMAKIS, chef de la clinique neurologique de l'Université d'Athènes.

*Résumé* : Exposé synoptique des diverses observations se rapportant à la microgyrie. Division de la microgyrie en deux classes principales : 1°) la microgyrie *primitive* (protopathique), et — 2°) la *secondaire*, la division en microgyrie *congénitale* et *acquise* étant de moindre importance.

Sous la rubrique de la m. secondaire, je classe toutes les microgyries, du *à l'influence des divers processus pathologiques*, tels que les encéphalites, méningo-encéphalite, sclérose, etc., etc., chez lesquels l'examen histologique peut facilement relever des restes inflammatoires caractéristiques.

La m. *primitive* représente, par contre, un tableau anatomique particulier, qui se distingue surtout par : 1°) l'*hyperplasie* (pseudohypertrophie) *de la corticale*, et 2°) la présence de l'*hétérotopie* de la substance grise. L'examen histologique ne relève ici aucun reste inflammatoire et si l'on y trouve quelquefois, ils doivent être considérés comme de nature secondaire.

La m. primitive doit son origine à des troubles de circulation dus à un processus morbide artériel, qui attaque le plus souvent l'artère de Sylvius, sur le terrain de laquelle cette microgyrie par prédilection se présente. (*Oeconomakis* : Ueber umschriebene mikrogyrie und ihre Beziehung zur Porencephalie. *Archiv. für Psychiatrie*, Bd. 39, 2). Ainsi cette forme de microgyrie a des rapports pathogéniques très intimes avec la porencéphalie, puisqu'elle peut, comme cette dernière, être le résultat d'un processus artériel, et elle représente probablement un stade primaire dans le développement de la porencéphalie. Ce fait est également démontré par une expérience peu connue de *J. v. Wagner*, citée par *Anton*, d'après laquelle le résultat de la ligature de deux carotides chez un chat nouveau-né fut l'apparition *de porencéphalie et microgyrie en même temps.*

LXII. — **Atrophie lamellaire des cellules de Purkinje** ; par André Thomas. (Travail du laboratoire du professeur Déjerine, à la Salpêtrière).

Chez la malade dont l'auteur publie l'observation est survenue progressivement à 40 ans une titubation ébrieuse de la marche. Quatorze ans après (janvier 1898) l'examen clinique décèle un ensemble de signes très complexe ; titubation, nystagmus, tremblement intentionnel des membres inférieurs, hypotonie, signe de Romberg, signe de Babinski, réflexes patellaires exagérés. La malade meurt de bronchite chronique en juillet 1903.

A l'autopsie, rien de particulier à l'examen macroscopique. L'examen histologique ne révèle rien au niveau du bulbe et de la protubérance. Seul l'examen histologique du cervelet permet de constater des lésions caractérisées par l'atrophie et la disparition d'un certain nombre de cellules de Purkinje auxquelles s'étaient substitués des amas de noyaux ou des réseaux névrogliques plus ou moins épais.

Au niveau de la moelle, les lésions sont limitées à la région lombosacrée et n'occupent que sa corne antérieure droite, qui

est plus petite que la corne antérieure gauche et présente un nombre plus restreint de grandes cellules.

L'interprétation des troubles de l'équilibre et du nystagmus est facile ; ils sont dus aux lésions cérébelleuses. Les autres signes cliniques devaient faire penser à une sclérose en plaque, mais l'examen histologique n'a pas confirmé ce diagnostic. L'atrophie de la corne antérieure a joué sans doute un rôle important dans la production de l'hypotonie ; la lésion médullaire et la lésion cérébelleuse ont contribué vraisemblablement toutes les deux, pour des parts inégales, à l'apparition du tremblement. Quant au signe de Babinski il est indépendant d'une dégénération quelconque du faisceau pyramidal ; d'ailleurs, l'atrophie de la corne antérieure ne s'est pas faite exclusivement aux dépens des cellules, et les arborisations terminales des fibres pyramidales à ce niveau ont certainement dégénéré ; d'autre part, la parésie et la déformation des pieds sont peut-être susceptibles d'expliquer dans une certaine mesure l'apparition du phénomène. La contradiction avec la loi de Babinski n'est donc qu'apparente et non réelle. (*Revue neurologique*, sept. 1905.) E. Blin.

LXIII. — **De l'inversion unilatérale du phènomène des orteils** ; par L. Bard.

Le phénomène des orteils, décrit par Babinski, apparaît d'emblée ou en quelques heures et doit être attribué à une perturbation fonctionnelle, indépendante de tout effet de dégénérescence. M. Bard publie l'observation d'un malade qui peut apporter une contribution d'une certaine importance à l'étude du mécanisme physiologique de ce signe. Il s'agit d'un cas de paraplégie pottique, dans lequel le régime des réflexes du gros orteil était exactement inverse aux deux pieds, sans qu'il existât aucune autre différence entre les deux membres inférieurs, ni dans l'état de la paralysie ni dans celui des autres phénomènes nerveux et sans que les lésions vertébrales et méningées constatées à l'autopsie aient présenté de différence appréciable entre les deux côtés. Par contre, le pied gauche sur lequel faisait défaut le signe de Babinski différait de son congénère par une déformation assez accusée, d'origine traumatique ancienne, à laquelle, faute de toute autre cause, force était bien d'attribuer la différence symptomatique observée. S'agissait-il à gauche d'une simple absence du signe de Babinski ou d'une véritable inversion du phénomène habituel ? L'auteur admet l'inversion parce que l'isolement et la lenteur du réflexe par rapport aux autres orteils le séparaient du réflexe normal de flexion et parce que l'existence d'une lésion médullaire identique des deux côtés était peu compatible avec la conservation unilatérale d'un état normal des réflexes. Voici l'interprétation qu'il propose. Le régime

normal est tel que la perturbation pathologique se révèle par un réflexe inverse de ce régime ; si ce régime préexistant à la lésion pouvait être, dans certains cas, inverse de ce qu'il est d'ordinaire, — et la déformation aurait pu amener ce résultat — il arriverait par voie de conséquence naturelle que sa perturbation pathologique se révèlerait à son tour par un réflexe pathologique inverse du réflexe habituel, c'est-à-dire par un réflexe de flexion.

En tous les cas, cette observation permet de penser qu'il y a lieu de faire place à des conditions périphériques dans le mécanisme de production des phénomènes des orteils. (*Revue neurologique*, mai 1905.) E. B.

LXIV. — **L'urhydrie céphalo-rachidienne et labyrinthique**; par Pierre Bonnier.

Sous le nom d'urhydrie, M. Bonnier désigne la présence de produits d'élimination tels que l'urée dans les divers liquides de l'organisme. L'urémie n'est plus ainsi qu'un des cas d'urhydrie, terme plus général et plus compréhensif.

La ponction lombaire, devenue un procédé d'examen courant, a permis d'étudier l'urhydrie céphalo-rachidienne, et Widal et Javal ont pu constater ainsi la présence de quantités notables d'urée dans le liquide céphalo-rachidien de certaines brightiques au cours d'accidents graves.

Il n'existe pas de moyen clinique analogue pour l'examen du liquide labyrinthique, mais ce liquide communiquant librement avec le liquide céphalo-rachidien, il est rationnel de penser qu'il participe aux mêmes changements de pression et de composition clinique. De plus, au point de vue de la sécrétion de l'urée, on peut considérer comme appareils organiques de même formule anatomo-physiologique, l'artère glomérulaire sineuuse et dilatée du rein, l'artère glomérulaire sinueuse, dilatée et anastomotique du labyrinthe et l'artère sinueuse et terminale de la pie-mère. Les variations qui se produisirent dans la teneur en urée, existeront de même pour la teneur en chlorures, en sucre et en pigments biliaires. (*Revue neurologique*, janvier 1905.) E. B.

LXV. — **Recherches sur l'origine et les rapports réciproques des éléments nerveux dans la moelle épinière du poulet**; par Eugenio La Pegna. (*Annali di Nevrologia*. Naples, 1904, fasc. X.)

Après avoir rappelé tous les travaux qui ont été déjà publiés sur cette question, l'auteur conclut de ses recherches personnelles que : 1° la cellule ganglionnaire ne prend aucune part à la formation de la fibre nerveuse ; — 2° la fibre nerveuse au début de son développement ne présente aucune connexion avec la cellule ganglionnaire; — 3° la fibre nerveuse périphérique et centrale se déve-

loppe aux dépens des chaînes cellulaires ; — 4° les chaînes cellulaires forment seulement le cylindraxe de la fibre, mais ne participent aucunement à la fonction des autres parties constitutives de cette fibre. — 5° Les prolongements protoplasmiques de la cellule nerveuse se développent aux dépens des chaînes cellulaires ; — 6° les neurofibrilles de la cellule nerveuse sont un produit tardif de différenciation et comme tels ne se développent chez le poulet que vers le dixième jour d'inoculation. J. S.

---

# REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

---

XXXIII. — **Retour du phénomène du genou dans le tabes dorsal sans complication d'hémiplégie**; par J. DONATH. (*Neurolog. Centralbl.* XXIV. 1905.)

Il s'agit d'un homme de 33 ans présentant le complexus symptomatique suivant : douleurs lancinantes vives ; hypoalgésie des membres inférieurs ; lente évacuation de l'urine ; diminution de la virilité ; ophtalmoplégie intérieure de l'œil gauche avec blépharoptose, irrégularité de la pupille droite avec affaiblissement du réflexe lumineux de ce côté. Cinq mois plus tard, signe de Westphal, de nouveau constaté trois mois après ; absence, à ce moment, des réflexes achilléens. Traitement à l'iodure de mercure à l'électricité, à l'hydrothérapie, aux fortifiants. Vingt-deux mois après la première constatation de l'abolition des réflexes patellaires et achilléens, ces réflexes ont reparu, mais ils sont faibles. Cinq mois après ces réflexes patellaires ont récupéré leur activité.

L'allure des pupilles est analogue. Dix mois après l'apparition de l'ophtalmologie de l'œil gauche, cette pupille devient irrégulière et réagit à nouveau quoique faiblement à l'accommodation et à la convergence. Pendant ce temps, la pupille droite est devenue totalement immobile à la lumière, sa réaction à l'accommodation et à la convergence était conservée. Deux ans plus tard, la pupille gauche est circulaire mais complètement inerte à la lumière, à l'accommodation, à la convergence ? alors la pupille droite irrégulière trahit le signe d'Argyll Robertson.

Il va de soi que lorsqu'il s'agit de la réapparition d'un réflexe, on puisse penser que l'arc réflexe ou le centre réflexe n'a pas été détruit ou au moins que les altérations anatomiques dont il a été le siège étaient susceptibles de réparation ; tel est le cas de l'inertie pupillaire intermittente et du réflexe patellaire restitué par une hémiplégie. Mais quand, comme ici, on se trouve

en présence de retour graduel ou du renforcement de phénomène du genou qui, chez un tabétique, sans complication d'hémiplégie, s'est produit parallèlement à l'amélioration générale des phénomènes morbides, il y a lieu de croire qu'il s'est agi d'une lésion réparable du centre spinal réflexe. P. KERAVAL.

XXXIV. — **Troubles congénitaux des mouvements des yeux**; par AXENFELD. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXVIII, 1905.)

Quatre observations d'inertie congénitale du droit externe, du droit supérieur et du grand oblique, de tous les muscles innervés par l'oculomoteur commun.

En ce qui concerne le droit externe, l'auteur fait remarquer qu'en pareil cas le muscle est remplacé par un ligament élastique qui le supplée complètement, ou bien qu'il existe une adhérence conjonctive rigide qui, si elle empêche le strabisme, restreint le mouvement du globe. S'il n'existe ni fixation élastique, ni fixation rigide, le strabisme existe, pourvu qu'il y ait un antagoniste capable de fonctionner. En outre, les muscles atteints d'inertie congénitale ne s'atrophient pas forcément (Kunn, Lenowa, Jamin). La paralysie congénitale du droit externe sans strabisme peut aussi se faire remarquer par une restriction de l'adduction du globe, à cause d'un excès de raideur du ligament qui remplace le muscle. Souvent aussi dans ce mouvement d'abduction, on voit se produire une rétraction du globe de l'œil ; ceci peut tenir à l'existence d'un rétracteur du côté interne et à la fixation rigide de l'œil sur le côté externe ; le droit interne, et peut-être aussi le droit supérieur qui participent à la rotation en dedans attirent le globe oculaire, quand le malade essaie de l'adduction, non en dedans mais en arrière.

La paralysie congénitale de l'oculomoteur commun porte en l'espèce sur toutes les branches du nerf du côté gauche ; il y a paralysie totale du sphincter vrai et de l'accommodation ; immobilité des muscles extrinsèques. Par contre toutes les trois ou toutes les cinq minutes, la jeune fille en question, actuellement âgée de 12 ans, présente depuis l'âge de 4 semaines une élévation saccadée, spasmodique de la paupière supérieure ; à ce moment le globe oculaire quitte la position d'adduction pour se fixer sur la ligne médiane, sans que le droit externe puisse l'en déloger, et la pupille se contracte au maximum maintenant l'accommodation à son *punctum proximum*. Ceci persiste une demi-minute, au bout de laquelle la paupière supérieure s'abaisse par saccades, et les autres muscles reviennent à leur état de paralysie absolue. Le sommeil le plus profond ne change rien à la chose ; aussi la malade se couche-t-elle de préférence sur le côté droit. Un jet de lumière pendant le stade paralytique accélère un peu le spasme, ainsi que l'excitation de la peau du voisinage. Sauf cela la jeune

personne est normale et intelligente. C'est une *affection cyclique congénitale de l'oculomoteur*, ou, si l'on préfère, *athétose de l'oculomoteur comme en état de paralysie infantile.* La cause la plus admissible, c'est une *action vasomotrice exercée sur les noyaux*, puisque les muscles sont contractiles, et les filets nerveux excitables.

P. KERAVAL.

XXXV. — **Troubles de la sensibilité musculaire dans le tabes et autres états pathologiques ; myosthésiomètre ;** par W. M. BECHTEREW (*Obozrénié psichiatrii*, XXI, 1904-1905 et *Neurolog. Centralbl*, XXIV, 1905). **Valeur des recherches relatives à l'excitabilité mécanique des muscles ou aux soi-disant réflexes musculaires dans les maladies nerveuses.** (*Id., Ibid*).

I. — *L'insensibilité à la pression des masses musculaires* est un des symptômes constants du tabes ; elle peut s'observer dans les muscles de la jambe (gastrocnémiens), de la hanche, des membres supérieurs, et s'accompagne de l'insensibilité des troncs nerveux bien qu'à cet égard il n'y ait pas parallélisme complet. Mais presque toujours elle hante d'abord et plus vivement les membres inférieurs de sorte qu'il n'est pas rare que les extrémités supérieures paraissent à cet égard indemnes. Dans la névrite multiple, les troncs nerveux et les muscles présentent une sensibilité exagérée. L'insensibilité musculaire s'observe aussi dans les affections ou les conducteurs sensibles sont interrompus, telles les lésions traumatiques des nerfs, les myélites, les affections en foyer de la moelle et du cerveau. L'exagération de la sensibilité musculaire s'observe parfois quand les conducteurs sensibles sont le siège d'une irritabilité anormale.

Les modifications de la sensibilité musculaire dans leurs rapports avec celle de la sensibilité cutanée doivent être étudiées avec un soin d'autant plus grand que d'ordinaire il n'y a pas parallélisme entre la diminution de la première et le sens musculaire.

L'auteur a inventé un *instrument* qui permet de mesurer la compression à laquelle sont respectivement soumis le muscle, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané. C'est un compas de Baudelocque à pointes recourbées, l'une des pointes est munie d'une mouche en gutta ; l'autre possède une coiffe semblable, mais elle est assujettie à une tige mobile à ressort dont la pression est indiquée sur une échelle. On se rend compte ainsi de la pression en rapport avec la sensibilité cutanée et avec celle du muscle.

II. — *L'excitation mécanique du muscle ou réflexe musculaire*, qui se traduit par la contraction de tout le ventre du muscle ou d'un de ces faisceaux sur toute sa longueur, diffère de la contraction idiomusculaire (bourrelet ou onde musculaire) qui se traduit

par le gonflement local limité à l'endroit percuté. Ce dernier phénomène résulte d'une compression vive, rapide d'un muscle apparent comme les biceps entre le pouce et l'index. Quant au réflexe musculaire, contraction générale du muscle entier, sans bourrelet visible à l'œil, il dérive de la percussion opérée par l'intermédiaire du plessimètre placé au travers de l'organe.

Le réflexe musculaire, distinct du réflexe tendineux ou musculo-tendineux, se produit dans les cas où ce dernier est tout à fait absent, et il est tout à fait indépendant du degré de tension du muscle, le réflexe tendineux n'ayant lieu qu'à la condition d'une certaine tension musculaire. Le réflexe musculaire a peu de relations avec le réflexe tendineux, d'autant que la contraction générale du muscle se produit même quand on frappe sur un muscle sectionné.

Mais les conditions de provocation de la contraction à l'excitation mécanique du muscle sectionné et demeuré au sein de l'organisme vivant sont différents ; on ne peut alors séparer la contraction due à l'excitation mécanique directe du muscle de la contraction réflexe due à son extension mécanique. Cela tient à ce que les réflexes musculaires ne sont point du tout le résultat de la simple excitation mécanique du tissu musculaire propre. Les muscles, en effet, contiennent deux tissus excitables, le tissu musculaire et le tissu nerveux. Il faut donc que l'état du système nerveux se réfléchisse sur les réflexes musculaires.

Déjà, à *l'état normal*, les réflexes musculaires ne sont pas identiques; les personnes musclées fortement, comme les manœuvres, présentent souvent des réflexes musculaires moins accusés que celles à système musculaire moins développé. L'augmentation de la tonicité musculaire correspond donc à la diminution des réflexes musculaires, la diminution de la tonicité musculaire correspond à quelque exagération des réflexes musculaires.

Quand *le neurone périphérique a souffert*, on observe d'ordinaire, avec la diminution ou l'absence de réflexes tendineux, dans les cas récents, une exagération plus ou moins marquée des réflexes musculaires. Ainsi dans les cas où il y a lésion du plexus cervical ou de nombreux nerfs du membre supérieur qui frappe tous le biceps, le triceps et les muscles, de l'avant-bras, on observe presque constamment l'augmention des réflexes musculaires. La *contraction* est *paresseuse* et *lente* ; ces deux caractères sont absolument analogues à la *réaction de dégénérescence* par le courant galvanique.

Quand la *lésion du neurone périphérique* est plus *ancienne*, avec l'atrophie musculaire, avec la disparition de l'excitabilité électrique, les réflexes musculaires s'affaiblissent, la lenteur de la contraction apparaît dans le muscle franchement atrophié avant que l'on constate la réaction de dégénérescence électrique.

Les *lésions du neurone central* se traduisent d'habitude par une augmentation plus ou moins nette des réflexes musculaires, mais la lenteur de la contraction n'existe pas, et l'exagération du réflexe est parallèle à celle des réflexes tendineux constatés en l'espèce.

Dans la *dystrophie musculaire progressive*, les réflexes musculaires diminuèrent, tandis que dans l'*atrophie musculaire spinale*, il existe ordinairement non de la diminution, mais quelque augmentation de ces réflexes dès le début.

Dans le *tabes dorsal*, malgré l'absence des réflexes tendineux, les réflexes musculaires existent dans les extrémités inférieures et aussi dans les muscles de la face antérieure de la hanche.

Dans la *démence paralytique* en certains cas, il y a exagération des réflexes musculaires de la face et en partie des extrémités ; en d'autres, ces réflexes demeurent sans changements.

Dans quelques *affections convulsives*, les réflexes musculaires sont augmentés ainsi que des réflexes tendineux.

Dans la *tétanie* il y a exagération des réflexes musculaires. Assez souvent quelques groupes de muscles, exemple : la face, les mains, l'avant-bras, l'épaule, traduisent un accroissement graduel de la force des contractions si l'on répète les chocs sur telle ou telle région. La réaction d'excitation apparaît quand la tétanie s'exaspère ; elle s'affaiblit et disparaît quand les accidents tétaniques diminuent. P. KERAVAL.

XXXVI. — **Crampe des écrivains et torticolis d'origine mentale** ; par BONNUS. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 3.)

Ces deux accidents survenus chez une femme non hystérique, mais émotive à l'excès, et sous l'effort de l'idée fixe, ont parfaitement guéri à l'aide de la psychothérapie, de la rééducation et de l'hydrothérapie. F. T.

XXXVII. — **Maladie osseuse de Paget, trois cas observés dans une même famille, hypothèse nouvelle sur la pathogénie de cette affection** ; par ŒTTINGER et AGASSE-LAFONT. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 3.)

Les malades dont il s'agit, le père et ses deux fils, étaient blanchisseurs, donc exposés aux vapeurs acides dégagées par l'eau de Javel. Recherchant tous les cas publiés en France (42), les auteurs trouvent que sur 31 malades dont le métier est indiqué, il y en a 16 qui sont professionnellement intoxiqués, d'une façon chronique, par les acides, dont 7 blanchisseurs. Relevant, d'autre part les analogies étranges qu'il y a entre le rachitisme et la maladie de Paget, « ce rachitisme des vieillards », ils ne sont pas éloignés d'admettre que l'intoxication professionnelle par les acides minéraux puisse jouer un rôle dans la pathogénie de l'os-

téite déformante, comme on admet l'hypothèse de la dyscrasie acide dans celle du rachitisme infantile. F. Tissot.

XXXVIII. — **Maladie de Thomsen et sarcoplasma** ; par Léopold Lévi.

M. Lévi, étudiant la pathogénie de la maladie de Thomsen, montre que, s'il existe des différences dans les états myotoniques, une théorie générale permet néanmoins de grouper l'ensemble des faits. Voici les conclusions de cet article dont la biographie est indiquée d'une façon très complète :

« Le syndrome myotonique est fonction : soit d'hypergénèse sarcoplasmique ; il en est ainsi pour les cas de maladie de Thomsen congénitale avec lésions musculaires telles que les a décrites Erb, et telles que les ont retrouvées, à l'exclusion de toute lésion du système nerveux, MM. Déjerine et Sottas.

Soit d'exaltation de la fonction sarcoplasmique : (*a*) cette hyperexcitabilité peut être liée à l'action de poisons physiologiques (contracture de fatigue de Mlle Joteyko, contracture de Tiegel) ; (*b*) Elle peut encore dépendre d'une lésion cicatrisée, portant sur l'appareil du tonus. Il s'agit alors de myotonie acquise avec lésions variables du système nerveux. Le sarcoplasma représente la partie tout à fait terminale de la voie centrifuge de cet appareil de tonus. L'appareil cérébelleux en fait partie.

On voit, par l'étude pathogénique de la maladie de Thomsen, comment la physiologie se rattache à la pathologie. On peut noter, en effet, tous les intermédiaires entre le muscle rouge de Ranvier, le muscle du nouveau-né, le muscle vératrinisé, la courbature de fatigue, la courbature de Tiegel, la myotonie intermittente de Martius et Hansemann, la maladie de Thomsen. Le bien commun à tous ces cas, est soit, la richesse des muscles en sarcoplasma, soit l'hyperfonctionnement sarcoplasmique. (*Revue Neurologique*, août 1905.) E. B.

XXXIX. — **Dix-huit cas de sclérose latérale amyotrophique avec autopsie** ; par F. Raymond et R. Cestan.

MM. Reymond et Cestan ont fait de 1896 à 1903, dix-huit autopsies de sclérose latérale amyotrophique après avoir suivi l'évolution de l'affection à la clinique de la Salpêtrière. Ils indiquent les renseignements étiologiques, cliniques et anatomiques qui se dégagent d'une statistique aussi importante.

Au point de vue étiologique, c'est l'absence absolue d'une cause efficiente. Il n'existait pas d'hérédité directe ou familiale ; la profession des malades était tout à fait variable. Une fois on a relevé comme antécédent la fièvre typhoïde et deux fois la syphilis, mais le microscope n'a pas montré de différence entre ces cas et ceux exempts de tout passé infectieux. Au point de vue de

l'âge, la maladie est survenue de 45 à 60 ans avec une proportion de 66 p. 100.

Au point de vue symptomatologique on peut décrire quatre formes bien distinctes de la maladie de Charcot : 1° type ordinaire médullaire (trois cas) ; 2° type paralysie labio-glosso-laryngée (cinq cas) ; 3° type amyotrophique (neuf cas) ; 4° type spasmodique (un cas).

L'intensité de la spasmodicité a été fort variable allant depuis la simple exagération des réflexes tendineux et osseux (type amyotrophique) jusqu'à la paraplégie à spasmodicité intense au point de simuler une myélite transverse (type spasmodique). Le réflexe de Babinski n'a été trouvé qu'une seule fois. Il n'y a jamais eu de troubles intellectuels même dans les types paralysie labio-glosso-laryngée.

Enfin, au point de vue anatomo-pathologique, les cordons postérieurs ont toujours été trouvés sains. La sclérose des cordons antéro-latéraux a toujours affecté la topographie classique ; c'est-à-dire étendue à tout le cordon antéro-latéral, épargnant, d'une part, une zone marginale latérale correspondant aux faisceaux cérébelleux, devenant plus intense, d'autre part, au niveau des faisceaux pyramidaires directs et croisés. Les lésions des cellules des cornes antérieures ont montré les altérations classiques des amyotrophies spinales : absence de chromatolyse, atrophie progressive de tous les éléments de la cellule, surcharge pigmentaire.

Dans le type spasmodique la lésion des cordons prédominait ; dans le type amyotrophique c'était la lésion des cellules qui prédominait ; mais dans tous les cas les lésions coexistaient toujours. (*Revue neurologique*, mai 1905.) E. B.

XL. — **Etude sur la pandiculation automatique des hémiplégiques** ; par Mario Bertolotti.

Les mouvements d'extension des membres associés au bâillement chez les hémiplégiques sont désignés sous le nom de pandiculation. Cette pandiculation a été étudiée par l'auteur chez un certain nombre d'hémiplégiques et la conclusion de ses recherches peut se résumer dans les considérations suivantes :

« L'automatisme moteur dépendant d'une lésion des voies pyramidales offre des analogies évidentes avec l'automatisme des nourrissons qui ne sont pas encore soumis à l'influence directe des voies motrices volontaires. Les mouvements automatiques associés au bâillement, au prurit, sont d'autant plus prononcés que la lésion du faisceau pyramidal est cliniquement plus évidente et plus grave. Les mouvements associés automatiques sont absents dans les cas où les mouvements associés d'ordre ration-

nel et les parakinésies statiques et cinétiques au contraire sont bien manifestes.

La constatation d'un syndrome thalamique irritatif associé à l'hémiplégie motrice chez tous les malades présentant le phénomène de la « pandiculatio spasmodica », tend à faire admettre pour la couche optique une fonction active automatique dans l'innervation motrice des différents groupes musculaires. (*Revue neurologique*, oct. 1905.) E. B.

XLI. — **Scoliose alternante avec lombo-sciatique droite** ; par Meige. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 2.)

Les déviations du tronc sont fréquentes dans les affections névralgiques du plexus lombo-sacré ; il en existe deux types cliniques bien connus : la scoliose croisée dans laquelle le tronc s'incline du côté sain, la scoliose homologue où l'inclinaison a lieu du côté sciatique ; il y en a un troisième, moins connu, c'est la scoliose alternante dont l'auteur rapporte un exemple avec photographie du sujet pris dans ses deux positions sur le même cliché. Ici l'incurvation latérale a lieu tantôt du côté sain, tantôt du côté malade. Ces déformations constatées dans la sciatique sont en somme des attitudes de défense, volontaires au début, devenues définitives par habitude. F. Tissot.

XLII. — **Les scléroses combinées médullaires des paralytiques généraux** ; par Vigouroux et Laignel-Lavastine. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 3.)

Tout le monde s'entend sur la fréquence des scléroses combinées des cordons postérieurs et latéraux dans la paralysie générale, mais nullement sur leur interprétation. Dans les douze observations qu'ils rapportent, les auteurs ont constaté toute une série de localisations et de combinaisons de sclérose répondant à des formes décrites et qui établissent la liaison entre ces deux affections en apparence si différentes que sont le tabes et la paralysie générale : — simple raréfaction des faisceaux pyramidaux consécutive aux lésions d'encéphalite diffuse ; — dégénérescence massive de ces faisceaux secondaire à une lésion encéphalique en foyer ou à une pachyméningite hémorragique ; — scléroses latérales secondaires soit à des foyers de leuco-myélite ou de méningo-myélite, soit à des altérations des cellules nerveuses de la moelle ; — scléroses postérieures tabétiques, substratum anatomique des associations tabéto-paralytiques admises par tous ; — lésions simultanées de tabes jeune et de paralysie générale jeune réalisant une maladie unique de tout le névraxe (conception de Raymond et Nageotte). — Il semble donc que les deux syndromes, tabes et paralysie générale, apparaissant simultanément ou successivement chez un même malade, ne soient que deux mo-

ments différents, simultanés ou successifs, d'un même processus morbide. F. Tissot.

XLIII.— **Méningo-encéphalite diffuse et hémiatrophie cérébelleuse chez un chien** ; par Marchand, Petit et Coquot ; (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 3.)

Observation d'un chien qui ayant eu la « maladie du jeune âge » présenta dans la suite le tableau clinique et les lésions de la paralysie générale (démence progressive, abolition des sens spéciaux, parésie des membres, mouvements de manège de gauche à droite, atrophie du lobe cérébelleux gauche, méningo-encéphalite diffuse subaiguë). Des constatations de ce cas, les auteurs tirent d'intéressantes conclusions aux points de vue physiologique, psychologique et clinique comparés : l'atrophie très localisée du lobule pneumogastrique gauche et des circonvolutions voisines, avec dégénérescence consécutive des fibres antérieures de la protubérance du même côté, entraîna un mouvement de manège de gauche à droite.

Chez le chien, le jeu de l'intelligence est surtout fonction des perceptions, chez l'homme le souvenir y a un rôle tout aussi important que les sensations. Aussi la méningo-encéphalite qui chez l'homme, provoque des troubles prédominants dans la sphère de la mémoire et du jugement produit chez le chien l'abolition des perceptions et secondairement le trouble intellectuel.

Les lésions observées chez le chien qui fait l'objet de ce travail sont celles de la paralysie générale humaine : il est intéressant de constater, pour en induire peut-être des analogies dans la pathogénèse de la paralysie générale, l'apparition chez un animal d'une méningo-encéphalite, consécutivement à une maladie infectieuse. F. Tissot.

XLIV.— **Contractures précoces et permanentes dans un cas d'hémiplégie de l'adulte** ; par Gaussel. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 3.)

Observation d'une femme de 63 ans chez qui les contractures des membres ont apparu dès un ictus apoplectique et n'ont jamais cédé depuis lors. L'attitude athétosique figée de la main rappelle celle de l'hémiplégie cérébrale infantile, de même le pied creux avec équinisme exagéré. — Les contractures précoces traduisent habituellement la participation des méninges au processus hémorrhagique. F. T

XLV. — **Myasthénie hypotonique mortelle** ; par Dupré et Pagniez. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 3.)

Malgré le grand nombre des cas déjà publiés, la nature de la paralysie bulbaire asthénique et les causes de sa gravité restent

inconnues. L'observation de Dupré et Pagniez se rapproche des autres par l'absence de toute étiologie saisissable, par l'ensemble de ses caractères cliniques et évolutifs, par sa terminaison mortelle, par le néant de toute lésion anatomique. Elle en diffère par l'existence d'une hypotonie vraiment remarquable et par le contraste entre le caractère spinal diffus de l'évolution clinique et la survenance rapide d'accidents bulbaires mortels. F. T.

XLVI. — **Hippus monolatéral dans une paralysie du moteur oculaire commun** ; par M. Aurand. (*Soc. des Sciences méd. de Lyon*, 15 novembre 1905.)

Petite fille âgée de 8 ans atteinte d'une paralysie du moteur oculaire commun de l'œil droit affectant seulement la musculature externe.

L'étiologie de cette paralysie est obscure ; comme il n'y a pas trace de névrite optique ancienne, l'auteur pense à une paralysie d'origine nucléaire, par conséquent à une paralysie congénitale.

La malade est intéressante par ce fait que les réactions pupillaires sont dissemblables dans les deux yeux. Sur l'œil gauche sain, les réactions pupillaires sont normales. Sur l'œil droit paralysé, la pupille ne réagit directement ni à la lumière, ni à l'accommodation. La réaction consensuelle à la lumière n'existe pas.

Enfin la pupille droite est le siège de mouvements alternatifs de dilatation et de resserrement durant chacun quinze secondes ; ces mouvements sont indépendants des excitations de la lumière et de l'accommodation. Il s'agit bien ici d'un *hippus pathologique*.

L'accommodation de l'œil malade est affaibli. Au point de vue de la pathogénie de cet hippus pathologique, l'auteur pense que la paralysie nucléaire de l'auto-moteur a d'abord été complète au début, mais que les lésions sans doute légères des deux noyaux antérieurs de l'iris et de l'accommodation ont peu à peu régressé, au point de permettre quelques mouvements pupillaires.

On pourrait assimiler cet hippus pathologique, comme le pense Heddaens, aux oscillations nystagniformes qui se produisent dans les paralysies en voie de guérison, lorsque la contractilité n'est pas encore complète. G. Carrier.

---

Asiles d'aliénés. — C'est avec plaisir que nous apprenons que, par arrêté de M. le ministre de l'Intérieur, M. le docteur Boubila a été nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés. Toutes nos félicitations. (*Petit Provençal*, 27 mars 1906.)

---

# SOCIETES SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

*Séance du mardi 20 mars 1906.*

PRÉSIDENCE DE M. Jules VOISIN.

*Troubles fonctionnels causés par un kyste hydatique de l'estomac; intervention de la suggestion hypnotique.*

M. PAMART. — Une hystérique présente une intolérance alimentaire presque absolue ; un quart d'heure après chaque repas, un hoquet violent provoque l'expulsion de la presque totalité du contenu stomacal. Ce vomissement résiste à toutes les médications. Par l'hypnotisme, je suis parvenu à le suspendre, d'abord pendant 24 heures, puis pendant 48 heures ; encore fallait-il, dans ce dernier cas, que la malade s'endormit quelques instants au bout des premières 24 heures. Contrairement à ce qui arrive pour les vomissements hystériques, je n'ai pu supprimer complètement ce vomissement, lequel a nécessité mon intervention pendant 22 mois. Au bout de ce temps, cette malade vomit un jour un flot d'hydatides accompagnées de fragments de membrane-mère. A partir de ce jour, les vomissements cessent spontanément; il est intéressant de noter l'influence de l'hypnotisme dans une affection *cum materia* ; on comprend que cette lésion ait été l'obstacle à la guérison définitive du vomissement par la simple suggestion.

M. Paul FAREZ. — Qu'il y ait simple trouble fonctionnel ou lésion organique, la sollicitation nauséeuse devient le vomissement habituel, périodique ou incoercible, lorsque le sujet se laisse monoïdéiser par la sensation présente ; il réalise alors, conformément aux lois du vertige mental, ce qui lui est représenté fortement, en l'absence de tout état de conscience réducteur. La suggestion hypnotique est le traitement de choix de ces sortes de vomissements, de même que des vomissements hystériques, naupathiques, gravidiques, etc. ; en effet, elle développe le contrôle et la maîtrise de soi, elle éduque la volonté, elle crée ou exalte le pouvoir d'arrêt ; ainsi, elle inhibe le réflexe du vomissement, tout comme, en orthopédie mentale et morale, elle réfrène les mauvaises habitudes, les désirs impérieux, les impulsions automatiques.

*Psychologie de la voix.*

M. DEMONCHY. — La voix comporte à la fois un appareil de

phonation, de résonance et de vocalisation. Elle exprime différemment les émotions, suivant qu'elle est parlée, chantée, criée ou chuchotée. La voix chaude est captivante, entraînante, productive d'émotion ; la voix froide est plate, productive d'ennui. Cette distinction des voix chaudes et des voix froides est fondée non seulement au point de vue psychologique, mais aussi au point de vue thermométrique. Des expériences de calorimétrie respiratoire donnent les résultats suivants : l'air expiré avec la bouche largement ouverte donne 29° et, avec la bouche presque fermée, 21° ; *a* long donne 28°, *a* bref 24° ; la voix de poitrine, 28°, la voix de tête 25°. Pour transformer les voix froides en voix chaudes, il faut émettre le son avec la bouche largement ouverte; une voix chaude ou froide, au point de vue thermométrique, sera parallèlement chaude ou froide, au point de vue psychologique.

*La philosophie de Tarde.*

M. Lionel Dauriac expose les grandes lignes de la philosophie de Tarde. En particulier, par ses lois de l'imitation, par son interpsychologie, et son intrapsychologie, Tarde, quoique adversaire du darwinisme, a pu paraître sauvegarder les lois de l'évolution ; en outre, il a précisé et justifié les idées d'Auguste Comte, touchant les rapports de la psychologie et de la sociologie.

*Deux cas de neurasthénie grave guéris par la suggestion hypnotique.*

M. Damoglou (du Caire). — Ces guérisons intéressent, l'une, un journaliste surmené, tabagique, devenu incapable d'écrire une seule ligne ; l'autre, un employé d'administration qui avait été mis à la retraite d'office pour cause de « neurasthénie incurable ».

*Valeur propre du sommeil provoqué en psychothérapie.*

M. Bérillon. — La valeur propre du sommeil provoqué est à la fois trop négligée et trop méconnue en psychothérapie. Dans bien des cas la production de l'hypnose, en dehors de toute suggestion, peut suffire à ramener le calme, à équilibrer l'état mental.

Un vieil adage enseigne que « la nuit porte conseil » ; en réalité, ce n'est pas la nuit qui rend ce service : ce sont certains états intermédiaires entre la veille et le sommeil profond. Quand nous sommes déjà plongés dans un état passif assez accentué, nous acquérons le pouvoir de monoïdéiser, c'est-à-dire de concentrer notre attention avec plus de force sur telle ou telle idée déterminée. Il en résulte que nous y pensons avec plus de force. Nous utilisons à son maximum notre pouvoir de réflexion de

sorte que nous arrivons à des notions plus exactes et plus précises que lorsque notre pensée est contrariée par les influences extérieures qui viennent la distraire. A d'autres points de vue, la sédation qui résulte du sommeil provoqué constitue un état favorable pour l'accomplissement des fonctions de la vie organique. Ainsi, il m'arrive fréquemment de limiter le traitement psychothérapique à des séances de sommeil provoqué. Ces séances constituent des sortes de haltes venant interrompre la dépense exagérée de l'activité nerveuse. Malgré leur durée limitée, elles permettent à l'énergie de s'accumuler. On peut les comparer *aux résistances qui*, placées sur le trajet de courants électriques, permettent d'en doser le débit et d'en limiter la dépense.

---

# BIBLIOGRAPHIE

**Revue des Thèses de Nancy**, par Aubry (Voir p. 230).

VII. — *Microbisme latent et autotoxiinfection, leur rôle dans la pathogénie des neurasthénies, psychonévroses et maladies organiques du système nerveux, particulièrement celles dues à un choc physique ou moral* ; par le Dr Longpretz. (Nancy, janvier 1905.)

A la Clinique de son maître Bernheim, M. Longpretz a cherché, sous l'impulsion de celui-ci, à élucider l'étiologie et la pathogénie des affections du système nerveux consécutives à un traumatisme, ou à un choc moral, sans lésion traumatique proprement dite. Il a été frappé par certains points spéciaux, état nerveux particulier, longue durée de ces affections, marche progressive dans certains cas, avec signes indéniables d'une lésion matérielle organique du système nerveux. Ce sont là des faits qu'un simple ébranlement du système nerveux ne peut expliquer et que l'auteur compare à l'ensemble des symptômes généraux, rencontrés dans un organisme infecté ou intoxiqué. Dans l'impossibilité de trouver dans la plupart des cas la pénétration d'un agent pathogène, ne faut-il pas chercher plus près et dans la cellule même composant l'organisme, la cause de ces altérations. C'est là une hypothèse récente rendue acceptable par l'examen clinique et à laquelle un chapitre biologique apporte les données de la physiologie et de la pathologie moderne. Ces autotoxiinfections ne sont pas suffisantes, il faut aussi tenir un grand compte de la prédisposition héréditaire ou acquise offerte par le

système nerveux, et de l'extrême sensibilité de celui-ci à l'action des agents toxiques. Cet ensemble de causes capables d'agir à un moment donné (poisons cellulaires, toxines microbiennes) est réuni sous le nom de « *microbisme latent* ». Cette thèse intéressante et originale conclut en interprètant de nombreuses observations cliniques, et distingue quatre variétés de névroses dites traumatiques : névroses ou psychonévroses dynamiques autosuggestives, sans lésion dues à la conservation d'impression dans le cerveau des sujets ; névroses ou psychonévroses à évolution organique revêtant un caractère toxiinfectieux et curable ; névroses ou psychonévroses toxiinfectieuses à évolution organique les unes à évolution progressive et incurable, les autres à évolution curable mais laissant une lésion organique, avec infirmité incurable.

VIII. — *Pensées inconscientes et vision de la pensée*, essai d'une explication physiologique du processus de la pensée et de quelques phénomènes « surnaturels » et psychopatiques. par le prof. A. Adamkiewicz, traduit de l'allemand par Mme la baronne Henri de Rothschild. (Paris, Jules Rousset. éditeur, 1906).

La pensée est, suivant la conception dominante, un produit de la conscience, et la conscience, une propriété exclusive et spécifique de l'âme humaine, ne fait pas partie des choses perceptibles par les sens ; elle se soustrait dès lors à toute investigation ; telle est la doctrine enseignée.

Il faudrait, par conséquent, que la conscience, en tant que propriété spécifique de l'âme, et que la pensée, en tant que produit de la conscience, fussent également situées en dehors des limites des phénomènes que l'esprit humain peut saisir, analyser et expliquer.

Si, cependant, on réussissait à résoudre par l'affirmative la question de savoir, d'une part, si l'on peut penser sans le secours de la conscience et, d'autre part, si l'on peut voir ce qu'on pense (les pensées), on n'aurait pas seulement réfuté par là cette idée régnante que la pensée, la conscicnce et l'âme sont choses impossibles à analyser, à approfondir, on aurait encore démontré par là, d'une manière exacte, que le processus de la pensée est un processus perceptible par les sens et que ses sources médiates ou immédiates, la conscience et l'âme, font partie du monde sensible. C'est cette démonstration, que nous avons essayé de fournir dans les pages qui suivent.

Telle est la *Préface* placée en tête de la traduction que Mme la baronne H. de Rothschild a eu la bonne idée de faire pour les lecteurs français qui dédaignent trop la connaissance de l'allemand.

IX. — Lorsque nous avons entrepris la **Bibliothèque d'Education spéciale**, en 1889, nous avions le dessein de réunir successivement, dans l'ordre chronologique, les travaux les plus importants relatifs à l'*idiotie*, ou mieux, aux différentes formes de l'idiotie, disséminés dans les *Traités*, les *Dictionnaires*, les *Journaux* spéciaux.

Le *premier* volume : *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie*, contient la plupart des travaux de 1773 à 1836. Il a été complété, pour cette période, par un *second* volume intitulé : *Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité*, par Itard (1).

Le *troisième* volume, paru en 1895, intitulé : *Rapport et mémoires de Séguin sur l'éducation des enfants normaux et anormaux*, comprenait son rapport sur l'éducation, à l'Exposition internationale de Vienne, en 1877, où Séguin avait été délégué par le gouvernement des Etats-Unis, et deux mémoires spéciaux : *Education psycho-physiologique d'une main idiote*, *éducation psycho-physiologique d'un œil idiot*. Ce volume est épuisé. En attendant que nous puissions le faire réimprimer, nous faisons prendre sa place (volume III), par les Mémoires de Séguin, antérieurs à son *Traité* de 1846 et à ce *Traité* lui-même (volume III *bis*). En tête du Traité, dont la première édition (1846) est épuisée depuis longtemps, et que nous avons réimprimé avec l'autorisation de Mme Séguin et du prof. Séguin, femme et fils de l'auteur, nous avons placé le portrait de Séguin, emprunté à la plaquette « *In memory of Edouard Séguin* », publiée à New-York par les soins de son fils et de ses amis, en 1880. Elle nous a servi, avec nos notes personnelles, à faire un essai biographique, inséré dans l'ancien volume III et que nous reproduirons dans le volume X, en le complétant et en le faisant suivre d'une appréciation de l'œuvre de Séguin que nous persistons à considérer comme un des premiers éducateurs du XIX^e^ siècle.

Outre les volumes dont nous venons de parler, la Bibliothèque d'Education spéciale comprend ou comprendra :

Volume IV : *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés*, rapport fait par nous, au Congrès international d'assistance publique de Lyon (1894), suivi de *Considérations sommaires sur le traitement médico-pédagogique de l'idiotie*.

Volume V : *Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux* (sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc.), par les D^rs^ Hamon du Fougeray et L. Couétoux, préface du D^r^ Bourneville, 1896.

Volume VI : *Assistance et traitement des idiots, imbéciles,*

(1) Avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve, l'éloge d'Itard, par Bousquet et une préface par nous. 1894

*débiles, dégénérés, anormaux, crétins, épileptiques* (adultes et enfants), etc., par le Dr Pornain, avec préface du Dr Magnan, 1900.

Volume VII : *Le dressage des dégénérés, ou orthophrénopédie*, par le Dr H. Thulié, avec 35 figures dans le texte, 1900.

Volume VIII : *Nouvelle méthode pour l'enseignement de la lecture à l'usage des enfants arriérés* ou présentant des troubles de la parole, par Joseph Boyer. Edition illustrée de 150 figures par Jacquin fils.

Volume IX : *Alphabet du dessin, méthode d'enseignement pour les jeunes enfants, en particulier pour les enfants arriérés*, par Mme Paul Bru-Thiellay, avec 19 planches et 127 figures, 1896. Préface du Dr Bourneville.

Ensuite viendront : Volume X : *Rapports et mémoires de Séguin*, de 1846 à sa mort (1880), y compris son rapport à l'Exposition de Vienne et les mémoires sur l'éducation de la main et de l'œil qui formaient autrefois le volume III. (En réimpression).

Volume XI : *Idiocy and its Treatment by the Physiological Method*, by E. Seguin (Traduction en cours).

Volume XII : *Mémoires et discours* de Delasiauve (en préparation).

BOURNEVILLE.

---

# ASILES D'ALIÉNÉS

---

## Concours d'adjuvat des Asiles publics d'aliénés de 1906.

Le concours, commencé le 19 mars 1906, a fini le 31 mars 1906. Le jury était ainsi composé : M. le Dr Drouineau, inspecteur général des services administratifs, président.

Membres : MM. le Dr Joffroy, professeur à la faculté de médecine de Paris ; le Dr Mairet, professeur à la faculté de médecine de Montpellier ; le Dr Régis, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux ; le Dr Giraud, directeur médecin à l'asile de Saint-Yon ; le Dr Dubuisson, directeur médecin à l'asile de Bracqueville (Haute-Garonne) ; le Dr Sizaret, médecin en chef à l'asile de Saint-Méen. — Membre suppléant : le Dr Antheaume, médecin de la Maison nationale de Charenton.

*Questions choisies par le Jury. — 1re Question écrite : Nerf facial* (Anatomie et physiologie). — Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Circulation sanguine du cerveau (anatomie et physiologie); 2° Les espaces sous-arachnoïdiens cérébro-spinaux; Liquide céphalo-rachidien (anatomie et physiologie).

2e *Question écrite : Quelles sont, dans la loi du 30 juin 1838, les dispositions prévues pour éviter les séquestrations arbitraires* Questions restées dans l'urne : 1° De la correspondance de l'aliéné placé dans un asile et de la responsabilité médicale ou administrative. Droits de l'aliéné, de la famille, du service médical et du service administratif ; 2° Aliénés non interdits. Administration de leurs biens.

*Questions orales.* — 1re Séance : 1° *Insuffisance aortique* (*Symptômes et diagnostic*). *Tétanos* (Symptômes et diagnostic). Questions restées dans l'urne : 1° Complication de la scarlatine. Luxation de l'épaule ; 2° Rétention d'urine. Complications de la rougeole.

2e Séance : 1° *Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. Fistules anales* (symptômes, diagnostic et traitement). Questions restées dans l'urne : 1° Complications de la scarlatine, luxation de l'épaule ; 2° Varioloïde (causes, signes et marche de la maladie) — Signes et diagnostic de la hernie étranglée.

3e Séance : 1° *Symptômes et diagnostic de la pleurésie franche aiguë. Symptômes, diagnostic et traitement des fractures de côtes.* Questions restées dans l'urne : 1° Symptômes et diagnostic des anévrismes de l'aorte, tumeur blanche du genou ; 2° Appendicite (médecine et chirurgie).

4e Séance : 1° *Diagnostic de l'anévrisme de la crosse de l'aorte. Diagnostic et traitement de la tumeur blanche du genou.* Questions restées dans l'urne : 1° Appendicites (médecine et chirurgie) ; 2° symptômes, diagnostic et terminaison de la phelgmatia alba dolens. Diagnostic et traitement des hernies étranglées.

Nombre de places mises au concours 10. — Candidats reçus, 10, dont les noms suivent par ordre de classement : 1° M. Vurpas (de Sainte-Anne) ; 2° M. Dromard (du Dépôt) ; 3° M. Ducos (de Château-Picon) ; 4° M. Charpentier (de Sainte-Anne) ; 5° M. Halberschtadt (de Villejuif) ; 6° M. Levassort (du Dépôt) ; 7° M. Renon (de Ville-Evrard) ; 8° M. Daday (de l'asile privé de Privas) ; 9° M. Damaye (de Villejuif) ; 10° M. Viollet (de Sainte-Anne). — 24 candidats s'étaient fait inscrire.— 18 seulement ont pris part aux épreuves.

### Sixième asile de la Seine.

Un arrêté préfectoral du 13 février dit qu'il sera procédé à Paris à une enquête administrative sur l'avant-projet d'acquisition de terrains sis sur les communes de Bondy et des Pavillons-sous-Bois, en vue de la création du *sixième* asile d'aliénés, et nomme une commission qui sera présidée par M. Defrance, directeur des affaires départementales. Les asiles existants sont : l'asile Clinique (Saint-Anne), les asiles de Maison-Blanche, Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Moisselles, administrés par le département et

les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière administrés par l'Assistance publique.

### Asiles d'aliénés

*Mouvement d'avril.* — M. le Dr Thivet, médecin en chef à Clermont (Oise), nommé à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Danjean, médecin-adjoint à Lafond (Charente-Inférieure), nommé médecin-adjoint à l'asile de Montdevergnes (Vaucluse) en remplacement du Dr Castin, nommé à l'asile de Dijon. — M. le Dr Charuel, médecin en chef à l'asile de Maréville, promu à la 2e classe du cadre.

En conformité du décret du 14 août 1905 : Les traitements des médecins-adjoints dont les noms suivent ont été par voie de régularisation élevés : 1° de 3.000 fr. à 3.500 : MM. Vernet (Moulins) ; Gimbal (Prémontré) ; Ameline (Dun-sur-Auron) ; Capgras (Dun-sur-Auron) ; Mercier (Pierrefeu) ; Masselon, (Clermont-Oise) ;—2° de 2.500 fr. à 3.000 fr. : MM. Lépine (Bron) ; Tissot (Dury).

A la suite du concours du mois de mars 1906, ont été nommés médecins-adjoints : MM. Vurpas;(chef de clinique à Sainte-Anne) ; Dromard (nommé médecin-adjoint à Marseille) ; Ducos (nommé médecin-adjoint à Lafond) : Charpentier (nommé médecin-adjoint à Saint-Gemmes-sur-Loire) ; Halberchtadt (nommé médecin-adjoint à Saint-Dizier) ; Levassort (nommé médecin-adjoint à Bailleul) ; Bernou (mis en disponibilité sur sa demande) ; Daday (médecin-adjoint à Privas) ; Darnay (médecin-adjoint à Bassens) ; Viollet (encore non placé).

### Un asile de fous au Caire en 1839.

« .... Une cour de quarante pieds carrés, environnée de murailles prodigieuses de hauteur, qui laissent à peine entrer le jour ; dans l'angle, une petite porte de trois pieds de haut, barricadée de chaînes à travers lesquelles on passe avec peine. Chaque côté des murs, sont percées de petites niches de quatre pieds carrés, garnies d'énormes grilles de fer, et là dedans, sans vêtements, assis sur la pierre, sans autre paillasse que leurs ordures et une épaisse couche de poussière, sont les malheureux privés de leur raison, une double et lourde chaîne au cou, dont les extrémités viennent s'attacher à de gros anneaux extérieurs, et dont le frottement perpétuel sur la pierre l'a détruite et creusée à plus de deux pieds.... » (Horace Vernet in *Nouveaux Lundis de Sainte-Beuve*, t. V, p. 93).

# VARIA

## Prix de l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 12 décembre 1905, sous la présidence de M. Léon Colin. Des prix décernés nous relevons les suivants relatifs à des travaux de pathologie mentale et nerveuse .

*Prix Alvarenga de Piauhy* « Brésil » 800 francs.— Une mention très honorable est accordée à M. le Dr A. Gaussel, de Montpellier. Contribution à l'étude pathogénique de la paraplégie du mal de Pott.

*Prix Civrieux.* — 800 francs. — Question : Des délires chez les épileptiques. Deux mémoires ont été présentés. Le prix est décerné à M. le Dr Gimbal, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré. Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Jacquemart, de Paris.

*Prix Clarens.* — 400 francs. — Quatorze mémoires ont été présentés. L'Académie accorde une mention très honorable à MM. les Drs H. Triboulet, Félix Mathieu, de Paris, et Roger Mignot, de Ville-Evrard. Traité de l'alcoolisme.

*Prix Desportes.*— 1.300 francs. — Dix-sept mémoires ont été présentés. L'Académie accorde une mention honorable à M. le Dr Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif : Ensemble des mémoires concernant la thérapeutique générale et le traitement de l'épilepsie.

*Prix Théodore Herpin* (de Genève).— 3.000 francs.— Huit mémoires ont été présentés. Le prix est décerné à M. le Dr O. Crouzon, de Paris : Des scléroses combinées de la moelle.— Des mentions honorables sont accordées à : 1° MM. les Drs Jean Camus, et P. Plagniez, de Paris. Isolement et psychothérapie. Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie. Pratique de la rééducation ; 2° M. le Dr Maxime Laignel-Lavastine, de Paris. Recherches sur le plexus solaire ; 3° le Dr Millian, de Paris : Le liquide céphalo-rachidien.

*Prix Lefèvre.* — 1.800 francs. — Question : De la mélancolie. Trois manuscrits ont été présentés. Le prix est décerné à M. le Dr A. Masselon, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise).

*Prix Henri Lorquet.*— 300 francs. — Sept mémoires ont été présentés. Le prix est décerné à M. Emile Lauvrière, professeur agrégé au lycée Charlemagne, Paris : Edgar Poe, sa vie et son œuvre, étude de psychologie pathologique. L'Académie accorde en outre des mentions honorables à : 1° M. le Dr Roger Dupouy, de

Paris, ancien interne des asiles de la Seine. Les psychoses puerpérales et le processus d'auto-intoxication ; 2° à M. le Dr Wahl, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre : assistance des enfants anormaux.

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1906, 1907 et 1908.

*Prix Baillarger*. — 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

*Prix Charles Boullard*. — 1.200 francs. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant, ou en en atténuant la marche terrible.

*Prix Civrieux*. — 800 francs. — Question de l'homicide en pathologie mentale.

*Prix Théodore Herpin* (de Genève). — 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

*Prix Lelièvre*. — 1.800 francs. — Question : De la mélancolie.

*Prix Henri Lorquet*. — 300 francs. — Ce prix sera décerné à à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Nota. — Les concours de l'Académie sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin ; ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs. Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit. Le même ouvrage, ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

### Hommage au Dr Magnan.

Le Dr Magnan, médecin de l'Asile Clinique (Sainte-Anne), membre de l'Académie de Médecine, a consacré plus de quarante années à l'étude des maladies mentales et à l'amélioration du sort des aliénés. Ses amis, ses collègues et ses élèves ont l'intention de lui offrir une médaille à l'occasion de son jubilé. Ils ont constitué un Comité de Patronage qui fait appel à tous ceux qui sont attachés au Docteur Magnan par les liens de l'amitié, de l'estime ou de la reconnaissance. L'exécution de la médaille est confiée à M. le docteur Paul Richer, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts. Le chiffre de la cotisation n'est pas limité. Toute souscription de 25 francs donne droit à une médaille en bronze qui sera expédiée avant la fin de l'année 1906. La souscription est ouverte jusqu'au 15 juin 1906. Les cotisations sont reçues

par M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris. — Les Secrétaires du Comité : Docteurs S. Lwoff et P. Sérieux, médecins des Asiles d'aliénés de la Seine, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

### Comité national français pour l'étude et la protection de l'enfance anormale.

Le Comité, dans son assemblée générale du 5 avril, a procédé à l'élection de son conseil d'administration et ce conseil est composé de : MM. Baguer, directeur de l'institut départemental de sourds-muets d'Asnière ; le Dr Bäumel, professeur à la faculté de médecine de Montpellier ; le Dr Beauvisage, professeur à la faculté de médecine de Lyon, adjoint au maire ; Mlle Besnard, économe au Lycée Edgar-Quinet à Lyon ; MM. Chaillet, instituteur à Lyon ; le Dr Courjon, directeur général de l'établissement médical de Meyzieu ; Courjon (A.), externe des hôpitaux de Lyon ; le Dr Devay, médecin en chef de Saint-Jean-de-Dieu, Lyon ; Dupont, professeur à l'institution nationale des sourds-muets de Paris ; Mlle De Fassion, directrice d'école municipale à Lyon ; MM. Grandvilliers, directeur de l'enseignement à l'établissement médico-pédagogique de Meyzieu ; Goujon, entrepreneur à Lyon ; Hugenrobler, directeur de l'institution des sourds-muets de Villeurbanne ; le Dr Larrivé, médecin-directeur de la maison de santé de Meyzieu ; le Dr Legrain, médecin en chef des asiles de la Seine, membre du Conseil supérieur de l'assistance publique ; Mortamet, architecte à Lyon ; Paufique, membre de la Chambre de Commerce de Lyon ; Mme Roche, directrice d'école maternelle à Lyon. M. le Dr Bourneville a été acclamé membre d'honneur ; Mme Lucie Félix-Faure Goyau est nommée présidente d'honneur.

Le Conseil d'administration s'est réuni le jeudi 12 avril, à 3 h. après-midi, au Palais des Arts. Ordre du jour : 1° Election du bureau; 2° Elaboration d'un programme d'action.

### Enfants anormaux. Aveugles et sourds-muets.

Paris, le 31 janvier 1906.

Le Ministre de l'Intérieur à Messieurs les Préfets.

La situation des enfants anormaux préoccupe très vivement les pouvoirs publics, et mon administration, dont dépendent tous les établissements réservés aux aveugles et aux sourds-muets, qui ont, d'ailleurs, un caractère primordial d'assistance, tient à assurer à ces déshérités, en dehors de l'enseignement primaire, les moyens d'apprendre un métier, indispensable à leur existence.

Cet enseignement professionnel spécial qui, pour les sourds-muets, notamment, doit être dirigé vers les professions manuel-

les et de préférence vers celles de l'agriculture et de l'horticulture, ne peut être donné que dans des internats ; il est donc très important, pour me permettre de répondre aux vœux formulés par le Parlement au sujet de ces deux catégories d'anormaux, que je connaisse, exactement le nombre des places disponibles dans chacun des établissements de sourds-muets et d'aveugles existant dans votre département.

Je vous prie, en conséquence, de me fournir des renseignements très précis à ce sujet en les complétant par des indications sur l'organisation de l'établissement existant et sur les garanties qu'il offre pour l'éducation, l'enseignement primaire et professionnel de ces infirmes, en même temps que sur l'assistance qu'il leur donne dans le but de leur procurer des emplois et de les mettre à même de suffire à leurs besoins ; ces renseignements seront complétés par le prix de pension intégral payé pour chaque hospitalisé, et par l'indication des sacrifices que s'imposent les départements, les communes et les œuvres de bienfaisance en faveur de ces jeunes aveugles et de ces jeunes sourds-muets.

Lors de la discussion du budget du Ministère de l'Intérieur à la Chambre des Députés, la création d'établissements régionaux pour les sourds-muets et les aveugles ayant été soulevée, je vous invite à me faire savoir si, parmi les établissements spéciaux dont il s'agit existant dans votre département, il vous paraîtrait possible d'opérer la transformation en institution régionale de l'un d'eux dans de bonnes conditions et sans trop de dépenses.

Il est bien entendu que les premières créations d'établissements régionaux devraient avoir lieu dans les parties de la France éloignées du centre du recrutement « des Institutions Nationales « de Paris, Bordeaux, et Chambéry, qui disposent actuellement « d'un certain nombre de places vacantes. » Vous voudrez bien faire connaître cette situation particulière au Conseil Général de votre département.

Le Ministre de l'Intérieur. Pour le Ministre : Le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publique, MIRMAN.

---

# FAITS DIVERS

NOUVEAU JOURNAL. — L'*Education moderne* : Hygiène scolaire, éducation physique, biologie et pédagogie, enfants anormaux. Directeurs : Dr Jean PHILIPPE et Dr Paul BONCOUR. — Programme de la revue par les directeurs. — Hygiène du livre à l'école, par A. Marie. — Les enfants menteurs, par Pierreson. — Education physique au Japon, par J. Tillier. — Les illettrés dans l'armée,

par G. Paul-Boncour. Editeur, Paulin, 21, rue Hautefeuille. Prix de l'abonnement : Paris et départements, 10 fr.; Etrangers : 12 fr. Prix du numéro 1 fr. — Nous félicitons les fondateurs de ce journal de leur heureuse idée et faisons les vœux les plus sincères pour leur succès.

Les désespérés. — Le sieur Alfred Boulard, 49 ans, employé de chemin de fer, à St-Jacques de Lisieux, a été trouvé pendu dans sa cave. Boulard *s'adonnait à la boisson* et avait manifesté plusieurs fois l'intention de se suicider. Il était père de 5 enfants.

— On a trouvé, pendu dans sa chambre, le sieur Jean Jamet, 50 ans, tailleur de pierres à Vire. On croit que Jamet, qui s'enivrait souvent, s'est suicidé dans un accès d'alcoolisme. (*Le Bonhomme Normand*, 26 janv., 1er février 1906.)

Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts (au siège de l'Institut psycho-physiologique). — Cours de psychologie appliquée et de psychothérapie. — M. le Dr Bérillon, professeur à l'Ecole de physiologie, commencera ce cours le mardi 8 mai, à cinq heures (Salle des Conférences de l'Ecole, 49, rue Saint-André-des-Arts) et le continuera les mardis et jeudis, à cinq heures. Sujet du cours : Application de l'hypnotisme à la psychologie, à la thérapeutique, à la pédagogie des enfants vicieux ou anormaux. — La leçon d'ouverture aura lieu sous la présidence de M. le Dr Huchard, membre de l'Académie de médecine.

Suicides d'adolescents. — Un élève de l'Ecole des Arts-et-Métiers, Léon M.., âgé de dix-sept ans, s'est suicidé au domicile de ses parents, 13, rue de Chabrol, en absorbant du cyanure de potassium. A aucun moment l'infortuné jeune homme n'avait manifesté l'intention de mettre fin à ses jours et ses parents ne savent à quelle cause attribuer sa funeste détermination. (*L'Aurore*, 23 avril 1906.)

Une triste hérédité. — *Un mari et sa femme, issus d'une famille de criminels et de fous, sont condamnés à mort, puis graciés.* — Saint-Gall, 1er avril. Par dépêche de notre correspondant particulier.) — Le *Journal* a rendu compte en son temps, de la double condamnation à mort du ménage Schubinger, dans le canton de Saint-Gall, à la suite de brigandage et d'assassinat. Le grand conseil saint-gallois avait commué la peine de mort en celle de la détention perpétuelle, alléguant l'hérédité. On ne se doutait guère des conditions spécialement anormales et des tares affreuses qui sont à la charge de cette famille.

Le père de la femme Schubinger était fou par intermittence et avait des accès de fureur ; sa grand'mère était anormale ; une sœur de cette dernière mourut dans une maison d'aliénés ; une autre se jeta à l'eau ; une troisième se frappa volontairement d'un

coup de hache sur la tête ; une fillette de cette dernière fut, des années durant, atteinte de mélancolie très prononcée ; un fils s'est tué avec son fusil d'ordonnance ; une autre fille se jeta à l'eau.

La série n'est pas finie. Deux tantes de la femme Schubinger étaient atteintes d'hypochondrie : l'une des deux s'est coupé la main gauche d'un coup de cognée. Un frère de la condamnée se trouve en ce moment au pénitencier pour crime d'incendie.

Il serait assurément difficile de réunir, dans une même famille, un tel amoncellement de tares ! (*Le Journal*, 2 avril 1906).

---

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

---

**En vente aux Bureaux du « Progrès Médical »**
**14, rue des Carmes.**

Bourneville. — *Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves.* In-16 de 32 pages avec 22 fig. Prix : 1 franc. Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75.

Bourneville. — *Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral.* In-16 de 24 pages. Prix : Pour nos abonnés (franco) : 0 fr. 50.

Bourneville. — Rapports présentés à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine en 1904 : Admission dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière des malades reconnus aliénés dans les hôpitaux de l'assistance publique ; — Rapport à l'occasion du XIII[e] Congrès des médecins aliénistes de France ; Visite de la section des enfants de Bicêtre et de la Fondation Vallée ; Rapport sur les budgets de l'asile de Villejuif ; — Rapport au sujet de la réforme de l'*Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières*, documents, statistiques, sur les écoles municipales et discussions. Programmes. Règlements. In-4° de 150 pages avec de nombreux tableaux.

Pailhas (B). — *Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales.* Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Rennes du 1[er] au 7 août 1905, suivi de la discussion complète. 1 vol. In-8° de 154 pages. Prix : Pour nos abonnés (franco) : 1 fr. 50.

Séguin (Edouard). — *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés* dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles muets, non sourds, bègues, etc. Préface par Bourneville, 1 vol. In-8° de 535 pages avec un portrait de l'auteur. Prix 10 fr. — Pour nos abonnés, 8 francs.

---

Adamkiewicz (A.). — Pensée inconsciente et vision de la pensée. Traduit de l'allemand par la baronne Henri de Rothschild. 1 vol. in-8° de 98 pages. Prix : 2 fr. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne.

Bruel (A.). Traitement des chorées et des tics de l'enfance. Un vol. in-8° de 104 pages. Thèse de Paris. Librairie Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

BELLETRUD ET ED. MERCIER. — L'affaire Ardison. 1 vol. In-8° de 123 pages. Librairie G. Steinheil, 1, rue Casimir-Delavigne.

PETIT (E. P.). — Paralysies faciales récidivantes et paralysies faciales à bascule. 1 vol. in-8° de 120 pages. Thèse de Paris. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne.

ZIMMERN (A.). Eléments d'électrothérapie clinique. 1 vol. in-8° de 293 pages. Prix : 8 fr. Librairie Masson, 120, Bd Saint-Germain.

---

BOUGHTON (Th. M.). The increase in the number and size of the medullated fibers in the oculo-moteur nerve of the cat at different ages. In-8° de 16 pages.

FABRIZI (G.). et FORLI (V.). — Contributo allo studio delle deformita congenite familiari delle extremita. In-8° de 24 pages. Roma.

FRANKL-HOCHWART. — Der meniersche symptomenkomplex. 1 vol. in-8° de 102 pages. Holder à Wien.

HUGGARD (W. R.). — A handbook of climatic treatment. 1 vol. in-8° de 536 pages. Macmillan à Londres.

LAKEVILLE, CONN. — Biennal report of Connecticut school for imbeciles. In-8° de 18 pages.

MADRID-MORENO. — Las terminaciones nerviosas en las ventosas de algunos cefalopodos. In-8° de 16 pages. Gaceta à Madrid.

RIVA (G.). — Annuario del manicomio provinciale di Ancona. 1 vol. in-8° de 126 pages. Marchetti à Ancona.

MARIE (A.). — La démence. 1 vol. in-18 de 500 pages avec fig. Prix : 4 fr. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

PILLSBURY (W. B.). — L'attention. 1 vol. in-18 de 308 pages avec fig. Prix : 4 fr. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

---

**AVIS A NOS ABONNES.** — *Nous leur rappelons que les abonnements combinés aux* **Archives de Neurologie** *et au* **Progrès médical** *sont de 28 fr. pour la France et 30 fr. pour l'Etranger et que par conséquent en ajoutant 8 fr. pour Paris, 6 fr. pour la province, 7 fr. pour l'étranger à leur abonnement des* **Archives** *ils peuvent recevoir les deux journaux. Nous nous adressons plus spécialement aux médecins des asiles, dont les deux journaux ont soutenu régulièrement leurs intérêts professionnels et grâce auxquels des réformes importantes, morales et matérielles, ont été réalisées.*

*Nous sommes à leur disposition pour compléter dans de bonnes conditions les années qui manquent à leur collection. — La collection complète : 1880 à 1905 inclusivement,* **prise dans nos bureaux**, *est de 150 fr. ; la 2e série de 1896 à 1905 est de 100 fr.* (*Voir les* **annonces** *après le* **Sommaire**.)

*Le rédacteur-gérant :* BOURNEVILLE.

---

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. XXI. Mai 1906 N° 125

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE MENTALE

### Folies traumatiques et accidents du travail ;

Par le Dr A. MARIE, médecin en chef des Asiles (1).

BIBLIOTHÈQUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux cas observés dans le service nous ont paru correspondre à des troubles mentaux développés à assez longue échéance (3 ou 4 années après le traumatisme crânien accidentel), et cependant assez étroitement liés à lui bien que d'une interprétation médico-légale délicate.

Chez ces deux malades les suites de l'accident et les appréhensions d'amoindrissement définitif au point de vue professionnel se traduisaient par une dépression psychasthénique accompagnée de troubles somatiques tels que ceux de la mélancolie atténuée, mais cependant très réelle.

Le sentiment net de déséquilibre vaso-moteur et d'impotence psychique aboutissait à une véritable hypochondrie morale avec phobie de la lutte pour l'existence et terreur du lendemain et de la détresse finale lors de la vieillesse imminente.

Il résultait un véritable shock à la fois physique et moral de l'accident et des préoccupations inhérentes à ses suites et aux difficultés de procès et litige pendants relatifs aux dédommagements attendus.

Obs. XII. — Ch...., G. (*C. médical*, 6 oct. 1905.) — A la suite d'une fracture du crâne et du tiers antérieur de la branche gauche du maxillaire inférieur à la date du 22 septembre 1901, le sieur Ch..., a présenté de l'amnésie, des idées sombres, des pho-

(1) Voir n° 124, page 305.

bies, des idées fixes et de persécution du dérobement des jambes de la faiblesse musculaire. Il devient parfois violent sans raison ; état physique très amoindri à la suite de neurasthénie traumatique.

*C. quinzaine* : Est atteint de dépression avec état neurasthénique consistant en douleurs erratiques, apathie et indifférence, préoccupations hypochondriaques, monoidéisme relatif à un accident antérieur auquel il rapporte tout ce qu'il éprouve. Affirme une lacune d'environ 2 mois contemporaine du traumatisme et de ses suites chirurgicales (quand il en parle avec détail, c'est par ouï-dire affirme-t-il ?) L'accident a consisté dans la chute du haut d'un échaffaudage écroulé en réparant une écluse de canal ; 3 mois à l'hôpital, cerclage de l'angle du maxillaire inférieur.

Céphalalgie, irritabilité nerveuse, insomnie, se croit épié pour surprendre une simulation supposée.

A observer. (L'internement est survenu 4 ans après le traumatisme accidentel.)

Obs. XIII. — Chap.... (*C. immédiat*, 20 novembre 1905.) — Est atteint de dépression avec apathie, incapacité de s'occuper et de fixer son attention à un travail suivi, douleurs vagues erratiques, insomnie, craquements à la nuque, plaques d'anesthésie sacrée, hémidysesthésie gauche, affaiblissement musculaire et *tremblements fibrillaires*. — Pas de cauchemars ni de pituite, pas d'antécédents éthyliques, mais traumatisme datant du 13 novembre 1902. (certificat de M. le Dr Ricard) et anosmie persistante consécutive à une fracture de la base du crâne (certificat du Dr Castex).

Raptus impulsifs violents, colère subite, ne supporte pas les siens ; rougeurs de la face par accès et dermographisme, réflexes exagérés.

*C. quinzaine* : Dépression mélancolique avec préoccupations hypochondriaques, céphalée neurasthénique et douleurs erratiques variées (rougeurs et dermographisme), troubles vasomoteurs. — Préoccupations monotones relatives à un accident du travail à dater duquel il n'aurait plus pu travailler comme avant. Ecoute tous les craquements de sa machine et par cette introspection maladive rattache tout aux suites d'un traumatisme réel dont il est difficile d'établir le rapport effectif avec les troubles nerveux et mentaux actuels; une partie semble toutefois s'y référer, l'anosmie en particulier. A observer.

— Dans d'autres cas, une prédisposition préalable nette, voire même un état psychopathique antérieur à l'accident peut se combiner à des accidents cérébraux traumatiques non moins réels.

Obs. XIV. — Rous... A. (*Certificat médical*, 13 juin 1903.) — Hospitalisé dans le service depuis plus d'un mois, trouble actuellement le repos des malades, dangereux pour lui-même et pour les autres, à diriger sur Sainte-Anne. (Diagnostic hésitant entre *simulation* et *état délirant vrai*.) Un procès en dommages et intérêts est engagé.

Signé : Dr Sicard.

(*C. de situation*, 20 juin 1904.) — Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, confusion mentale, consécutives à un traumatisme accidentel datant de deux ans environ.

L'amnésie paraît persistante et définitive ; dilatation pupillaire et tremblement des muscles. (Le malade nie l'alcoolisme.)

A maintenir, hors d'état de se diriger (idées de grandeur naissantes.)

*Conclusions d'expertise* : Intellectuellement, le malade Rous... a toujours été un débile, ainsi qu'en témoignent d'ailleurs son allure et ses conceptions antérieures et leur caractère à la fois enfantin et ambitieux. Ses intentions sont naïves et s'il n'a peut-être pas, avant son accident, manifesté d'idées à proprement parler délirantes, il dut toujours donner la preuve d'une certaine puérilité.

Actuellement, ses dires sont incohérents et niais. On y relève des idées incohérentes de grandeur à côté de quelques idées de persécution.

L'amnésie que nous observons chez lui ne rentre dans aucun cadre clinique. Son caractère d'intermittence lui donne un cachet fantaisiste, paraissant lié à la simulation. Cette amnésie ne ressemble pas à celle que l'on observe à la suite de troubles épileptiques, de lésions circonscrites du cerveau, de la paralysie générale, pas plus qu'à celle des névroses traumatiques. Il y a lieu cependant de réserver le diagnostic au sujet des vertiges épileptiques, bien que, depuis son entrée à l'Asile, R., n'ait présenté aucun accident rappelant un trouble comitial.

Il convient d'observer encore que la dissimulation même derrière laquelle il se retranche est niaise et indique la débilité de son état mental. Le traumatisme, qui a pu donner un coup de fouet à un état mental antérieur déjà déséquilibré, n'a joué qu'un rôle occasionnel accessoire dans l'évolution du trouble intellectuel dont est atteint Rous.... Ce malade exagère ses troubles intellectuels en ce qui concerne ceux de la mémoire quant à savoir s'il existe des présomptions graves, précises, concordantes, permettant d'affirmer que l'accident du 22 décembre 1901 a contribué à produire l'état dans lequel se trouve Rous... ; voici tout ce que l'observation clinique nous permet d'affirmer.

Obs. XV. — M. Tissot a présenté, le 28 décembre 1903, à la Société médico-psychologique l'observation d'une malade qui, à la suite d'un traumatisme léger, fit de la neurasthénie hypochondriaque. Cet état, loin de rétrocéder, tourna à la chronicité et sept ans après il se compliqua d'un délire de persécution. Y a-t-il lieu de considérer cette psychonévrose et cette folie systématique comme des complications prochaines et éloignées de l'accident ? A ce titre l'auteur du dommage semble-t-il devoir être rendu responsable ? Certains arrêts repoussent cette interprétation :

Ex : *Il ne saurait être tenu compte de phénomènes purement subjectifs, conséquence de l'état mental de l'ouvrier, la volonté de celui-ci de plus ou moins réagir étant susceptible d'aggraver les troubles dont il se plaint.*

(Tribunal civil de Valenciennes, audience du 20 novembre 1905.)

L'histoire clinique de la malade montre chez elle une prédisposition aux troubles mentaux qui se révèlent par quelques tares et dans diverses circonstances de sa vie. Pour l'auteur précité, cette constitution psychique commandait la nature des complications constatées bien plus que le trauma lui-même ; il en faut tenir grand compte dans l'appréciation des responsabilités, qui doivent de ce chef être atténuées dans une large mesure sans toutefois être niées.

La prédisposition joue, en effet, ici un rôle considérable, tout comme pour les psychoses d'origine non traumatique. Et, bien que la folie traumatique ne soit pas très rare, on doit reconnaître, avec Richardson, que l'entourage est porté à exagérer l'influence du trauma comme cause de folie.

Néanmoins, des arrêts nombreux ont tranché la question des responsabilités en faveur des accidentés « sans vouloir tenir compte de la constitution antérieure du malade », et alors même que des attestations médicales rapportaient à cette constitution même l'étiologie morbide. (Arrêts d'Orléans, 8 août 1900 ; Nancy, 10 juillet 1901 ; Saint-Quentin, 9 juillet 1903 ; et Paris).

Cette thèse générale peut s'appliquer aux hypothèses

spéciales de psychoses post-traumatiques qui nous occupent.

Mais il y a plus, avons-nous dit, et de même qu'on admet que les névroses traumatiques peuvent naître sans hérédité, du fait même de certaines conditions particulières du traumatisme (railway spine, etc.), de même on pourrait admettre des accidents cérébraux traumatiques réalisant des troubles mentaux analogues à ceux des dégénérés, sorte de dégénérescence acquise individuellement en dehors de tares ancestrales particulières.

Il y a donc deux questions bien distinctes à poser : A. Le blessé était-il ou non un taré ? B. La folie est-elle la conséquence de son accident ou de sa tare ?

Encore l'absolu de cette seconde question devrait-il être mitigé pratiquement par les atténuations possibles de la résistance psychique, toujours particulièrement délicate à poser ici, comme en matière de responsabilité criminelle.

Les antécédents héréditaires, d'autre part, peuvent exister très évidents et très lourds sans que pour cela ils influent forcément sur l'état mental morbide dû à l'accident. Celui de nos malades qui reçut une lame pénétrante dans l'occipital et devint hémiplégique et épileptique par section de la capsule interne gauche, était en outre fils et petit fils d'aliénés, neveu d'alcoolique et alcoolique lui-même.

La gravité et la netteté du traumatisme accidentel peuvent rejeter néanmoins au second plan les éléments morbides héréditaires et personnels, en même temps que la nature des troubles moteurs et psychiques relèvent manifestement d'une hémisection de la capsule par pénétration de la lame ; tout au plus pourrait-on discuter si l'hémiplégie et l'épilepsie post-traumatique aurait entraîné l'impulsivité post-comitiale et la démence intercalaire précoce aussi rapidement sans prédispositions. La démence moindre d'un tel hémiplégique, à crises épileptiques graves et fréquentes bien que sans dégénérescence, n'en aurait pas moins nécessité les mêmes mesures d'internement.

Observation XVI — Mazill... trente-quatre ans, célibataire

maréchal ferrant, interné pour paralysie générale, le 30 janvier 1901, (non-lieu de vagabondage). L'année d'avant, traumatisme grave par tamponnement d'un train. Coup de pied de cheval à la région pariétale droite, il y a plusieurs années. Cicatrices adhérentes et dépression osseuse. Attaques épileptiformes à l'asile; parle de son accident durant la crise. Embarras de la parole, obtusion intellectuelle.

Oscillations pupillaires et réflexes très exagérés. Mouvements automatiques au lit la nuit (croit travailler à la forge, comme au temps de son coup de pied de cheval). Parle seul avec un interlocuteur imaginaire. Il se pourrait que le tamponnement fût déjà dû à l'inconscience du paralytique au début.

Etat stationnaire en juillet 1902. Mort en janvier 1905, au cours d'une attaque épileptiforme.

Observation XVII. — Walter, 61 ans, démolisseur reçoit une charpente sur la tête. A l'hôpital présente de l'excitation maniaque, turbulence nocturne, cris, divagation, incohérente. Hallucinations nocturnes. Amnésie totale de l'accident. Obtusion intellectuelle persistante après cessation de l'excitation maniaque, mais permettant la sortie réclamée par la famille.

C. de situation 6 mai 1901 : Est atteint d'obtusion intellectuelle stigmates physiques de dégénérescence ; il se plaint toujours d'impotence et de douleurs au niveau de la portion cervico-dorsale de la colonne vertébrale ; mais il est difficile de rattacher nettement ce malaise à un accident sur lequel nous ne possèdons aucun renseignement (le malade ne se souvient de rien de ce qui se serait passé au moment du dit accident). S'il y a eu accident, il est probable que le schok ressenti est la cause de l'obnubilation et de l'agitation confuses observées à l'entrée à l'asile, mais le malade était un débile congénital et sort de cette épreuve plus débile encore ; il semble difficile qu'il puisse sortir et subvenir à ses besoins seul.

Observation XVIII. — Il y a 27 mois, a été jeté au bas d'un escalier de 37 marches, en faisant son service de nuit au chemin de fer de ceinture. N'a pas perdu entièrement connaissance ; avait la cheville brisée au pied droit, et l'astragale fracturé. On a dû en faire l'ablation comme le montre la déformation du pied et comme le confirment à la fois la radiographie et la nécropsie. Ne buvait pas.

Au moment de l'internement, il avait 20 ans de bons services dans l'administration des chemins de fer, et n'avait plus que quelques mois à faire pour obtenir sa retraite, reversible en partie sur sa veuve ; aurait eu un écoulement de sang et de liquide séreux par l'oreille durant plusieurs jours à l'hôpital après son accident. En dernier lieu, il urinait au lit, divaguait. Cauchemars. Voyait des voleurs la nuit.

C. Médical. — 26 mars 1904. Est atteint de paralysie générale. Démence. Embarras considérable de la parole. Actes inconscients Gâtisme. Incapacité absolue de se diriger. *La maladie est attribuée à un traumatisme remontant à deux ans.* (chemin de fer).

Dr P. Garnier.

C. Immédiat. — 27 mars 1904. Est atteint de paralysie générale, ne peut donner aucun renseignement. Gâtisme. Fracture bi-malléolaire du côté droit ; avril 1904. Est atteint de paralysie générale, inconscient par démence. Gâtisme et faiblesse musculaire (contractions spasmodiques). Déformation du coup de pied droit. Traumatisme ancien. — A maintenir. Dr Marie.

Est décédé à l'asile de Villejuif, le 3 août 1904, par suite de méningo-encéphalite ; cette affection était consécutive à un traumatisme remontant à deux ans (si la chute accidentelle, cause de ce traumatisme, n'a pas été la cause unique de la méningo-encéphalite, elle en a pu être une cause déterminante active, si l'on en juge par les dégâts osseux constatés à l'autopsie et à la radiographie du membre infirme, consécutivement au traumatisme).

La question du droit d'indemnité de la veuve était ici des plus délicate à trancher.

« Où commencera la difficulté, dit encore Christian, c'est dans les cas, et ce sont les plus fréquents, où, après les symptômes immédiats plus ou moins graves, le blessé paraîtra revenu et définitivement revenu à son état normal. Pourra-t-on affirmer que tout se bornera aux troubles passagers de quelques jours ou de quelques heures, que la guérison sera certaine et durable ? Bien téméraire serait le médecin qui se montrerait affirmatif. Quelle que soit l'apparente insignifiance des accidents du début, l'expert devra toujours montrer la plus grande réserve pour l'avenir ; c'est une règle dont il ne faut jamais se départir. Cette réserve et cette prudence sont plus que jamais de mise avec la législation nouvelle votée depuis que ces lignes furent écrites, en ce qui concerne les accidents du travail.

La loi du 9 avril 1898 ne vise, en principe, que les établissements industriels, mais, comme l'a fait remarquer Lucas-Championnière, le public s'est chargé d'opérer l'extension de fait.

« Nous voyons tous les jours, dit-il (Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1903), des gens, domestiques ou em-

ployés, qui se croient des droits acquis par la loi et qui consultent pour demander des indemnités.

« Comme, cependant, la loi nouvelle ne fait rien pour eux, ils sont tout disposés à recourir à la justice pour faire des réclamations de droit commun qu'ils n'auraient jamais fait autrefois. Certainement, ces réclamations se multiplieront à cause de l'exemple donné par la loi sur les accidents, et il sera difficile aux tribunaux de les rejeter. Il s'ensuit que les questions relatives à la gravité des accidents, à leurs relations avec le traumatisme ou plutôt avec le travail, et leur pronostic, forment désormais un groupe de questions capitales pour l'exercice de la médecine.

« L'appréciation des dommages éprouvés est déjà difficile, mais la difficulté se complique étrangement de l'état psychologique des intéressés. Cet état psychologique mériterait d'être étudié par un spécialiste. »

Sur le terrain des troubles cérébraux ou mentaux associés au traumatisme, la simulation ou du moins l'exagération voulue de certains signes n'est pas, en principe, impossible, bien que rare ; cela s'explique par la rareté des cas où une demi-conscience du malade pourrait lui permettre d'exagérer certains troubles nerveux ou cérébraux réels, et par difficulté de simulation au cas où aucun phénomène psychopathique n'existerait.

Si le malade seul peut difficilement user de ruse, la famille complice peut parfois tramer, avec ou sans lui, un complot vis-à-vis duquel l'expert doit être en garde. Dans une observation de Dubuisson, entourée d'ailleurs d'obscurités, un ouvrier blessé à la tête par une voiture aurait éprouvé ensuite certains troubles des facultés.

Une demande d'indemnité ayant été mal accueillie, cet ouvrier fut placé volontairement dans un asile et retiré au bout de quelques jours par sa famille, qui vint réclamer peu après un certificat d'aliénation mentale.

L'entrée à l'asile parut être un moyen d'obtenir une pièce importante pour entamer un procès ; le certificat fut refusé. Le malade, d'ailleurs, pendant la courte période d'observation, n'avait présenté aucun signe bien net de la folie.

L'opportunité d'un spécialiste psychologue s'impose

donc en raison des questions de psychopathologie susceptibles de se poser à l'occasion des traumatismes accidentels. Si l'on en croit M. Lucas-Championnière, elle ne serait pas de trop dans l'hypothèse de la simulation ordinaire et des névroses traumatiques hystériformes (*l. c.*).

A ce seul point de vue, sur le terrain psychologique et surtout psycho-pathologique, les quatre jours d'incapacité de travail sur lesquels il s'agirait de se baser pour apprécier le dommage présent et à venir, sont un délai d'appréciation et d'observation bien succinct, même avec la révisabilité de l'indemnité durant trois ans, pour résoudre les difficultés morales et matérielles en face desquelles l'expert se trouve placé lorsque l'éventualité de troubles psychiques est à prévoir (traumatisme du crâne ou du rachis, commotions cérébrales concomitantes, etc.)

Au moment des premiers soins, dans les quarante-huit heures, la loi demande plusieurs réponses distinctes :

1° L'état de la victime ;

2° Les suites probables de l'accident ;

3° La date à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif ;

« Le médecin auquel on pose des questions d'une semblable précision, dit Lucas-Championnière, immédiatement après le traumatisme même le plus simple, a d'abord la pensée que toute réponse est impossible. »

Cependant il faut répondre. Le rôle d'un bon médecin consistera à trouver pour réponse tout ce que sa science lui permettra de constater et de prévoir sans toutefois compromettre l'avenir, pour lui-même et pour son client, en faisant la lésion plus bénigne ou plus grave qu'elle n'est.

La première question : « État de la victime », dans le cas particulier d'un traumatisme cranien accidentel, ne se devra pas borner à l'état physique ; il devra s'étendre à l'état mental, en raison de ce fait que l'argument principal de cause à effet entre la psychose éventuelle et le traumatisme s'appuiera sur la constatation de symptômes cérébraux, au moment même de l'accident et leur persistance plus ou moins nette dans l'intervalle qui sépare la chute ou le coup, de l'aliénation confirmée.

Il faut qu'il y ait eu quelque modification dans l'état

mental du malade, ou tout au moins un sympôme physique, tel que céphalée, troubles moteurs ou sensitivo-sensoriels. Il faut, en outre, qu'il n'existe pas d'autre cause morbide préalable pouvant produire à elle seule l'aliénation. De là, nécessité d'un examen physique double touchant l'état local du point traumatisé et touchant l'existence des stigmates physiques généraux et variés de la dégénérescence héréditaire. L'examen psychologique comportera de même ces deux points de vue, celui des troubles mentaux spéciaux en rapport avec le shock récent et celui se référant aux syndrômes psychiques divers préalables possibles et aux indices d'une tare héréditaire latente qu'il importe de rechercher tant par l'anamnèse personnelle que par celle des antécédents.

Il faut donc que le certificat présente deux parts bien distinctes, celle de deux ordres de signes objectifs faciles à constater, puis celle également de deux ordres des sensations accusées par le sujet dont l'intensité ou même la réalité sont si difficiles à vérifier.

Sans compter les perturbations psychiques possibles dont le malade peut être inconscient et qui exigent une compétence psychiatrique de l'expert, il arrivera peut-être que la minutie dans la description aidera le sujet à passer de la catégorie non indemnisée dans la catégorie des malades de plus de quatre jours, durée de temps nécessaire pour l'indemnité ; dans l'état actuel des choses, M. Lucas-Championnière reconnaît qu'il n'est pas possible, sauf des tromperies absolument grossières, faciles à découvrir, d'empêcher ici le subterfuge qui transforme une lésion insignifiante en lésion à indemnité, c'est-à-dire d'empêcher un sujet de se plaindre quatre jours durant.

La minutie des termes techniques aura l'inconvénient d'être peu déchiffrable par les personnes non médicales chargées de l'enquête. Mais cet inconvénient même n'est pas à éviter, ici moins qu'ailleurs. Il fera bientôt sentir l'inconséquence qu'il y a à charger de l'enquête des personnes étrangères à la médecine. Il montrera la nécessité de commissionner des médecins qualifiés et des psychiatres dans l'espèce. [V. docteur Wagner : « Première pratique médicale de la loi sur les accidents du travail » (Thèse de Paris, 1901).]

Il importe ensuite de déterminer les suites probables de l'accident, suites immédiates et autres, et la date à laquelle il sera possible de connaître le résultat définitif de la blessure. Au point de vue des suites, il faut distinguer ici des incapacités physiques et mentales (mutilés cérébraux). Pour chacune d'elles, il y a lieu de bien examiner et analyser les points suivants, au double point de vue physique et psychique :

1° L'infirmité dépend-elle de l'accident invoqué ?

2° Peut-elle résulter d'une cause antérieure à l'accident ?

3° Quelle est la marche de la blessure au point de vue de l'avenir des fonctions ? (A quelle époque le traitement a-t-il cessé ; à quelle époque s'est produit ce qu'on appelle improprement consolidation de la blessure ?)

4° Le blessé qui a repris du travail depuis l'accident a-t-il néanmoins subi une perte importante et appréciable de sa valeur.

5° Quelles sont les conséquences de la blessure au point de vue organique et psychique ?

La folie par traumatisme accidentel peut réaliser les trois sortes d'incapités prévues par la loi, soit dans des cas divers, soit dans un même cas où ces incapacités peuvent se succéder :

1° Il peut y avoir incapacité temporaire par troubles mentaux passagers immédiatement consécutifs à l'accident, troubles susceptibles de guérir ;

2° Après sortie de l'asile, il peut y avoir incapacité partielle du convalescent, diminué dans sa capacité mentale et inapte à reprendre les occupations antérieures sans pour cela être incapable de reprendre un travail cérébral moins complexe.

Enfin, en dehors de la mort, il peut y avoir incapacité permanente et absolue, soit immédiate, par psychose ou démence incurable aussitôt après l'accident, ou médiate, par psychose ou démence tardive, après une apparente guérison et des accidents précoces suivis de reprise du travail avec ou sans incapacité partielle intermédiaire.

Nous savons que les troubles psychiques tardifs sont particulièrement graves et incurables ; la bénignité apparente des conséquences psychiques immédiates recou-

vre souvent une altération lente mais ultérieurement progressive de la mentalité du malade frappé de traumatisme grave du crâne, et par suite de l'encéphale ; c'est ainsi qu'on a décrit une apoplexie tardive traumatique (1) et une artério-sclérose post-traumatique engendrant des neurasthénies secondaires chez certains arthritiques (2). Ces questions ne se sont pas encore posées souvent du fait de la revendication de la victime, parce que l'état de folie l'empêche par définition de les faire valoir le plus ordinairement. Ses ayants-droit, femmes et enfants, ou ascendants et descendants autres, mieux instruits de leurs droits et aussi des relations de causes à effets possibles entre la folie et le trouble accidentel, ne manqueront pas, dans un avenir prochain, de poser la question aux experts qui doivent, dès à présent, étudier ce point de vue médico-légal spécial.

Enfin, un dernier point de vue que les médecins praticiens et les administrations hospitalières, d'autre part, ont récemment soulevé et éclairé est celui de l'attribution des frais médicaux et d'assistance.

Ceux-ci, dans les cas d'accidents ordinaires, sont payés aux médecins comme aux établissements d'assistance par les chefs d'industrie responsables : mais je ne sache pas que la question ait encore été posée en ce qui a trait aux frais de séjour dans les asiles d'aliénés.

La répétition n'en serait-elle pas possible de la part des administrations départementales vis à-vis des compagnies et patrons responsables, etc. ? (Je ne parle pas des honoraires médicaux, pour lesquels ici la question ne se pose pas comme dans les hôpitaux ordinaires).

(1) Apoplexie tardive traumatique, P. Marie et Crouzon *R. medecine*, 1905.

(2) Neurasthénie traumatique des artério-scléreux, par Régis. Congrès de Bordeaux, 1895, et Fauré, Thèse de Bordeaux, 1896.

---

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). Rue Benserade, 7, à Gentilly. —M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

# REVUE CRITIQUE

## L'épilepsie et la migraine ;

Par le professeur **P. KOVALESKY**

Nous sommes partisan de la théorie qui admet l'existence d'un lieu génétique entre l'épilepsie et la migraine. Et voici comme nous formulons nos arguments dans notre monographie de la migraine (1) (dernière édition) :

1° La migraine et l'épilepsie sont toutes les deux des maladies héréditaires, les parents des migraineux et des épileptiques sont très souvent migraineux et épileptiques. La migraine donne naissance à l'épilepsie et à la migraine. — l'épilepsie engendre la migraine et l'épilepsie. Toutefois, nous sommes obligé d'avouer que la migraine dérive plus souvent de la migraine que de l'épilepsie et que l'épilepsie à son tour dérive plus fréquemment de la migraine, que de l'épilepsie. — 2° Les frères et les sœurs des migraineux sont très souvent migraineux ; ils sont épileptiques aussi, mais cette combinaison est plus rare que les précédentes. — 3° Il n'est pas rare de voir les migraineux avoir des attaques d'épilepsie, les épileptiques sont encore plus fréquemment sujets à des accès de migraine, quant à l'épilepsie sensorielle, elle ne fait souvent que masquer la vraie migraine. — 4° La migraine et l'épilepsie débutent dans l'enfance ; elles sont enclines à la périodicité et se manifestent toutes deux par des accès dont l'apparition tient souvent à quelque hasard imprévu. — 5° Ces deux maladies sont également précédées de signes précurseurs et d'une aura. — 6° Un épuisement et une lassitude profonde consécutifs sont également propres aux deux maladies dont il est question. — 7° Différentes autointoxications et diathèses

1. Professeur P. KOVALEVSKY.— *La migraine et son traitement* 1898, p. 98.

— la diathèse urémique surtout — sont souvent concomitantes à ces deux maladies. — 8° Comme conséquence d'un excès d'épuisement, l'on observe dans les deux cas des paralysies aux régions atteintes (monoplégies, ophtalmoplégies dans la migraine). — 9° Les deux maladies ont été considérées comme incurables. — 10° Dans les deux cas, il y a espoir de la possibilité d'une guérison ; quant à l'épilepsie, dont l'étude scrupuleuse est beaucoup plus ancienne que celle de la migraine, elle fournit des preuves réelles, basées sur des faits, qui justifient l'assurance de la possibilité de guérir un groupe assez considérable de cas de cette maladie.

Malgré le court espace de temps qui nous sépare de cette époque, la science a su apporter de nouvelles preuves à l'appui de la parenté réelle qui existe entre la migraine et l'épilepsie. C'est ainsi que Rochford (1) démontre que la migraine est une maladie toxique, à action réflexe et excitante sur les centres nerveux. Il s'est convaincu que pendant l'accès de migraine l'urine contient toujours un excès de paraxanthine ; or, la paraxanthine est le plus toxique des leucomaïnes du groupe de l'acide urique. Les mêmes recherches faites sur des épileptiques ont montré que les urines de quelques-uns d'entre eux contiennent un excès de paraxanthine pendant l'attaque, mais comme ce phénomène n'est pas la règle et qu'il ne s'observe que dans quelques cas, l'auteur estime qu'il doit exister — au même rang que l'épilepsie essentielle, — une épilepsie toxique due à un accès de paraxanthine.

C'est à l'âge mûr que l'épilepsie toxique apparaît dans la majorité des cas et chez des personnes qui ont généralement eu des accès de migraine dans l'enfance.

Lambranzi (2) décrit le cas d'un sujet affligé d'un faible degré de migraine depuis l'enfance, jusqu'à l'âge de 27 ans;

(1) Rochford. — *The American journal of med. science*, 1898, t. 1. p. 436.

(2) Lambranzi. — *Stati di emicrania in epilettica.* (*Riforma medica* 1900).

le mal éclatait à des époques déterminées. Depuis 27 ans c'est l'épilepsie qui se déclara, précédée quelquefois de migraine sous forme d'aura avant l'attaque ; dans le second cas la migraine éclatait avant ou après la crise épileptique.

Haig (3) estime que l'épilepsie et la migraine sont des affections absolument identiques, dans lesquelles on peut également bien observer l'albuminurie et l'urémie, ce qui fait que leur traitement à toutes les deux doit être diététique de préférence.

Strohmayer (1) pense que la migraine et l'épilepsie prennent naissance toutes deux sur le terrain psychopathique général de la dégénérescence, mais que leur rapport est tel que l'une de ces maladies se joint à l'autre. La syphilis, l'alcoolisme et d'autres intoxications sont leurs causes étiologiques habituelles.

Dans un autre ouvrage (2), le même auteur relate cinq cas d'existence simultanée de la migraine et de l'épilepsie. Le premier cas est celui d'un migraineux dont la cessation de la migraine coïncidait avec l'apparition d'attaques épileptiques ; dans le second cas, des attaques d'épilepsie — petit mal — sont venues remplacer des accès de migraine qui avaient disparu ; dans le troisième cas, des attaques purement convulsives se sont modifiées comme suit : la conscience était intacte, mais le malade voyait des éclats de lumière et il avait des vomissements. Dans le quatrième cas, l'on observait des accès atypiques d'épilepsie et de migraine. La co-existence de l'épilepsie et de la migraine n'est pas rare et dans la majorité des cas l'épilepsie vient après la migraine. La migraine semble être le symptôme de la maladie fondamentale de l'épilepsie.

(1) Haig. — *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1899.

(2) Strohmayer. — Versaml. *Institut deutsch. Psychiater in Dresd.* 1902.

(3) Strohmayer. — *Münchener med. Wochenschrift.* 1903.

Mais c'est Cornu (1) qui a le mieux éclairci cette question dans sa monographie. La déduction générale est que la migraine est l'une des manifestations de l'épilepsie, sa forme latente ou l'équivalent du mal comitial. La communauté des phénomènes propres à ces deux maladies est manifeste depuis le commencement jusqu'à la fin de la marche de leurs attaques. Toutes les deux sont presque toujours précédées de signes précurseurs qui leur sont communs tels que : sensation de fourmillement par tout le corps, sensibilité générale exagérée, tremblement douloureux des membres, sensation de frisson, tiraillements, parésies, blépharospasme, convulsions locales et générales, paralysie passagère, obscurcissement de l'intellect, confusion des idées, etc. Tantôt les phénomènes désignés précèdent l'attaque, tantôt ils lui sont concomitants, tantôt ils se déclarent tout seuls indépendamment des phénomènes ultérieurs de l'attaque. Toutefois ils constituent une partie de l'attaque et si celle-ci n'est pas toujours complète, ils peuvent lui tenir lieu d'accès abortif. Il arrive que le symptôme complexe d'un seul et même malade se termine tantôt par un accès de migraine, tantôt par une crise convulsive. Mais c'est l'aura qui établit un lien encore plus étroit entre la migraine et l'épilepsie. L'aura visuelle est la plus fréquente. Les épileptiques ont des visions de feu, de sang, de lueur rouge, de soleil, etc. — Les migraineux voient des soleils, des étoiles, des étincelles, des boules de feu ; ils sont affectés du scotoma et même de tout le tableau de la migraine ophtalmique. C'est un obstacle infranchissable que celui d'établir un diagnostic différentiel entre l'épilepsie visuelle sensitive et la migraine ophtalmique. De même les hallucinations auditives sont communes aux deux maladies, fait indiqué par Robiolis (migraine auditive), Airy, Tissot, Liveing, Tamin, Pitres, Maurice de Fleury, Pierret, etc. Les mêmes anomalies ont été

(1) Edmond Cornu. — *Contribution à l'étude des migraines et de leurs rapports avec les états épileptiques et délirants*, 190?.

observées dans le domaine de l'olfaction, du goût (Pierret) et du toucher sous forme de picotements à la face et aux mains, de sensation de froid aux mains, etc.

En faisant l'examen des principaux phénomènes de ces deux maladies à crises, Cornu dit que le « symptôme principal de la migraine n'est pas uniquement l'hémicranie; la convulsion n'est pas davantage le seul fait clinique de l'épilepsie. Dans le domaine moteur, il faut avant tout relever les cas d'attaques épileptiques non convulsives, et d'autre part, les cas de migraine accompagnée de phénomènes convulsifs, tels que : blépharospasme, spasme facial (Calmeil et d'autres), spasme du cou, de la nuque, l'engourdissement des mains, du tronc, convulsions de certaines parties du corps ou même convulsions générales. Si l'on met en ligne de compte les cas d'épilepsie où la migraine joue le rôle d'aura et si l'on considère ce fait que les attaques épileptiques se bornent quelquefois à l'aura seule, il est presqu'impossible de tracer une ligne de démarcation entre l'épilepsie avec migraine, la migraine toute seule et la migraine avec convulsions. Les choses se compliquent encore davantage, si l'on considère les cas de migraine où la douleur fait défaut et où l'accès se borne aux signes précurseurs et aux spasmes. Toute distinction essentielle accusée semble donc disparaître, parfois entre ces deux états pathologiques en effaçant la ligne de démarcation qui les sépare. Les phénomènes paralytiques qui se développent après la migraine sous forme de migraine ophtalmoplégique par exemple, ou après l'épilepsie, rapprochent ces deux états encore davantage ; les phénomènes paralytiques en question sont partiels et passagers.

L'on observe une communauté de phénomènes non moins grande dans le domaine mental de l'épilepsie et de la migraine. L'obtusion réceptive, la dépression mentale, l'obscurcissement de la conscience, la confusion des idées, ce sont là des caractères communs à l'épilepsie et à la migraine. Communes aussi sous bien des rap-

ports sont les psychoses de la migraine et de l'épilepsie. Il en est de même des troubles vasomoteurs, sécrétoires, trophiques, ainsi que de l'étiologie de ces deux affections. Toutes les deux frappent les mêmes familles et les mêmes sujets, toutes les deux peuvent être l'équivalent l'une de l'autre. C'est pourquoi Cornu déclare catégoriquement que la migraine et l'épilepsie constituent le même groupe de lésions, savoir l'épilepsie. Voici un cas de migraine observé récemment qui, tout en illustrant la corrélation existante entre la *migraine* et l'*épilepsie* mérite notre attention à d'autres égards encore.

A. O..., une mahométane de 37 ans, mariée, issue d'une famille de nobles, originaire des montagnes du Caucase, n'a pas d'enfants et présente une hérédité pathologique grave. Son grand-père maternel était un épileptique mort aliéné ; sa grand'mère maternelle a souffert de violents maux de tête ; c'était une femme bornée au point de vue de l'intelligence, même par rapport au niveau intellectuel des montagnardes ; les frères de la mère étaient : l'un alcoolique dipsomane ; le second idiot ; le troisième s'est suicidé sans aucune raison. L'une des sœurs de la mère est frappée d'aliénation mentale ; la seconde seule est bien portante au point de vue physique et psychique. Le grand-père paternel de la cliente était un mahométan de mœurs austères, compagnon d'exploits de Schamyl, un véritable coupe-jarret. Les frères du père sont morts jeunes en combattant contre les Russes. Le père a été aussi maintes fois blessé dans les combats, mais il est resté vivant ; il a fait du service dans l'armée russe et s'est distingué dans la campagne de Turquie. Sa vie est d'une grande moralité, mais il a souffert de violents maux de tête, de douleurs, des blessures aux jambes et d'accès d'angoisse. Les sœurs du père n'ont rien de particulier. A l'exception de notre malade, sa mère a eu trois avortements et six enfants vivants, tous morts en convulsions en bas âge. Les enfants des deux autres femmes du père sont aussi morts en bas âge ; ceux qui sont restés en vie sont tous malades nerveux ou bien ont des attaques. A l'époque de la dentition, notre malade fut prise de convulsions (éclampsie). Celles-ci apparaissaient encore en cas de diarrhée, de fièvre, etc. (dans l'enfance).

Depuis l'âge de 8 ans, A. devint sujette à des migraines qui occupaient presque toujours le côté gauche de la tête ; elles commençaient toujours le matin, devenaient plus intenses une heure après, atteignaient leur apogée au bout de 3 à 4 heures

pour se terminer par des vomissements. Elles éclataient 3 ou 4 fois par an, et leur apparition tenait aux causes suivantes : une soirée passée en société ou au théâtre, une vive émotion éprouvée la veille au soir, un repas copieux avant la nuit, etc. L'apparition des menstrues n'exerça aucune influence sur le cours de la migraine qui continua à se déclarer sous le même aspect. A l'âge de 10 ans. A. fut admise à l'école supérieure de jeunes filles et devint une très bonne élève. Elle avait un caractère replié sur lui-même, elle ne recherchait l'intimité de personne, vivait isolée, souffrait d'un mal du pays des plus intenses et pleurait souvent. Elle ne taquinait personne, mais si d'autres petites filles l'agaçaient, elle entrait tout de suite en rage, s'élançait sur la taquine et la frappait d'une façon tout à fait disproportionnée avec l'injure. La querelle passée, elle conservait contre son ennemie une rancune qu'elle n'oubliait pas. Elle avait beau reconnaître la vilenie de ce sentiment ; elle ne parvenait pas à s'en défaire. L'apparition du flux menstruel détermina des rêves érotiques pendant lesquelles notre malade éprouvait une vive jouissance, mais à l'état de veille de semblables sensations faisaient défaut et elle ne s'adonnait pas à la masturbation. Elle aimait passionnément les livres ; elle les lisait sans aucun choix et se livrait après la lecture à de profondes méditations et à de longs rêves. C'est son pays natal qui l'intéressait le plus, ainsi que sa nouvelle patrie, la Russie, qu'elle tâchait d'étudier, d'observer et qu'elle aimait au fond comme ses chères montagnes. Elle faisait souvent le rêve joyeux de vêtir un habit d'homme, de s'élancer sur un cheval, épée au poing et poignard au côté, pour se porter à la défense de sa nouvelle patrie et du tsar blanc, — comme elle continuait et comme elle continue encore par une habitude familière à appeler l'Empereur de Russie — et pour défendre aussi ses chères montagnes qu'aucun danger, du reste, ne menace actuellement. Elle acheva ses études avec distinction pour épouser bientôt par inclination un officier de son pays. Malheureusement elle n'a jamais eu d'enfants bien qu'elle soit mariée depuis 17 ans. Après 5 ans de mariage, elle commença à prendre de l'embonpoint et à l'heure qu'il est elle est beaucoup plus forte qu'il ne convient. Malgré sa beauté et de nombreuses tentatives de lui faire la cour, elle y mettait toujours rapidement fin en restant fidèle à son mari même en pensée, pas tant par amour — car il le méritait peu — que par une tendance particulière à la solitude. Jusqu'à ce jour elle n'a eu ni ami, ni amie ; vis-à-vis de son mari même sa franchise était loin d'être complète. A la fin de notre entretien, notre malade fut très étonnée de nous en avoir tant dit et d'avoir pour la première fois, mis son âme à nu. Du reste, il lui était bien difficile de se lier d'amitié avec quelqu'un. Les femmes russes ne l'attiraient guère, bien que ses relations avec elles fussent des

plus courtoises ; quant aux mahométanes, elles lui étaient toutes bien inférieures par leur développement.

Sous le rapport sexuel, A. était très passionnée ; elle aimait beaucoup cet acte, s'y livrait quelque peu avec immodération et éprouvait vers la fin une jouissance excessive qui se terminait par des convulsions accusées dans tout le corps.

La migraine continuait comme auparavant, sous le même aspect, à se déclarer 4 à 6 fois par an. Depuis l'âge de 30 ans, la malade fut affectée d'accès de colère non motivée. Ce n'était ni de l'irascibilité, ni de la mélancolie, elle le comprenait fort bien elle-même, puisqu'elle réussissait à raisonner avec clarté en de pareils moments, et à distinguer avec finesse ces différents états. De grands efforts de volonté lui permettaient de réprimer cette manifestation dont la colère avait indifféremment pour objet son mari, ses parents, ses proches, ses connaissances, des étrangers, l'humanité entière, le monde entier jusqu'à sa propre personne. Malheur à celui qui la froissait à l'un de ces moments-là. Dominée par la violence de sa fureur, elle tombait sur son mari, le frappait, le mordait, l'égratignait jusqu'à complet épuisement de ses forces, pour pleurer après, demander pardon et manifester un vif repentir. De semblables accès de fureur et de colère sans cause ni bornes, se déclaraient une ou deux fois par mois pour cesser au bout de 15 à 20 secondes. Parfois la fureur allait jusqu'à obscurcir sa conscience ; la malade frappait alors une pierre, un mur ou d'autres objets sur lesquels elle déchargeait sa colère. Elle comprenait parfaitement bien l'horreur de son état sans réussir à le combattre.

Voici ce qui eut lieu pendant un coït lorsque la malade atteignit l'âge de 32 ans : *à l'approche de la sensation voluptueuse, elle se sentit subitement éclairée par une lueur d'un rouge sanglant* qui se répandait partout, la pénétrait partout elle-même, sa tête, sa conscience, ses yeux, en inondant tous les objets et la chambre entière. Cet état dura peut-être une demi à une seconde, pour se terminer par un état d'inconscience accompagné — au dire de son mari — par un accès complet d'*épilepsie* convulsive. Ce n'est que 20 à 25 minutes plus tard que la malade se réveilla et se sentit terrifiée de cette sensation de lueur rouge dont elle avait conservé le souvenir. Elle éprouvait une grande lassitude. Trois jours après, nouveau coït et nouvel accès d'épilepsie accompagné de lueur rouge et d'amnésie de l'attaque, sauf celle de l'aura. La malade se rend compte de ce fait que, toutes les deux fois, la lueur rouge se répandait au moment de l'approche de la sensation voluptueuse qu'elle n'accompagnait pas, mais qu'elle remplaçait. Depuis cette époque, et pendant les 5 dernières années, la malade a eu encore 5 fois des rapports sexuels qui se sont toujours terminés par des crises épileptiques avec l'ancienne aura, la

perte de conscience et l'amnésie. Du reste, depuis 2 ans, elle n'a pas eu de coït, sa frayeur des attaques l'empêchant même d'y penser.

A 34 ans, un nouveau phénomène vint se déclarer : la migraine devint plus fréquente, elle éclatait chaque mois, indépendamment de l'époque des menstrues, qui continuaient à venir avec régularité. Les accès duraient 6 à 8 heures et se terminaient par des vomissements précédés de léger vertige. *Au moment de cette nausée avec vertige, la malade voyait une lumière rouge sanglante* comme au moment de la fin du coït. Cette lueur persistait pendant 3 à 4 secondes, et le tout se terminait par une attaque convulsive avec perte de conscience et amnésie. L'accès convulsif ne durait que 5 à 7 secondes pour aboutir à un profond sommeil, dont la malade se réveillait guérie de sa migraine. Pendant les trois dernières années, les accès de fureur sont devenus plus rares ; ils se déclaraient 1 ou 2 fois par an ; par contre, un nouveau phénomène est venu s'y joindre ; *la lueur rouge venait éclater maintenant sans aucune raison*, elle persistait pendant 2 ou 3 minutes *et se terminait par un complet accès d'épilepsie*. Au moment où cette lueur se répandait, la malade pouvait se mouvoir, parler, raisonner même. Dans le cours de la première année, de semblables accès, sans migraine ni coït, apparaissaient une fois par mois. Les deux dernières années vinrent apporter un certain changement à cet état : *tantôt tout l'accès se bornait à l'apparition d'une lueur rouge, tantôt la lueur était suivie d'une crise convulsive*. La volonté joue un rôle considérable dans l'accès ; si la malade fait un grand effort, l'attaque ne se produit pas (toutefois la malade ne saurait expliquer en quoi cet effort consiste, car elle ne s'en rend nullement compte). Si au contraire, elle n'y fait pas attention et ne tend pas sa volonté, l'accès se déclare.

Nous avons eu l'occasion d'observer un semblable accès constitué par l'aura seule, à la première visite que nous fit notre cliente. Elle pénétra dans notre cabinet la figure toute pâle, les yeux saillants, les pupilles dilatées, sans aucune expression, ni jeu des muscles mimiques, comme une somnambule. Elle se laissa aller dans un fauteuil, et sa première question fut celle-ci : « Professeur, tout est rouge ici. En est-il toujours ainsi ? » Ayant obtenu une réponse quelconque et gardé le silence pendant 2 minutes, elle soupira profondément et se mit à nous exposer sa maladie.

Un examen scrupuleux nous donna les résultats suivants : légère obésité de tout l'organisme, légère asymétrie faciale en faveur du côté droit, léger affaiblissement de l'activité du cœur, fonctions ralenties de l'intestin, quantité considérable d'urates et d'oxalates dans les urines ; absence de toute anomalie sexuelle (l'examen a été fait par un spécialiste), mollesse et nonchalance

des mouvements, irritabilité exagérée des vasomoteurs avec légère tendance au dermographisme, résultat négatif de l'examen de l'organe visuel fait par un spécialiste. Bon sommeil. La malade se nourrit surtout de viandes. En sa qualité de mahométane convaincue, elle ne prend jamais ni vin, ni bière, ni eau-de-vie. Etat d'esprit pénible, voisin du désespoir. Les derniers temps, la malade s'aperçoit que son intelligence s'émousse : elle n'a plus son intérêt d'autrefois pour la lecture et l'existence. Tout lui semble privé de but et de sens ; son état est désespéré ; on le lui a dit et elle y croit.

Placée à Piatigorsk sous notre surveillance, la malade y est restée deux mois; elle y prit des bains sulfureux, suivit un régime lacté et végétal ; à l'intérieur, nous lui prescrivîmes des bromures après lesquels elle buvait les eaux alcalines d'Essentouki n° 4. En ce laps de temps elle maigrit, l'urine devint presque normale. La malade reprit de la vigueur physique et devint plus calme au point de vue mental. Elle n'eut ni migraine, ni attaques d'épilepsie convulsive, mais l'aura seule se déclara cinq fois.

Le cas mentionné présente de l'intérêt sous quatre rapports :

1° Par la combinaison d'accès de migraine avec des crises épileptiques ; — 2° par la combinaison d'accès épileptiques avec les sensations voluptueuses à la fin de l'acte sexuel ; — 3° par l'apparition d'accès épileptiques isolés, tantôt complets, tantôt incomplets sous forme d'aura seule ; et 4° par la manifestation d'accès de fureur non motivée.

1° Il serait impossible de considérer l'apparition des attaques épileptiques à la fin des accès de migraine comme un pur hasard. Depuis une certaine époque, chaque accès de migraine se terminait par un accès d'épilepsie. Ce n'était pas une simple coïncidence ni une compilation, mais une coexistence plus intime et plus étroite. Chaque fois que la nausée allait se déclarer avant le vomissement, l'aura apparaissait sous forme de lueur rouge et à chaque approche de vomissements il se déclarait une attaque générale d'épilepsie convulsive qui comprenait le vomissement. Il ne s'agissait pas même de la substitution d'un état par un autre, mais de l'extension d'un phé-

nomène partiel en un phénomène plus général et plus vaste. Une convulsion locale de l'estomac et de l'œsophage était remplacée par une convulsion générale de tout l'organisme qui comprenait les vomissements comme la partie d'un tout. Le lien clinique de ces deux phénomènes pathologiques ne saurait donc être mis en doute. Il en est de même naturellement du lien génésique. — La malade a une hérédité nerveuse très accusée. Elle avait souvent des convulsions dans l'enfance. Par conséquent, la convulsivité est propre à cet organisme depuis la naissance, c'est elle qui a constitué un terrain naturel au développement de la migraine et de l'épilepsie. L'avenir a parfaitement confirmé les craintes que l'on doit toujours avoir lorsque des convulsions se déclarent chez les enfants.

2. L'on a remarqué depuis longtemps qu'une corrélation existait entre les rapports sexuels et l'épilepsie. On avait commencé par trouver que le coït lui-même rappelle beaucoup une attaque d'épilepsie. Les anciens auteurs, tels que Democritus, Cœlius Aurelianus (1), Zennert, Etmuller et d'autres, ont donné au coït le nom d'epilepsia parva, epilepsia brevis, et Democritus est allé même jusqu'à établir un parallèle entre le coït et l'accès convulsif de l'épilepsie. Faustanus dit : *Turpis est morbi species horrenda caduco.* Bœrhave le surpasse encore en déclarant que :*coitum esse veram epilepsiam.* Nous laissons à chacun le soin de juger, selon ses propres considérations et son propre goût, s'il existe ou s'il n'existe pas d'analogie entre une manifestation d'attaque épileptique et celle des rapports sexuels. Ce qui nous importe, c'est que les anciens auteurs avaient déjà porté leur attention sur la corrélation qui existe entre ces deux états et qu'ils attribuaient aux fonctions génitales les uns une influence défavorable, les autres une action favorable sur l'épilepsie. C'est ainsi que Platenus Mercatus, Heur-

(1) Cœlius Aurelianus. — *Morbi chronici*, lib. I.

nius (1), Cœlius Aurelianus et Jean Taxil (2) attribuaient aux rapports sexuels une action si pernicieuse sur l'épilepsie qu'ils recommandaient de châtrer les épileptiques, afin de les délivrer de leur mal, attendu que celui-ci serait dû à une rétention de la liqueur séminale dans les testicules. Hector Bœthius va jusqu'à recommander la castration des épileptiques, non seulement pour les délivrer de leur maladie, mais encore dans le but de délivrer la société d'une postérité ayant hérité cet horrible mal. Aretheus (3), Asclepiadus et Scribonius Largus étaient toutefois d'un autre avis. Selon eux, les rapports sexuels contribueraient à faire cesser les attaques épileptiques. Quant à Galien, il déclare que la cause de l'épilepsie peut aussi bien tenir aux excès sexuels qu'à la continence absolue.

Actuellement — plus de déclarations faites en faveur de l'action défavorable que les rapports sexuels exercent sur la marche de l'épilepsie ; tous les neuropathologistes repoussent et blâment les conseils qui tendent à marier les jeunes filles épileptiques, c'est-à-dire l'opinion qui consiste à voir dans le mariage un moyen curatif contre l'épilepsie. S'il arrive un cas sur 100 d'amélioration réelle ou même de guérison par le mariage, les 99 autres réclament contre les abus de la destinée et protestent au nom du mari destiné, en ce cas, à jouer le rôle d'un médicament contre l'épilepsie.

En revanche, nous trouvons dans la littérature contemporaine beaucoup de cas qui signalent l'action défavorable des rapports sexuels sur l'épilepsie. Esquirol dit que les organes de la reproduction sont le domaine sur lequel la cause de l'épilepsie agit en premier lieu et dont les phénomènes initiaux de l'accès semblent jaillir comme par voie de rayonnement. Ces cas-là formeraient une variété particulière que l'on peut appeler génitale et que l'on observe plus fréquemment chez la femme. Le

(1) Heurnius. — *Opera omnia*, 1658, epilepsia.
(2) Taxil. — *Traité de l'épilepsie*, 1602.
(3) Aretheus. — *Opera omnia. Morbi chronici.* I.

même auteur indique ce fait que le rapport sexuel est parfois accompagné d'épilepsie. Sauvager signale le cas d'une personne chez laquelle le coït était toujours accompagné d'une crise épileptique. G. Cole raconte l'histoire d'une femme dont l'épilepsie se déclara trois jours après son mariage. Zimmerman connut un jeune homme qui avait des attaques épileptiques chaque fois qu'il s'adonnait à l'onanisme. Tout récemment, Hamilton (1) citait un cas d'épilepsie nocturne qui se manifestait par une sécrétion rétroéjaculatoire du sperme. Voici les paroles de Löwenfeld (2) : à l'appui des faits démontrés par la science, nous trouvons que le premier coït des sujets héréditairement prédisposés à l'épilepsie a souvent déterminé des attaques et que chez d'autres sujets, chaque coït ou sa tentative déterminait une attaque épileptique qui obligeait à interrompre l'acte sexuel. Les excès sexuels peuvent aggraver l'épilepsie existante, provoquer ses retours si son état est devenu latent, et devenir quelquefois même la cause de sa première manifestation ; mais il n'est pas prouvé que les excès sexuels puissent déterminer l'épilepsie chez des sujets qui n'y sont pas prédiposés.

Dans notre ouvrage sur l'épilepsie (3), nous avons suffsamment insisté sur ce fait qu'il existe entre l'épilepsie et les organes sexuels une connexité beaucoup plus intime qu'avec les autres organes.

Nous nous permettrons seulement de nous arrêter ici à l'exhibitionnisme comme à l'une des manifestations de l'épilepsie. On entend par exhibitionnisme le fait d'exposer en public ses parties génitales, soit à l'état d'automatisme épileptique, soit sous l'influence d'un état impulsif ou d'une perversion sexuelle avec trouble du domaine mental. C'est le premier groupe de cas qui nous intéresse actuellement. Voici un cas signalé par Max Simon (4) : une femme très instruite, atteinte d'épilepsie, avait par-

(1) Hamilton. — *The New York medical Journal*, 1898.
(2) Lowenfeld. — *Neurasthénie sexuelle*, p. 32.
(3) Professeur P. Kovalevsky. — *L'épilepsie et son traitement*, éd. 3, p. 93.
(4) Max Simon. — *Crimes et délits dans la folie*, 220.

fois des accès qui consistaient en ceci : après avoir prononcé plusieurs mots à sens voluptueux, toujours les mêmes, elle se troussait en faisant des gestes obscènes et en tâchant de déchirer ses dessous ; après avoir repris ses sens, elle ne se souvenait plus de rien. Nous avons cité suffisamment de cas semblables dans l'un de nos ouvrages.

Ce qu'il nous importe de savoir, c'est qu'il existe — dans certains cas du moins — un lien incontestable entre le domaine sexuel et l'épilepsie, fait confirmé par le cas que nous avons exposé dans cet article.

3. Dans la première édition de notre monographie, nous avons déjà signalé ce fait que les attaques épileptiques d'un seul et même sujet pouvaient ne pas toujours être identiques ; tantôt elles sont complètes, tantôt elles sont incomplètes. Tout récemment encore, Féré (1) vient d'appeler l'attention sur ce point. Selon ses observations, les accès épileptiques incomplets peuvent consister en les manifestations initiales, moyennes ou terminales de l'attaque. Néanmoins, et bien qu'elles soient partielles, ce sont tout de même des attaques épileptiques. Nous avons vu que les accès de notre malade comprenaient aussi tantôt l'aura et l'attaque, tantôt l'aura seule. L'aura elle-même est très variable d'aspect et mérite toute notre attention. Bernhardt (2) vient d'exposer le cas d'un malade atteint de phénomènes spectraux qui constituaient tantôt l'aura de l'accès épileptique, tantôt une manifestation abortive de la migraine.

Le Dr Gorchkoff (3) signale un cas de dégénérescence épileptique. Il s'agit d'un soldat malade, fils d'un père alcoolique, dont les hallucinations prenaient l'aspect d'une attaque : croyant voir un homme tout vêtu de rouge qui l'injuriait par la croisée, il s'élança par la fenêtre, courut vers la rivière — toujours sur les traces du fantôme — lui fit la chasse sur l'eau et faillit se noyer. La

(1) Féré. — *Journal de neurologie* 1894, n° 22.
(2) Bernhardt. — *Deutsche artzl. Zeitung* 1900.
(3). P. Gorchkoff. — *Journal hebdomadaire de médecine pratique*, 1899.

même hallucination se répéta dans une église : le malade crut voir un moine vêtu de rouge s'élancer sur lui ; il se sauva au clocher poursuivi par le moine qui voulait le frapper et sauta par une fenêtre située à une hauteur de plus de cinq toises du sol pour venir, heureusement, tomber sur un tas de neige. Les cas mentionnés par Ulrich (1) ont beaucoup de ressemblance avec celui-ci.

4. Notre malade manifestait des accès de colère, de fureur et de rage non motivées. Or, ce sont là des phénomènes que l'on observe dans l'épilepsie et qui sont connus de longue date. Tantôt une semblable fureur peut être la manifestation du caractère épileptique, tantôt elle peut être l'équivalent de l'épilepsie ; tantôt encore le violent courroux de l'épileptique peut déterminer l'apparition d'attaques épileptiques isolées. Enfin, une colère non motivée peut être encore le signe avant-coureur d'une attaque épileptique convulsive qui est proche. Fanier (2) vient justement de publier un fait semblable. En ce qui concerne notre observation à nous, c'est de l'équivalent épileptique qu'elle se rapproche le plus.

Nos déductions générales peuvent s'exprimer comme suit : 1° Dans certains cas, la migraine et l'épilepsie peuvent se combiner et se substituer l'une à l'autre. — 2° Cette combinaison même démontre leur homogénité et leur proche parenté. — 3° Dans certains cas l'attaque épileptique est en connexité étroite avec l'acte sexuel et peut se déclarer à la fin du coït en remplaçant la sensation voluptueuse. — 4° Les attaques épileptiques incomplètes peuvent se manifester quelquefois par l'aura seule, habituelle aux accès du malade donné. — 5° Les accès de colère, de fureur et de rage qui se déclarent parfois sans la moindre cause peuvent être la manifestation d'un équivalent épileptique.

(1) Ulrich. — *Dreizenter Bericht d. schweizerischen Anstalt f. Epileptikern* 1899.

(2) Fanier. — *Introduction à l'étude de la colère chez les aliénés*, 1899.

# THERAPEUTIQUE PEDAGOGIQUE

## Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves (1) ;

PAR LE Dr BOURNEVILLE.

Aux cas déjà nombreux que nous avons relatés dans le dernier n° des *Archives*, nous croyons en ajouter encore quelques autres, appartenant à toutes les catégories d'idiotie afin de rendre indiscutable la démonstration que nous poursuivons depuis tant d'années, *à savoir qu'il est possible d'améliorer les enfants, idiots, imbéciles et arriérés.*

LIX. WATHI... (Augustine), née le 7 décembre 1885, entrée dans le service en juin 1900 à l'âge de 15 ans; atteinte d'*idiotie myxœdémateuse:* La physionomie de la malade était repoussante, le teint cireux, les yeux boursouflés, une humeur visqueuse collait souvent ses paupières, les lèvres épaisses et violacées, sa bouche presque toujours entr'ouverte, le nez petit et aplati, le mucus nasal était sécrété abondamment et exhalait une odeur nauséabonde, les cheveux clairsemés et raides, les mains courtes, épaisses et cyanosées, le ventre volumineux et proéminent, sa taille mesurait 84 centimètres, son poids était de 22 kilos. Elle parlait, mais ses réponses étaient très lentes, ne tenait pas conversation, sa démarche était lourde, ses mouvements pachydermiques. Elle n'était capable ni de s'habiller, ni de se déshabiller; elle exigeait les soins d'une enfant de 3 ou 4 ans. Elle craignait le froid à l'excès, recherchait les rayons du soleil et pendant l'hiver elle séjournait continuellement à l'infirmerie, se tenait assise sur une chaise près du feu, qu'elle ne quittait que pour aller se coucher. Tel était en résumé l'état de la malade à son entrée à la Fondation.

1901-1905. — Augustine a été soumise au traitement thyroïdien en mai 1895. Sous son influence, une vraie métamorphose s'est opérée en elle. Peu à peu la physionomie a pris une expression qu'on ne lui connaissait pas; un air éveillé et réjoui a succédé à cette apparence sombre et triste qui lui était habituelle; son regard est devenu vif et très mobile. Le teint est devenu plus clair, la blépharite a disparu; ses lèvres sont devenues de moins en moins épaisses et cyanosées; la chevelure s'est épaissie, ses cheveux sont doux au toucher; le

(1) Voir le n° d'avril.

mucus nasal est devenu moins abondant et l'odeur fétide qui se dégageait de cette matière s'est amoindrie; ses mains et ses pieds n'ont plus cette teinte violacée; enfin les mouvements et la démarche sont devenus vifs et empressés. L'inertie qui la caractérisait si bien s'est changée en une grande activité, Augustine éprouve un réel besoin d'agir. Elle a commencé par s'habiller elle-même, attacher sa chaussure, se débarbouiller; aujourd'hui elle fait son lit, elle aime se rendre utile, balaie son dortoir, enlève la poussière, etc., aide même à habiller les plus petites, les débarbouille au besoin; elle impose silence aux enfants quand elles font trop de bruit. Elle ne reste jamais inactive, va à la couture, à la buanderie: elle aime beaucoup laver.

Sous le rapport de la *parole*, elle a fait des progrès notables. Elle s'exprime avec facilité, répond spontanément aux questions qui lui sont posées, tient conversation. Pour la classe, son savoir reste borné à quelques petites copies, à faire les chiffres et assembler ses lettres. Il faut ajouter qu'Augustine est toujours très propre, soigneuse et minutieuse dans tout ce qu'elle fait. Elle n'est pas et ne sera jamais une enfant normale, mais si on compare ce qu'elle était au début et ce qu'elle est aujourd'hui, nous voyons une amélioration considérable. (PLANCHES I à VI.)

LX. HARB... (Blanche), née le 18 octobre 1897, âgée de 4 ans et demi, est entrée à la Fondation Vallée le 2 mai 1902, atteinte d'*idiotie myxœdémateuse*. Elle ne disait pas un mot, elle poussait seulement un son rauque. Elle ne marchait pas, se tenait à peine debout; gâtait nuit et jour; ne mangeait pas seule et ne prenait que des aliments peu consistants, car la mastication était lente et difficile. Elle ne s'aidait en rien, il fallait procéder à son habillement et à sa toilette comme à une enfant de quelques mois. La physionomie était sans expression, le regard était indifférent, les sentiments affectueux n'étaient pas plus développés que son intelligence, l'enfant n'était pas méchante, mais elle était indifférente avec tout le monde. Le teint était cireux, les mouvements très embarrassés, très lourds. Harb... résumait en elle tous les symptômes qui caractérisent l'*idiodie myxœdémateuse*. (*Fig. 41, 42 et 43.*)

Elle a été mise en *traitement par la glande thyroïde* dès le début; de même qu'elle a suivi aussitôt les premiers exercices de notre enseignement: exercices de la parole, de la marche, traitement du gâtisme, etc.

Peu à peu la physionomie s'est éveillée, le teint s'est éclairci,

les mouvements de l'enfant sont devenus plus vifs. A mesure qu'elle se développait physiquement, elle devenait attentive à tout ce qui se passait autour d'elle, cherchait à répéter quelques mots tels que: maman, papa, tata, attends, etc.; essayait également de tenir seule sa cuiller pour manger.

*Aujourd'hui*, un changement merveilleux s'opère de jour en jour chez cette enfant: la physionomie devient expressive; le regard vif et brillant indique un certain degré d'intelligence; elle s'intéresse à tout, comprend tout ce qu'on lui dit. Elle est très affectueuse et caressante et sait se faire aimer des personnes qui l'entourent. Son gracieux sourire, sa bonne figure réjouie, ses mille gentillesses, attirent l'attention de tout le monde. Elle mange seule, se sert facilement de la cuiller, la mastication est beaucoup moins lente qu'au début. La parole se développe en essayant de répéter tout ce qu'elle entend; construit même de petites phrases, en disant principalement la fin des mots; ainsi, par exemple, le matin lorsqu'elle aperçoit son infirmière, elle accourt au devant d'elle et lui dit: « you maman, brasse? » ce disant, elle tend ses petits bras pour qu'on la prenne et sa joue pour être embrassée. Elle imite également ce qu'elle voit faire; aide à s'habiller et à se déshabiller. L'enfant est devenue tout à fait propre; le jour elle demande: « papa, pipi, ou popo, caca, » selon le besoin qu'elle éprouve.

L'enfant marche maintenant toute seule, elle trottine partout avec aisance; monte et descend les escaliers en se tenant des deux mains à la rampe et paraît fière de pouvoir faire cet exercice sans l'aide de personne. Elle va en classe et s'intéresse aux principaux exercices: les livres et les cahiers qu'elle feuillette, l'amusent; les gravures attirent son attention: Blanche rit aux éclats et pousse des exclamations quand elles sont grotesques. En un mot, l'enfant est très améliorée sous tous les rapports et les progrès réalisés jusqu'à ce jour peuvent faire espérer un bon développement physique et intellectuel lent, mais sûr.

1905. — Les progrès qu'on était en droit d'espérer chez cette enfant se réalisent chaque jour, le caractère doux et caressant est le même qu'au début. Sa gentillesse, ses manières affables lui attirent l'affection de tous ceux qui l'entourent. Au point de vue intellectuel les progrès sont remarquables. Blanche se rend en classe avec plaisir, elle agrafe, lace, boutonne avec adresse, commence à faire la différence des légumes et céréales. Elle suit les exercices de gymnastique avec plaisir et cherche à bien imiter tous les mouvements. L'enfant aime tous les soins de toilette, essaie même de se les donner elle-même.

Blanche s'habille et se déshabille seule, la parole est meil-

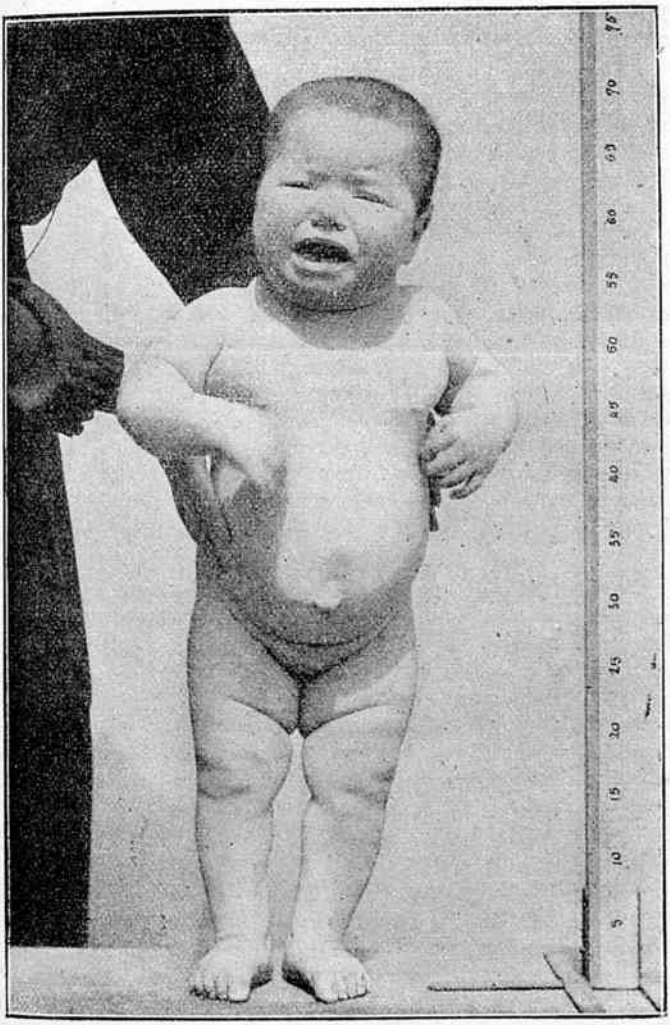


FIG. 41.— Harb.... à l'âge de 4 ans 1/2 (1902).

leure, elle construit des phrases et cherche même à tenir con-

versation. Elle s'améliore de jour en jour sous tous rapports et

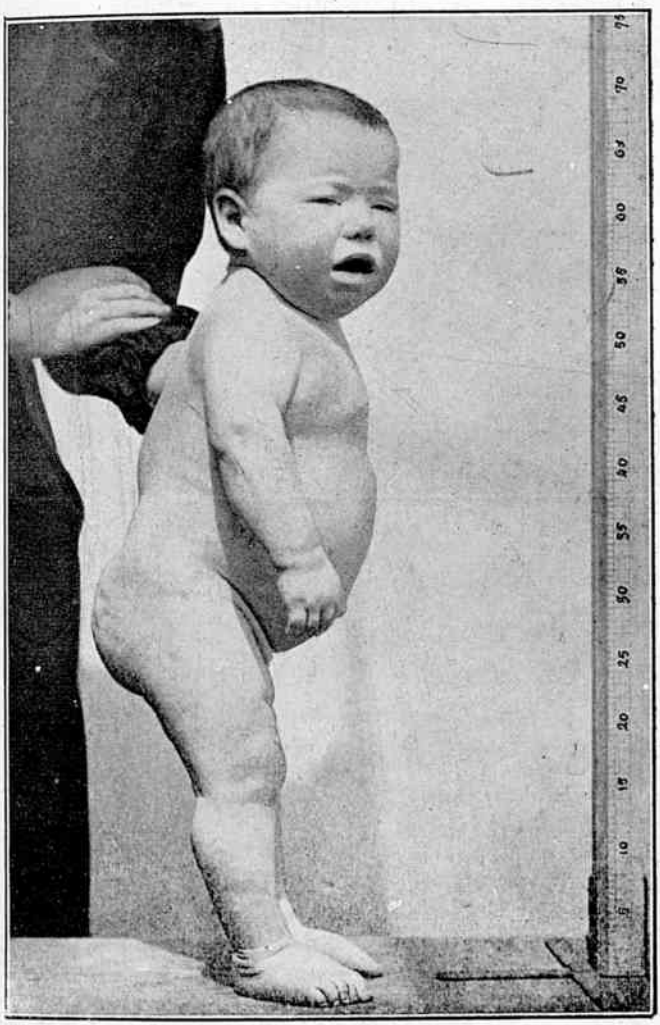


FIG. 42. — Harb... à l'âge de 4 ans 1/2 (1902).

les progrès réalisés chez l'enfant nous donnent beaucoup d'espoir et font prévoir des résultats encore meilleurs.

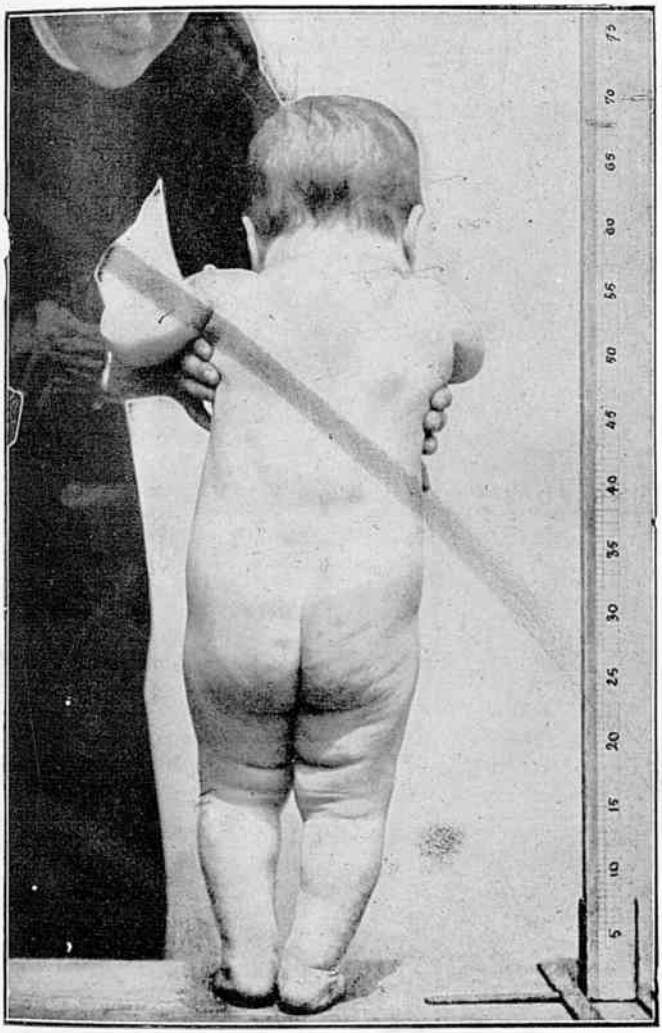


FIG. 43. — Harb... à l'âge de 4 ans 1/2 (1902).

LXI. LAR... (Marcelle) : *idiotie myxœdémateuse*, née le 3 octobre 1892, âgée de 8 ans, lors de son entrée à la Fondation Vallée, le 16 mars 1901. La physionomie peu expres-

sive n'annonçait aucune intelligence; elle marchait seule, mais sa démarche était lourde; elle se dandinait de droite à gau-




FIG. 44. — Lar... à 8 ans (1901).

che, ne courait, ni ne sautait. L'enfant parlait, mais elle

zozotait à chaque mot et il fallait être habitué à son langage pour saisir ce qu'elle disait, la voix était nasillarde et voilée.

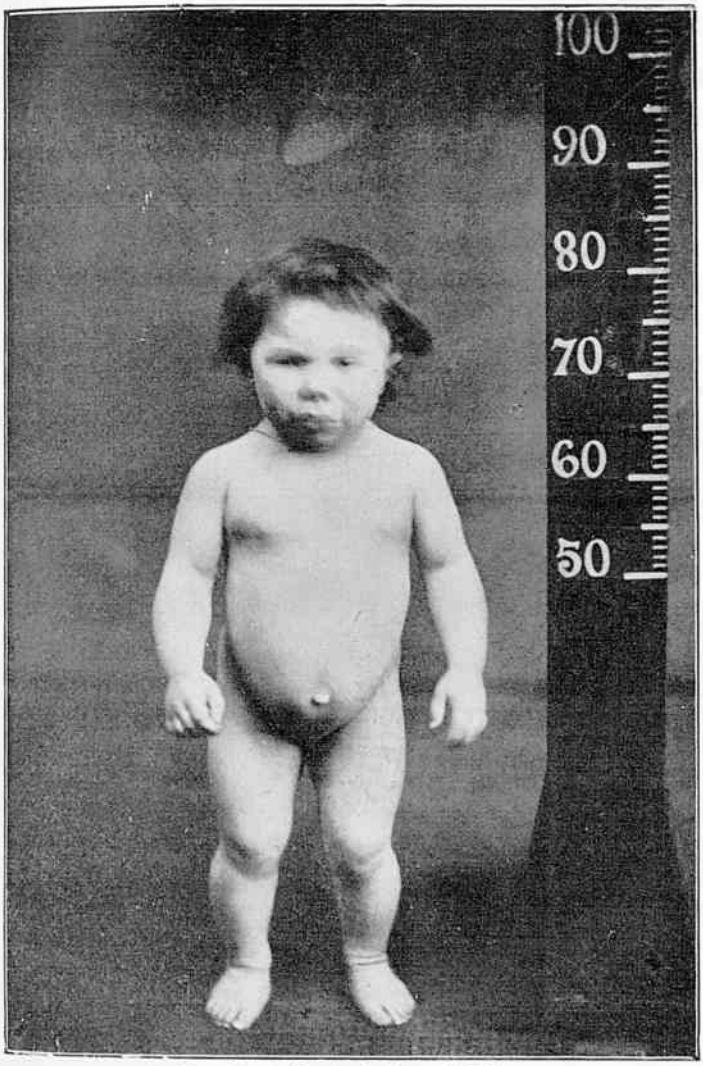



FIG. 45. — Lar.. à 8 ans (1901).

Elle mangeait seule et ne se servait que de la cuiller; elle ne gâtait pas, mais était incapable de se donner le moindre soin

de propreté, ne savait ni s'habiller, ni se déshabiller. (*Fig. 44, 45 et 46.*)

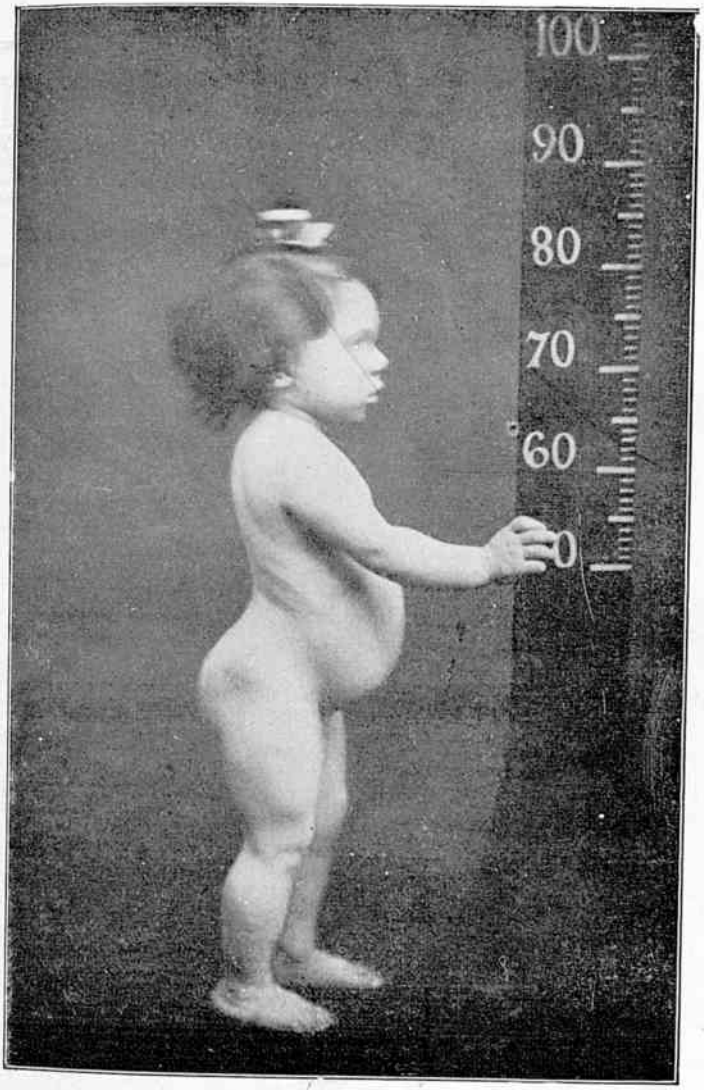



Fig. 46. — Lar... à 8 ans (1901).

Au point de vue intellectuel, l'enfant n'était pas plus avan-




FIG. 47.—L... à 13 ans (1905).

cée, cela va sans dire, elle ne connaissait que les différentes

parties de son corps, de ses vêtements et les principaux objets usuels. Nulle notion scolaire.

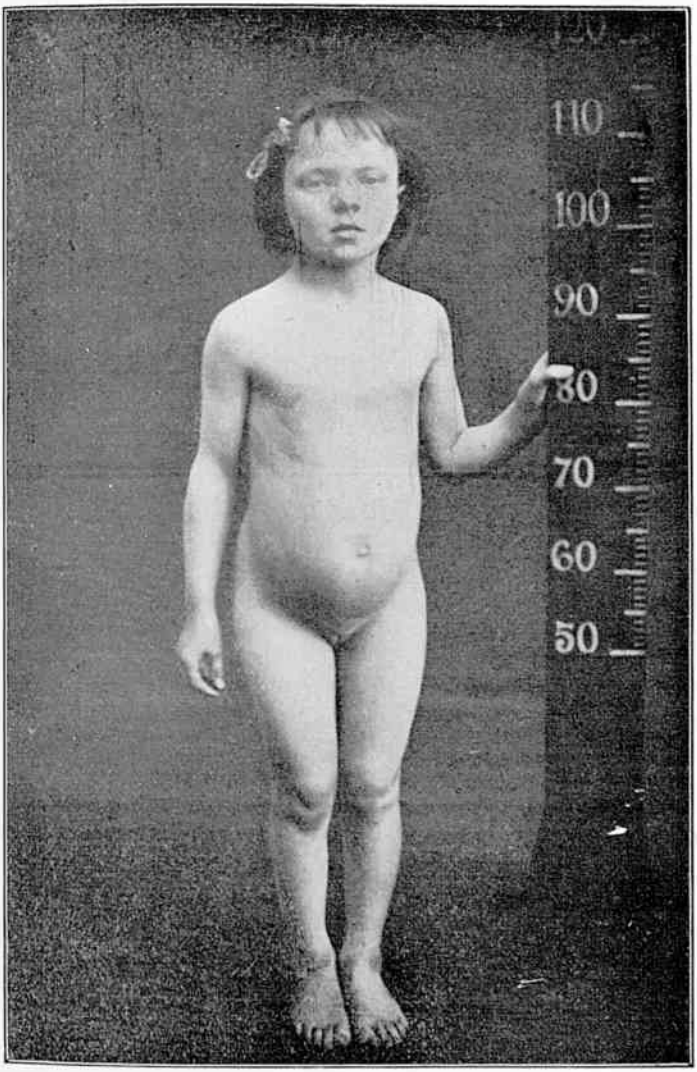



FIG. 48. — L... à 13 ans (1905.)

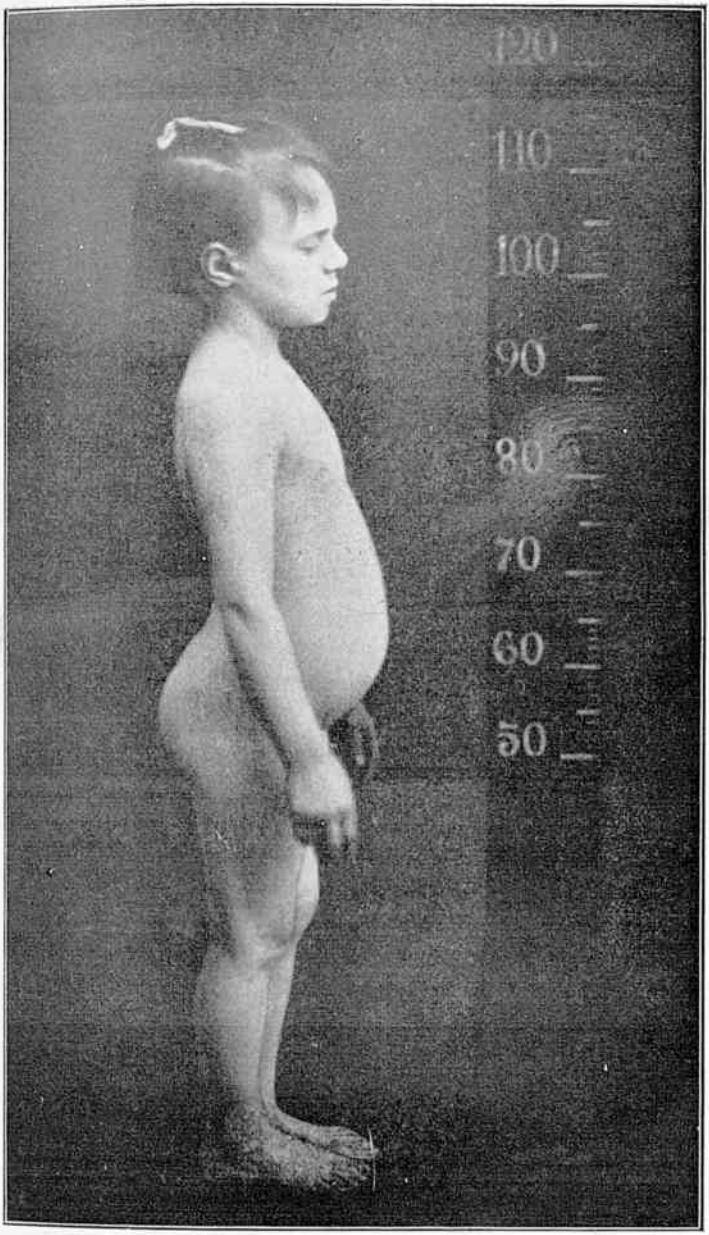



Fig. 49. — L... à 13 ans (1905.)

Les premiers jours de son entrée, l'enfant a été mise en traitement par la *glande thyroïde*, de même qu'elle a suivi dès le début tous les exercices classiques, voire même le chant et la gymnastique. Peu à peu, une vraie métamorphose s'est opérée en elle. Aujourd'hui, Marcelle est en très bonne voie d'amélioration et ses progrès sont même assez rapides. Le regard, vif et éveillé, indique l'intelligence; le sourire, doux et gracieux, rend la physionomie agréable et expressive.

En classe, elle commence à écrire, forme à peu près toutes les lettres, les distingue les unes des autres, ainsi que les chiffres; elle apprend par cœur des petites fables. Elle est vive, alerte dans ses mouvements; marche, court, saute avec agilité; parle facilement, s'exprime avec volubilité, soutient bien une conversation, fredonne des chansons, ne zézaie plus, la voix est plus claire.

Marcelle s'habille et se déshabille seule, se lace, se boutonne elle-même, aide même quelques-unes de ses compagnes qui ne peuvent le faire; se débarbouille, prend plaisir à barboter dans l'eau. Elle suit tous les exercices des grandes: va à l'ouvroir, au chant, à la danse; fait également la gymnastique, à laquelle elle se montre très agile; elle prend un petit air d'importance quand elle se rend à ces différents exercices. Actuellement, elle est comme une enfant normale de 6 à 7 ans. Amélioration très notable.

1905. Marc. continue à s'améliorer sous tous les rapports. Elle suit à des époques fixes et régulières le traitement thyroïdien; nous obtenons toujours un heureux résultat. Elle s'exprime avec facilité, tient des conversations assez intéressantes, une activité constante a remplacé l'inertie d'autrefois. Elle s'amuse beaucoup aux heures de récréation, ses jeux sont ceux d'une enfant normale d'une dizaine d'années. Elle commence à s'intéresser aux soins du ménage, se tient elle-même très proprement. En classe, ses progrès sont sensibles, elle aime beaucoup lire; sa lecture est très courante et donne même l'intonation nécessaire. Elle fait des dictées élémentaires, son écriture est lisible et bien formée. Elle connaît les trois premières opérations de l'arithmétique. Elle apprend la grammaire, les principales notions de géographie, en somme ses progrès sont notables en classe.

Elle a du goût pour la couture, ne manque jamais d'aller à la buanderie, comme toujours Marcelle aime bien toucher à l'eau. Les progrès en gymnastique ne sont pas moins rapides, elle suit tous les exercices et tous les nouveaux mouvements avec une très grande facilité. (*Fig. 47, 48 et 49.*)

LXII. KRAM... (Aline), 8 ans, atteinte d'*idiotie myxœdé-*

*mateuse*, née le 15 juillet 1891. A son entrée, elle était gâteuse, la parole et la marche étaient nulles, elle ne savait ni s'habiller ni se déshabiller. (PLANCHES VII A XII.)

Aujourd'hui (1899), elle a appris à parler, elle sait soutenir une petite conversation, la parole est encore un peu défectueuse, principalement pour les syllabes *on* et *en* qu'elle prononce fortement du nez.

La marche est bonne; Kr... sait courir, monter et descendre les escaliers. Le gâtisme a disparu. Elle s'habille et se déshabille seule, se lace et se boutonne. Pour le ménage, elle ne le fait encore qu'imparfaitement.

En classe, elle reconnaît les couleurs, sait nommer à peu près tout ce qui est contenu dans les boîtes aux *leçons de choses*, nomme les différentes parties de son corps et de ses vêtements, désigne par leur nom les doigts de la main, elle compte seule jusqu'à vingt. Au point de vue de la lecture, l'enfant ne reconnaît pas encore ses lettres, elle les nomme mais au hasard. Pour l'écriture, elle sait tenir son crayon et commence à faire quelques bâtons sur l'ardoise.

1905. — L'enfant continue à s'améliorer au point de vue physique surtout. La physionomie est expressive, le regard vif, l'air éveillé. Aline, qui était presque toujours inerte, triste et maussade, est devenue d'une activité voisine de la turbulence; elle est très gaie et aime par-dessus tout amuser ses compagnes, en disant quelques bêtises ou en faisant des grimaces et des excentricités pour les faire rire, elle paraît alors très satisfaite d'elle-même. Le caractère de l'enfant a subi quelques heureuses modifications, elle n'est plus aussi boudeuse qu'autrefois, ses accès de colère sont de courte durée et moins fréquents. Elle est devenue affectueuse et aime qu'on s'occupe d'elle. La parole est un peu lente, ce qui ne l'empêche pas d'être bavarde. A la classe, ses progrès sont très lents; c'est avec bien des difficultés qu'on est parvenu à lui faire écrire quelques mots, ne fait que de petites copies, elle connaît ses lettres et commence à les assembler. Pour ce travail, elle manque de bonne volonté. Par contre, les leçons de choses l'intéressent vivement, c'est un plaisir pour elle de faire des promenades dans les jardins et dans les champs, durant lesquelles elle fait des réflexions sur ce qu'elle voit. — Elle aime la gymnastique et a fait beaucoup de progrès pour cet exercice. (*Fig. 50.*)

Aline se tient proprement et procède elle-même à sa toilette. Elle commence à coudre et aime bien laver à la buanderie. Elle s'initie peu à peu aux soins du ménage, fait son lit, essuie la poussière, essaie de balayer, etc. *En réalité*,

*cette enfant s'est développée énormément au point de vue physique et au point de vue intellectuel.*

LXIII. Le Pellet... du Coud... (Amélie), entrée le 4 décembre 1899, est née le 2 octobre 1889, entrée à la Fondation, à l'âge de 10 ans, en décembre 1899, atteinte d'*imbécillité prononcée*, avec *perversions instinctives* et *turbulence*. Elle avait des périodes d'excitation et de colère très fréquentes, était très méchante envers ses compagnes, se plaignait sans cesse de ces dernières et arrivait auprès de nous toujours battue ou battant. Elle était complètement nulle pour la classe, ne paraissait rien comprendre de ce qu'on enseignait, rien chez elle n'indiquait qu'une amélioration pourrait se produire. Nous avons cependant à noter aujourd'hui (1902), de bons résultats. Elle lit par syllabes, a appris à écrire, fait bien une copie, commence à faire quelques devoirs de grammaire et sait faire l'addition. Son caractère, quoique susceptible et irritable, s'est beaucoup amélioré; elle n'est plus aussi méchante avec ses compagnes. Sa tenue est devenue meilleure, elle suit avec facilité les exercices de la gymnastique des échelles et des ressorts et commence à faire des ourlets. En somme, cette enfant s'est améliorée au delà de ce qu'on pouvait espérer.

1905. — Nous constatons chez notre malade des progrès toujours croissants. De cette enfant qui était d'une *irritabilité indescriptible*, d'une méchanceté sans égale, d'une tenue déplorable puisqu'elle déchirait continuellement ses effets, nous avons aujourd'hui une enfant douce, docile, affectueuse même, elle n'est plus méchante avec ses compagnes, s'amuse à jouer à la corde, fait des rondes, mais sans bruit, ni tapage. Elle se tient très proprement, prend un soin tout particulier de sa personne, de sa chevelure dont elle est si fière! — Elle travaille bien dans tous les *ateliers*, mais principalement à la buanderie. — En classe elle lit couramment, écrit lisiblement, fait des dictées, connaît l'addition et la soustraction. Nous ne craignons pas d'affirmer que cette enfant s'est réellement transformée depuis son séjour à la Fondation.

LXIV. Vella... (Henriette), née le 9 août 1885, entrée à la Fondation en août 1893, à l'âge de 8 ans, atteinte d'*imbécillité prononcée*, avec *épilepsie* (vertiges et accès nombreux). Cette enfant, à son entrée, ne savait ni lire, ni compter, ne faisait que quelques copies, sans se rendre compte de ce qu'elle écrivait. Elle possédait une certaine mémoire pour les choses usuelles et les lieux, avait beaucoup de difficulté pour retenir les leçons les plus élémentaires, elle semblait n'avoir

aucune aptitude pour l'instruction. Son caractère laissait beaucoup à désirer; elle était très susceptible, turbulente, extravagante, taquine et contrariante au suprême degré; elle était toujours portée à faire ce qui était défendu, ne tenait aucun compte des observations qui lui étaient faites. Elle était propre, mais elle avait une tendance très prononcée pour l'*onanisme;* en somme on n'attendait de cette enfant qu'une amélioration fort médiocre. Cette prévision a été fort heureusement déçue: nous avons, en effet, obtenu, chez elle, des résultats surprenants. Hâtons-nous de dire aussi qu'elle n'a eu ni accès ni vertiges depuis juin 1898. C'est à partir de cette époque qu'a commencé son développement physique et intellectuel.

1901. — Elle a appris à lire couramment, donne à la lecture une bonne intonation, son écriture quoique peu régulière, est néanmoins très lisible. Ve... suit des dictées du cours moyen, son orthographe est encore défectueuse mais elle peut rédiger une lettre; connaît les trois premières opérations de l'arithmétique et en comprend l'application, fait quelques petits problèmes. Elle a quelques notions sur l'histoire et la géographie, elle travaille bien au dessin. Ce n'est qu'à force de travail que l'enfant a pu réaliser ces progrès, car elle a toujours peu de facilité pour la classe. Il n'en est pas de même pour les soins du ménage et pour les ouvrages manuels, elle se plaît à ces différents travaux et on voit que l'enfant est tout à fait dans son élément.

Aujourd'hui elle fait le ménage comme une grande personne avec beaucoup d'adresse et d'agilité. Elle est une des plus avancées pour la couture et le repassage; elle qui au début ne savait même pas tenir une aiguille, elle a appris à faire la dentelle et la tapisserie, elle est même très vive dans tout ce qu'elle fait. Elle travaille très bien à la gymnastique; elle ne possédait aucune notion à son entrée. Le caractère s'est également transformé; elle est beaucoup plus calme, très travailleuse de son naturel, aime à se rendre utile en tout et pour tout. Toute mauvaise habitude a disparu. En résumé, *amélioration notable.*

1905. — Vella... a quitté la Fondation depuis bientôt trois ans. Elle a été placée comme petite bonne chez Mme Guillodon, rue de l'Hay pendant une année, elle a quitté cette place depuis bientôt un an, parce qu'elle ne gagnait pas assez et que sa patronne ne pouvait l'augmenter. Elle reste actuellement à Gentilly; elle occupe sa nouvelle place depuis qu'elle a quitté Mme Guillodon; elle gagne 30 francs par mois, elle est dans une petite épicerie, marchand de vins et restaurant. Ses patrons sont très convenables et veillent sur

elle. Ils sont très satisfaits de son travail; elle est vive, travailleuse et propre; elle a d'excellentes qualités comme ménagère; on ne nous a jamais fait aucun reproche ni sur sa conduite, ni sur son travail.

*Cette malade qui était gravement atteinte à son entrée est rendue à la société et vit aujourd'hui du fruit de son travail.*

LXV. *Imbécillité, perversions instinctives, fugues, kleptomanie.* — MARZORA... (Georgette), 14 ans, née le 21 mai 1889. *A l'entrée* à la Fondation (mars 1902), la physionomie indiquait une certaine intelligence, mais peu de franchise, le regard était sournois, elle était peu affectueuse, peu expansive. Le caractère était irritable à l'excès; elle s'emportait à la moindre contrariété, ne pouvait pas supporter le voisinage de ses compagnes. De plus, elle était très bizarre: elle s'actionnait des heures entières à s'amuser avec un rien, par exemple à attraper les mouches, à les enfiler dans une aiguillée de fil et les compter par centaines; d'autrefois, elle recherchait la société de certaines de ses compagnes plus jeunes et bien inférieures à elle comme intelligence, les amusait d'abord, puis finissait toujours par les taquiner et les faire pleurer et paraissait satisfaite quand elle arrivait à son but. Elle possédait certaines notions au point de vue scolaire, mais un rien la distrayait et la portait à rire, elle empêchait souvent ses compagnes de travailler. Elle était à surveiller pour le vol, elle s'appropriait facilement les affaires de ses compagnes.

*Aujourd'hui* (1903), l'enfant s'est améliorée, elle se rapproche beaucoup d'une enfant à peu près normale. Le caractère laisse encore à désirer, mais elle est cependant moins coléreuse et moins répondeuse qu'autrefois. Ses idées et son langage sont moins bizarres. Elle rechercherait encore la société des plus petites plutôt pour s'amuser que pour les taquiner. Nous n'avons aucune fugue. Il y a chez elle de l'enfantillage dans ses paroles, dans ses jeux, dans ses habitudes, mais on ne remarque ni vice, ni perversions instinctives, elle n'a pas de mauvaises habitudes. Sa tendance pour la kleptomanie a disparu. L'enfant a fait de réels progrès en classe, puisqu'elle a pu obtenir le *certificat d'études*.

Elle a également fait beaucoup de progrès pour l'ouvroir, elle est même très adroite et peut devenir une bonne couturière. Elle est également habile pour certains travaux manuels qu'elle confectionne avec goût. Elle repasse bien, fait la gymnastique avec beaucoup de souplesse et d'agilité et là, comme ailleurs, ses progrès sont sensibles.

1905. — Marzora... (Georgette), sortie en congé en juillet 1904, avait beaucoup de disposition pour la couture et

toutes sortes d'ouvrages manuels. Sa mère pour encourager ses aptitudes la place dans la couture. Elle travaille actuellement rue Keller, c'est sa seconde maison depuis dix-huit mois. On l'a déplacée pour gagner davantage. Comme caractère, elle est insouciante, et un peu négligente, mais il y a, malgré tout, un grand changement. Sa mère nous dit qu'elle est corrigée de bien des défauts et que sa conduite est bonne. *Elle pourra certainement faire de la couture son métier et gagner honorablement sa vie.*

LXVI. Rouss... (Elisabeth), née le 3 mars 1885, entrée en juin 1898, à l'âge de 13 ans, atteinte d'*imbécillité* et de *rachitisme*, avec *perversions instinctives*.

Cette enfant parlait, causait, marchait, ne gâtait pas, mais elle était nulle en instruction, connaissait à peine les lettres. Le caractère était méchant, querelleur; elle se faisait détester de toutes ses compagnes. La mémoire paraissait très faible pour les leçons classiques, l'enfant disait elle-même qu'elle était allée en classe chez les sœurs, mais qu'elle n'avait rien appris. Vu son raisonnement insouciant et son âge avancé, on n'attendait que des résultats fort médiocres.

Malgré toutes ces difficultés, l'enfant a réalisé *aujourd'hui* (1899) de réels progrès. Elle lit lentement, mais couramment; son écriture est lisible et même très régulière; elle fait des devoirs variés de grammaire et de géographie, ainsi que les trois premières opérations de l'arithmétique.

Le caractère est également bien changé, elle raisonne bien, se rend compte de tout; elle est devenue plus calme et plus affectueuse; elle a même une certaine délicatesse de sentiments. Elle aime à rendre service et s'entend très bien pour les soins du ménage. Elle était nulle pour tous les ouvrages manuels, aujourd'hui elle coud très bien, repasse de même, a appris à faire de la dentelle. Elle exécute facilement tous les mouvements de la gymnastique, elle qui n'avait aucune notion à son entrée.

1905. — Rousse... a quitté la Fondation en 1904, après avoir réalisé de réels progrès. Elle lisait très couramment, connaissait les trois premières règles de l'arithmétique, commençait la division et savait rédiger une lettre; en un mot l'enfant pouvait se tirer de peine. Elle savait faire un ménage, de même qu'elle savait coudre, mais surtout laver et repasser. En quittant la Fondation, elle a d'abord été placée comme bonne pendant un an; puis elle a appris le métier de blanchisseuse.

1905. — *Aujourd'hui*, notre ancienne malade travaille comme blanchisseuse, rue Lacépède, elle gagne 3 fr. 50 par

jour et habite avec sa sœur, Mme Leclair, 2 *bis*, rue des Ecoles. — *Encore une malade qui a appris un métier et qui aujourd'hui se suffit à elle-même.*

LXVII. *Imbécillité, excitation impulsions violentes.* — Lesa... (Marguerite), née le 12 mars 1888, âgée de 15 ans, entrée à la Fondation en avril 1901. *A son arrivée*, la physionomie de l'enfant était dure, le caractère laissait beaucoup à désirer sous tous les rapports, elle était susceptible et irritable à l'excès. Elle se mettait dans des rages épouvantables pour le motif le plus futile. Elle criait à gorge déployée, jetait des cris, poussait des rugissements comme une bête fauve, tapait des pieds, s'arrachait la chevelure des deux côtés de la tête à un tel point que ses cheveux étaient tout à fait clairsemés et très courts.

En outre, sa tenue était déplorable, elle se déshabillait continuellement, ne gardait ni jupon ni pantalon, changeait ses effets avec ses compagnes ou bien elle les déchirait: elle agissait en un mot comme une enfant qui n'a pas un brin de raison. Elle était répondeuse et malhonnête, ne supportait pas la moindre observation.

Elle avait une certaine mémoire pour les leçons scolaires, mais n'y mettait aucune bonne volonté. Elle s'amusait à rire et à bavarder avec ses compagnes. L'enfant avait aussi de réelles difficultés pour la gymnastique et n'y apportait aucune bonne volonté, prétendait qu'elle avait une hernie et qu'elle ne pouvait se livrer à cet exercice. En somme, l'enfant présentait des bizarreries de caractère et était très difficile à diriger.

1903. — Peu à peu son caractère s'est modifié, ses accès de colère sont devenus moins fréquents, ses moments d'excitation ont fait place à un calme régulier. Elle est devenue plus polie et plus complaisante à l'égard du personnel, son raisonnement est devenu meilleur, l'enfant a même aujourd'hui un certain jugement. Elle est devenue très propre et très soigneuse de sa personne, minutieuse dans sa toilette. Au point de vue scolaire ses progrès n'ont pas été moins rapides, elle y a mis de l'application, de la bonne volonté et a pu obtenir le *certificat d'études*. Elle suivait également bien tous les exercices de la gymnastique. Sous le rapport de la couture, l'enfant a bien appris à coudre; elle y met d'autant plus d'ardeur qu'elle veut en faire son métier. Vu cette amélioration notable, elle a été rendue à sa famille dans le courant de l'année.

1905. — Lesag... a quitté la Fondation, après avoir fait des progrès sous tous les rapports. Notre ancienne malade travaille dans la couture. Elle commence à gagner quelque peu,

ses parents font tout ce qu'ils peuvent pour l'encourager. Il y a encore bien des choses qui laissent à désirer au point de vue du caractère, car elle est nerveuse et irritable, mais ces moments-là sont de courte durée. Elle se tient bien à son travail, est avancée dans son apprentissage et se conduit bien. Espérons qu'elle pourra être habile couturière un jour et qu'elle parviendra à gagner honorablement sa vie. Sa sortie a été cependant prématurée.

Sortie prématurée à cause de son *irritabilité nerveuse* qui nécessiterait encore durant un certain temps un *traitement balnéo-thérapique* — qu'elle ne peut suivre dehors — et aussi parce que son apprentissage était incomplet. Des sorties de ce genre sont malheureusement trop fréquentes.

LXVIII. For... (Louise), *idiotie complète*, née le 15 octobre 1896, 8 ans, entrée le 1er décembre 1899, *cécité*. Cette enfant était très chétive, sa physionomie était insignifiante et inspirait la pitié, à cause de son mauvais état général. Elle ne mangeait, ni ne buvait seule, ne pouvait pas se tenir sur les jambes, la parole était nulle. Elle gâtait nuit et jour. Rien ne pouvait faire présager la moindre amélioration chez cette enfant; cependant elle est parvenue à marcher seule, à s'alimenter elle-même assez proprement. Elle parle franchement et sans le moindre défaut de prononciation. Elle est propre le jour, va elle-même sur le siège ou bien elle se dirige de ce côté, la nuit il suffit de la faire lever une ou deux fois pour qu'elle soit tout à fait propre. *Amélioration.*

1905. — For... n'a pas fait des progrès très rapides, mais elle se maintient. Elle s'alimente bien toute seule et mange proprement, marche avec facilité, monte et descend seule les escaliers, en s'appuyant à la rampe. Elle reconnaît au son de la voix, toutes les personnes attachées au service. Elle parle bien, sans défaut de prononciation, demande tout ce qui lui est nécessaire. Comme presque tous les aveugles, l'enfant aime la chant et la musique, fredonne les chansons qu'elle entend répéter. Elle est douce et très affectueuse. *Amélioration* au point de vue de la marche, de la parole et de l'alimentation.

LXIX. Bul... (Marguerite), 4 ans 1/2, née le 28 août 1899. *Idiotie complète. — A l'entrée*, le 19 septembre 1902, parole et marche nulles, gâtisme absolu; malgré cela, elle avait la physionomie assez expressive et, de prime abord, paraissait

plus intelligente qu'elle ne l'était réellement. Elle était turbulente au possible, il aurait fallu la tenir constamment dans ses bras pour éviter une rage. Quand on refusait de la porter, elle pleurait, criait à gorge déployée pendant des heures entières, à tel point qu'on aurait pu croire qu'elle était maltraitée. Elle ne marchait pas et ne disait aucun mot, elle gâtait nuit et jour.

1903. — Cette enfant mise en traitement dès le début a déjà fait des progrès. Elle est devenue affectueuse et caressante pour les personnes qui la soignent, elle marche seule et court de tous côtés comme un vrai furet. Elle aime beaucoup entendre le chant et la musique, fredonne certains airs mais ne dit que ces deux mots: *maman, bobo.* Elle boit et mange seule, ce qu'elle ne faisait pas à son entrée. Elle gâte rarement la nuit, quand on a soin de la faire lever, il en est de même dans la journée quand on la met souvent sur le siège. Amélioration.

1905. — Marguerite continue de s'améliorer; elle s'habille et se déshabille presque seule, mange très proprement, se sert de la cuiller et de la fourchette et se tient bien à table. Malheureusement ses progrès sont toujours lents pour la parole qui est limitée à quelques mots les plus usuels; elle dit franchement: papa, maman, pipi, bobo, lolo, pin, pin. Elle se fait bien comprendre et désigne bien les objets qu'elle désire. Elle est toujours très douce, très caressante, se faufile partout et sait se faire aimer de tout le monde. Cette enfant qui, au début, était gâteuse, qui ne marchait pas et qui faisait des cris de rage est devenue aujourd'hui tout à fait propre, marche très bien. Son caractère est surtout beaucoup plus calme; d'où nous concluons qu'il y a chez elle une certaine *amélioration.*

LXX. MUGN... (Marie-Louise), 2 ans, née le 17 avril 1898, à son entrée à la fondation en octobre 1900, atteinte d'*idiotie complète*, avec gâtisme, marche et parole à peu près nulles.

Les progrès faits par l'enfant sont à signaler d'une façon toute particulière. Elle ne prononçait aucun mot, ne faisait entendre qu'un gazouillement tout à fait incompréhensible; aucun signe, aucun geste ne suppléait à la parole, l'enfant essayait les premiers pas en chancelant et le moindre obstacle suffisait pour l'effrayer et la faire tomber. Elle était gâteuse et malpropre au suprême degré, n'aimait guère à être nettoyée et les soins nécessaires concernant sa toilette lui étaient extrêmement désagréables.

Deux années se sont écoulées depuis son arrivée et un grand changement sous tous les rapports s'est opéré en elle.

Elle s'habille et se déshabille seule; elle est d'une propreté méticuleuse sur ses vêtements. L'enfant était autrefois grognon, un rien provoquait une crise de larmes, actuellement, elle est caressante, affectueuse, aime à se rendre utile dans la mesure de ses petites forces. Elle commence à connaître l'alphabet, sait compter jusqu'à 20 sans hésitation et place les chiffres d'une façon remarquable. — Elle, qui à l'entrée, savait à peine marcher, trotte maintenant comme un petit furet, elle éprouve un vif plaisir à faire la gymnastique, exécute parfaitement les quatre premiers mouvements, sait de même lacer, boutonner, agrafer, se prête volontiers à tous ces exercices. Progrès notables sous tous les rapports. (1902.)

1903. — Signalée en 1902, comme améliorée notablement, M... a fait depuis cette époque de sensibles progrès qui méritent une mention particulière. — Le caractère se modifie et devient de jour en jour plus affectueux et plus doux. L'intelligence se développant graduellement, la physionomie prend un aspect plus éveillé, le regard a pris de la vivacité et l'enfant se prête de bonne grâce aux différents exercices que comporte le règlement. L'étude semble avoir pour elle un certain attrait, aussi fixe-t-on son attention, les progrès pour la lecture sont assez rapides, actuellement l'enfant syllabe très bien, commence même à assembler, cherchant à comprendre le sens des mots; elle commence également à copier, forme bien les lettres et les chiffres.

La *parole* est plus facile, le défaut de prononciation moins accusé. Elle est devenue vive, agile et exécute les mouvements de gymnastique sans difficulté. Tout porte à croire que sa lecture sera courante d'ici peu et laisse espérer de bons résultats sous tous les autres rapports.

LXXI. ORIGL... (Angèle), née le 5 février 1892, est entrée à la Fondation Vallée, le 28 décembre 1894, à l'âge de 3 ans, atteinte d'*idiotie* à un degré très prononcé. Elle ne parlait pas, le regard était assez mobile, mais sa physionomie exprimait la tristesse, la souffrance, on aurait dit une personne âgée connaissant déjà les ennuis et le malheur. Elle se servait fort maladroitement de la cuiller. La mastication était très lente, aussi ne pouvait-on lui donner que des aliments liquides ou peu consistants. Elle ne marchait pas: c'est à peine si elle faisait quelques pas tout en la soutenant et lui donnant la main. L'enfant a eu, en outre, une *coxalgie* qui a nécessité son séjour à l'infirmerie pendant des années entières. Elle gâtait nuit et jour.

Ce n'est qu'en 1898 que l'enfant a pu suivre régulièrement le traitement médico-pédagogique. Très timide au début, elle

paraissait toujours triste et préoccupée, répondait à peine quand on lui adressait la parole. Rien ne nous faisait présager les grands changements et les résultats étonnants que nous avons obtenus.

Peu à peu, l'enfant s'est habituée au personnel; elle a commencé par *dire* quelques mots, puis des phrases; aujourd'hui (1900), elle parle bien, sa voix est claire, sans défaut de prononciation. Elle *écrit* lisiblement, commence à faire des petits devoirs de grammaire, connaît les deux premières opérations de l'arithmétique, elle lit lentement mais sa lecture est courante. L'enfant est devenue très *propre*, le gâtisme a complètement disparu. Elle se donne elle-même les soins de toilette qui lui sont nécessaires. Elle a fait beaucoup de progrès en couture, elle travaille aux robes, aux tabliers, etc. — *Amélioration notable.*

1905. — Cette enfant s'est beaucoup améliorée au point de vue intellectuel. Elle lit bien, donne à sa lecture une bonne intonation, connaît les trois premières opérations de l'arithmétique, suit une petite dictée; ses progrès seraient même rapides, mais l'enfant est obligée de séjourner à l'infirmerie, ayant des abcès à sa jambe malade. C'est grand dommage, car l'enfant est désireuse d'apprendre en classe, de même qu'elle voudrait se rendre utile aux soins du ménage et suivre les divers ateliers. Elle coud bien et repasse de même. Dès qu'elle est mieux, elle s'occupe à différents travaux, prend soin des plus jeunes comme une grande personne. Elle se tient très proprement. — En résumé cette enfant qui a été prise très bas, *s'est beaucoup améliorée* au point de vue intellectuel.

LXXII. Trouil... (Georgette), née le 24 octobre 1887, 12 ans. Cette enfant, atteinte d'*imbécillité* et d'*hémiplégie droite*, n'avait à son entrée le 16 juin 1895 aucune notion, sur tout ce qui concerne les exercices classiques. Elle parle bien, répond directement aux questions qui lui sont posées, mais ne sait tenir une conversation. L'attention est facile à fixer, l'enfant se tient bien à la classe et a pris goût aux exercices de ses compagnes. Elle lit par syllabes, fait les deux premières opérations de l'arithmétique, écrit lisiblement, quoiqu'écrivant de la main gauche.

*A son entrée*, l'enfant ne pouvait ni s'habiller, ni se déshabiller, ni lacer, ni boutonner. Après avoir fait ces derniers exercices sur le *mannequin* à l'école, elle est parvenue à s'habiller entièrement elle-même.

1905. — Trouil... a continué de s'améliorer, elle lit couramment, fait des devoirs de grammaire, des dictées élémen-

taires, connaît les trois premières règles de l'arithmétique. Elle a un bon raisonnement, aime à rendre service dans la mesure du possible. Elle travaille à la couture, ne perd jamais de temps. Elle est gentille et raisonnable. Cette enfant qui ne savait rien au début, a fait de notables progrès au point de vue classique.

LXXIII. Méri... (Louise), âgée de 12 ans, née le 21 août 1890, entrée à l'Asile à l'âge de 9 ans, atteinte d'*imbécillité* très prononcée, *avec turbulence* et *instabilité*. La prononciation était mauvaise, elle *zézayait* beaucoup, prononçait les lettres *j et g* comme *z;* elle disait *zuze* pour *juge*, *touzou* pour *toujours;* il en était de même pour la syllabe *che:* elle disait *marcer* pour *marcher*. Elle avait en outre une certaine difficulté pour prononcer l'*r;* elle disait *coude* pour *coudre*, *ouvoi* pour *ouvroir*.

*Aujourd'hui* (1902), il y a une grande modification dans son langage. Elle ne zézaie plus et sa prononciation est normale. Elle était nulle, en instruction primaire, ne connaissait ni lettres, ni chiffres, ne savait même pas tracer des bâtons sur l'ardoise. Ajoutons encore que cette enfant ne paraissait avoir aucune aptitude pour ce qui était enseignement.

Malgré toutes ces difficultés, nous enregistrons aujourd'hui des progrès très notables. Elle est parvenue à écrire très lisiblement, fait une copie, connaît et sait faire les chiffres et lit par syllabes. Tout donne lieu d'espérer que sa lecture sera tout à fait courante d'ici quelques mois. — La *couture* va bien, ainsi que le *repassage*, l'enfant a fait de réels progrès en *gymnastique*.

1905. — Les progrès au point de vue du travail manuel ont augmenté graduellement. Mer... a de réelles aptitudes pour le ménage et se rend utile. Elle coud assez bien, repasse convenablement, mais à ces deux occupations elle préfère la buanderie. Elle lave avec soin et avec goût. Le caractère est serviable, quoique un peu turbulent. Elle n'est pas méchante avec ses compagnes. Mais nous ne pouvons constater de grands progrès pour la classe; sa lecture n'est pas encore courante, elle écrit lisiblement, fait des copies, connaît l'addition. Elle s'exprime avec facilité, tient bien conversation. En réalité ses progrès sont peu marqués pour la classe, tandis qu'ils sont très notables au point de vue des travaux manuels.

LXXIV. Bida... (Jeanne), âgée de 16 ans, née le 15 février 1888, entrée à la Fondation le 13 octobre 1902, atteinte d'*imbécillité* avec *périodes d'excitation*.

A *son entrée*, la physionomie de l'enfant n'indiquait aucune

intelligence, le regard était sournois, elle savait parler, mais était incapable de tenir conversation, l'attitude était embarrassée. Le caractère était triste, maussade; les premiers jours de son arrivée, l'enfant avait eu, sans motif déterminé, une *période de mélancolie* plus prononcée que d'habitude. Il s'en était suivi des idées de suicide: certain soir au préau, on l'a surprise cherchant à s'étrangler avec le cordon de sa chemise.

Elle procédait mal à ses soins de toilette, s'habillait et se déshabillait avec lenteur. Elle n'avait aucun goût pour les travaux de couture, ni aucune notion de la gymnastique, paraissait même avoir pour ce dernier exercice des difficultés insurmontables. Elle était également très en retard au point de vue scolaire, ne connaissait ni lettres, ni chiffres, ne savait pas écrire; vu son âge avancé, elle ne donnait pas à espérer de grands résultats.

*Aujourd'hui* (1903), un changement notable est survenu, malgré tout. La physionomie est plus franche et plus expressive, elle est beaucoup plus affectueuse et expansive, tient facilement conversation avec ses compagnes, elle est serviable avec le personnel, n'a plus les idées noires qui la portaient à attenter à ses jours; ni période d'excitation, ni de mélancolie. Le caractère est devenu réellement calme et tranquille. Elle procède minutieusement aux soins de propreté, sa tenue est correcte.

En classe, elle a également fait des progrès, commence à lire par syllabes, l'écriture est lisible, fait bien une copie, commence à faire de petites additions. Elle commence à coudre, se rend sans peine à la couture et au repassage. Elle suit avec facilité les exercices de gymnastique, elle est beaucoup plus souple et plus agile dans ses mouvements. — En résumé les progrès de cette enfant sont très sérieux.

1905. — Les progrès sont lents, mais d'une année à l'autre nous en constatons quelques-uns. Le caractère est gai. B... s'amuse bien aux heures de récréation, reste tranquille en classe, les périodes mélancoliques n'ont plus reparu.

Sa tenue ne laisse rien à désirer; elle aime à s'occuper des plus jeunes et en prend grand soin. Elle travaille dans tous les ateliers: couture, repassage, buanderie; elle met de la bonne volonté partout. Mais elle a de réelles difficultés pour la classe, sa lecture n'est pas très courante, écrit lisiblement, ne connaît que l'addition. Elle fait bien la gymnastique. *Amélioration sous bien des rapports.*

LXXV. *Imbécillité avec mouvements choréiques.* — Lasco... (Gabrielle), 13 ans, née le 15 mai 1889. — *A l'entrée* (22 janvier 1903), le visage de l'enfant était pâle, la physionomie

avait une empreinte de tristesse et de mélancolie, comme si elle s'était rendue compte de son état. Elle causait peu, la voix était tremblotante, la parole lente et saccadée. Les sentiments affectifs n'étaient nullement développés, elle recherchait plutôt la solitude, son regard était timide et indifférent avec tout le monde. Les mouvements brusques des bras et des jambes ne lui permettaient pas de se donner les soins de toilette nécessaires; au réfectoire elle avait de la peine à porter les aliments à sa bouche et en répandait fort souvent sur la table. Sa démarche était chancelante et son allure désordonnée. Son intelligence était tout à fait réfractaire à l'étude et sa mère déclare qu'on n'avait jamais pu lui rien apprendre en classe, elle faisait le désespoir de ses maîtresses d'école. Quand elle est arrivée parmi nous, elle connaissait à peine les lettres, les nommait avec peu d'assurance, l'écriture était à peu près nulle, comme l'indiquent du reste ses cahiers pendant sa période choréique; elle connaissait et savait faire les chiffres. Tout son savoir consistait en ces quelques notions.

L'enfant a été mise en traitement dès le début (douches, capsules de *bromure de camphre*, gymnastique, exercices, etc.). En quelques mois une grande amélioration s'est manifestée sous tous les rapports. La physionomie a pris, peu à peu, une expression toute réjouie, l'air maussade et mélancolique a fait place petit à petit à une gaîté et un enjouement continuels; elle est devenue affectueuse et serviable avec le personnel, très complaisante avec ses compagnes, principalement avec les plus petites, elle s'intéresse à elles, les place sous sa protection et leur donne gentiment les soins qu'elles réclament.

Au point de vue scolaire, elle a également fait des progrès, l'écriture est devenue très lisible, la copie est bonne, elle commence à faire quelques devoirs de grammaire, connaît l'addition. Elle lit par syllabes et tout donne à espérer que d'ici quelques jours la lecture de l'enfant sera courante.

Elle aime la *gymnastique*, sait faire tous les mouvements, y est devenue très agile. Elle se livre avec plaisir aux travaux de *couture*, s'y prend bien et n'est pas maladroite. Inutile d'ajouter que l'enfant ne pouvait suivre aucun de ces exercices à son entrée. — En somme, elle a fait, en tout, des progrès sensibles (1903).

1905. — Lasco... continue à s'améliorer à tous les points de vue; les accidents nerveux (*chorée*) ont disparu, elle se porte admirablement bien au point de vue physique. Au point de vue intellectuel ses progrès sont à signaler: Gabrielle lit couramment, son écriture est bien formée et même régulière. Elle fait des petites dictées, connaît l'addition, la soustraction et la multiplication. La mère se montre très satisfaite

des progrès classiques de son enfant, car elle n'avait jamais rien appris dans les écoles primaires.

Le caractère n'est ni méchant, ni taquin, mais il est observateur, elle remarque tout. Le travail manuel est lent, mais constant; elle se rend de bonne grâce dans tous les ateliers. Elle se tient toujours très proprement. Elle fait bien la gymnastique et là comme ailleurs, elle a fait de notables progrès.

Chez Lasc..., comme chez beaucoup d'autres choréiques que nous avons eu à traiter le *bromure de camphre*, sous forme de capsules du Dr Clin (1) nous a procuré d'excellents résultats. Selon notre habitude nous avons pris des *spécimens de l'écriture* (*Fig. 50*,

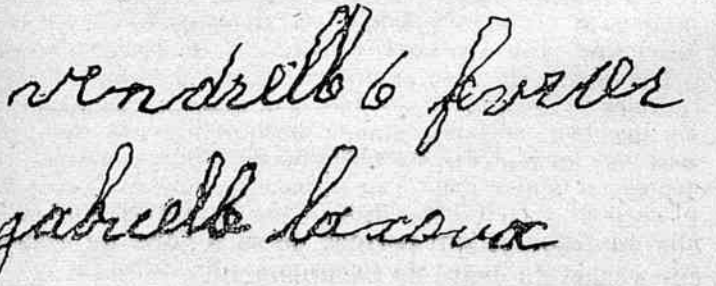


*Fig 50.* — Chorée.

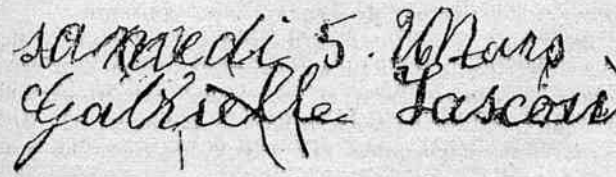


*Fig. 51.* — Chorée.

(1) C'est grâce à M. le Dr Clin qui a fait fabriquer dans le temps du bromure de camphre gratuitement, que nous avons pu faire nos expériences physiologiques et thérapeutiques.

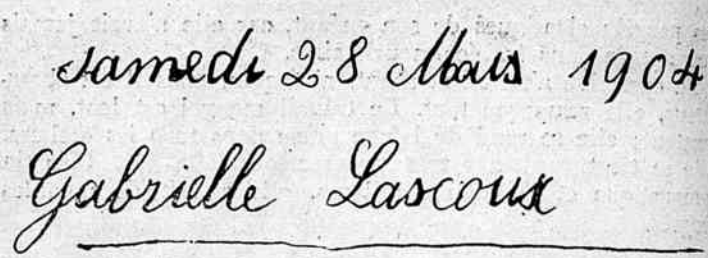



*Fig. 52.* — Chorée ; amélioration.

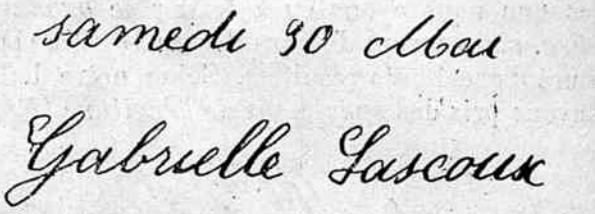



*Fig. 53.* — Chorée ; guérison.

*51*, *52* et *53*), (date, nom) et fait tracer une *ligne horizontale*, ce qui permet de se rendre un compte assez exact du degré de *tremblement*.

(*A suivre.*)

---

### L'absinthe à l'école.

Dans une école communale de la ville de Paris, un instituteur remarquait avec surprise que, chaque jour, à partir de dix heures du matin, l'un de ses élèves, un bambin de sept ans, avait de véritables accès de folie. Sans raison, l'enfant rouait de coups ses petits camarades et, lorsque le maître lui adressait de justes remontrances, il se roulait sur le parquet en poussant de tels cris que les passants, étonnés, se groupaient devant la classe. L'instituteur s'étant aperçu que son encombrant élève demandait fréquemment la permission de sortir, le fit suivre et ne tarda pas à apprendre qu'il s'enfermait dans les water-closets... *pour boire de l'absinthe* ! Ce gamin de sept ans avait toujours sur lui un flacon empli de ce liquide et c'était sa mère, qui tous les matins, glissait le poison dans l'une de ses poches. Ne pouvant le corriger, le directeur de l'école dut se résoudre à le renvoyer dans sa famille. (*Semeur de l'Oise*, 27 mai).



*Fig. 1.* — W... à 11 ans 1/2 (1887.)

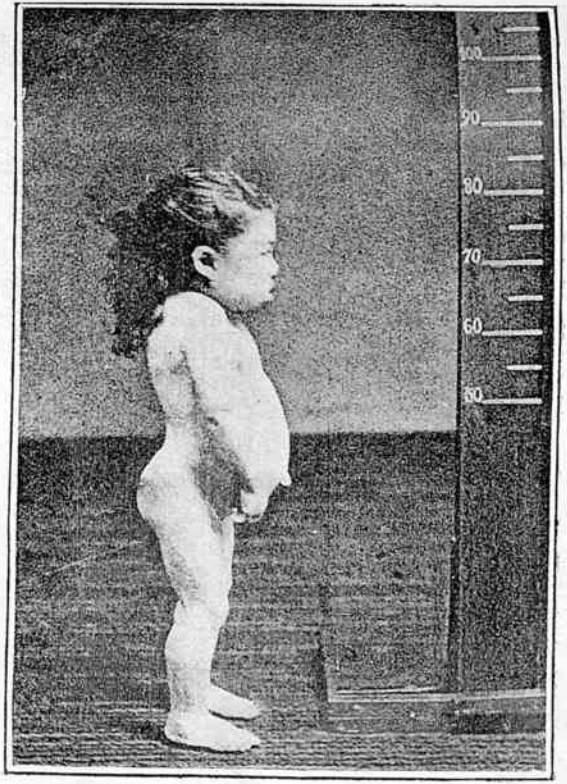


*Fig. 2.* — W... à 13 ans 1/2 (1889.)

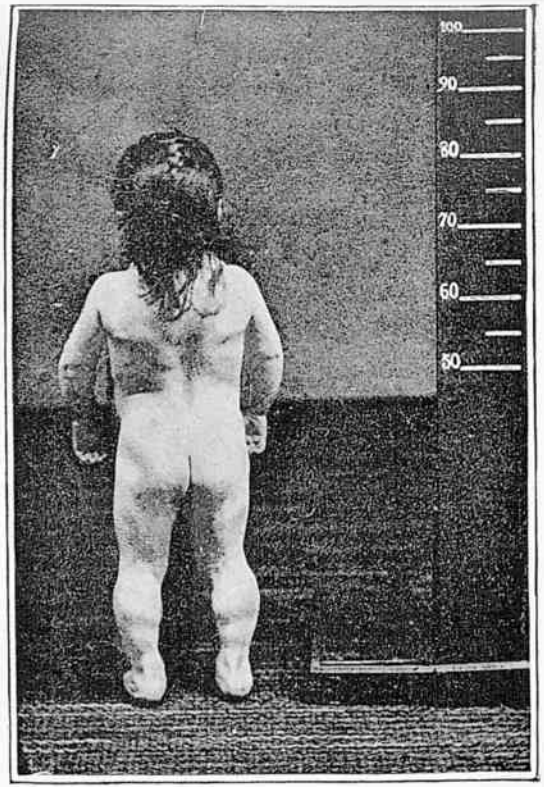



*Fig. 3.* — W... à 13 ans 1/2 (1889).

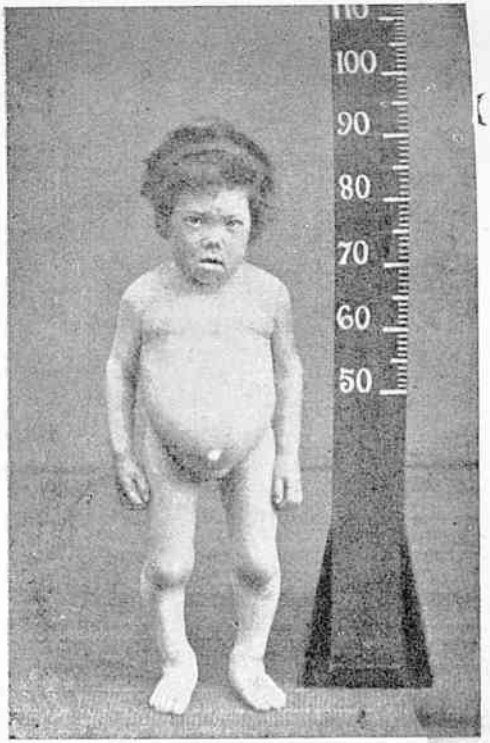



*Fig. 4.* — W... à 19 ans 1/2 (1895.)

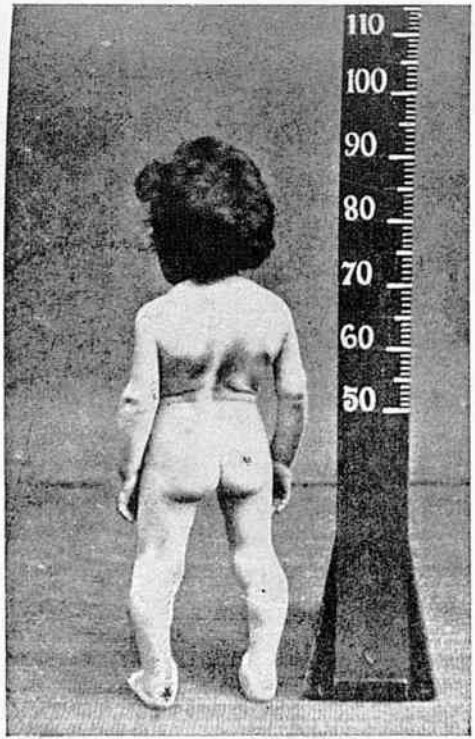



*Fig. 5.* — W... à 19 ans 1/2 (1895.)

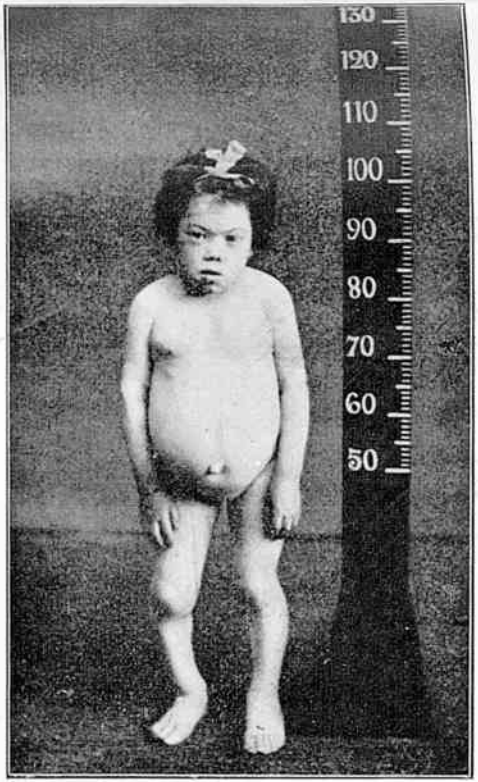



*Fig. 6.* — W... à 21 ans (1897.)

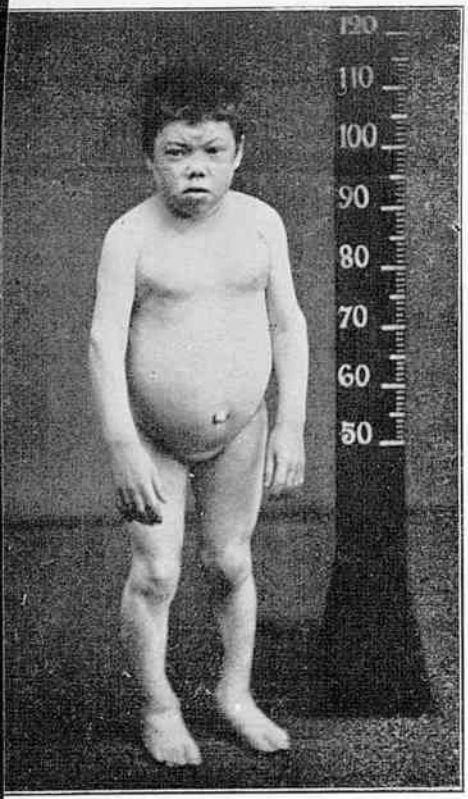



*Fig. 7.* — W... à 24 ans (1900).

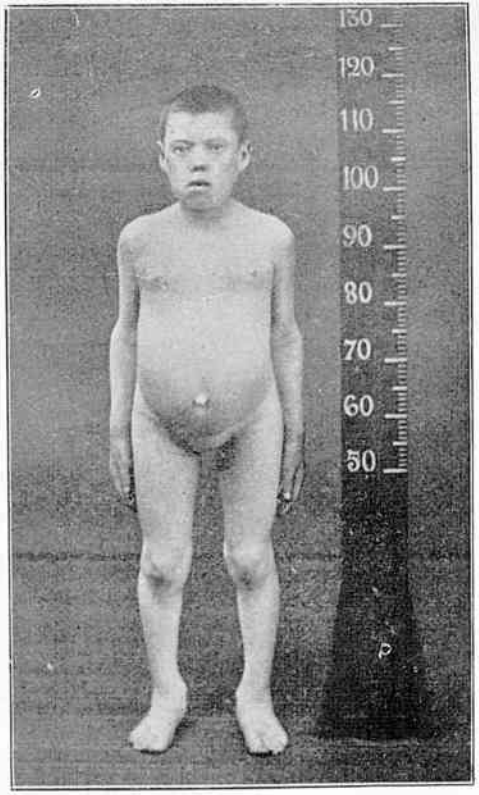



*Fig. 8.* — W... à 25 ans (1901).

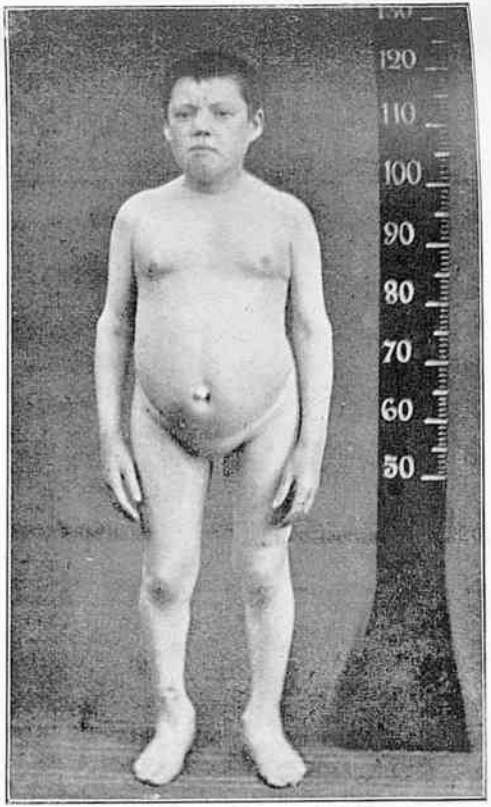



*Fig. 9.* — W... à 26 ans (1902).

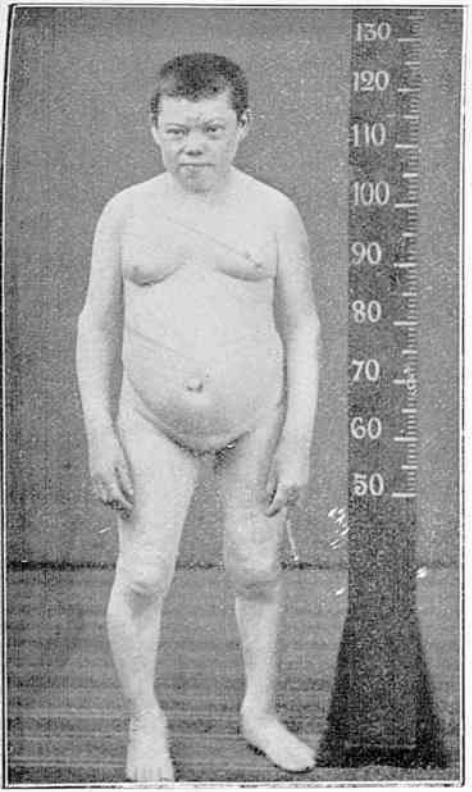



*Fig.* — 10. — W... à 27 ans (1903).

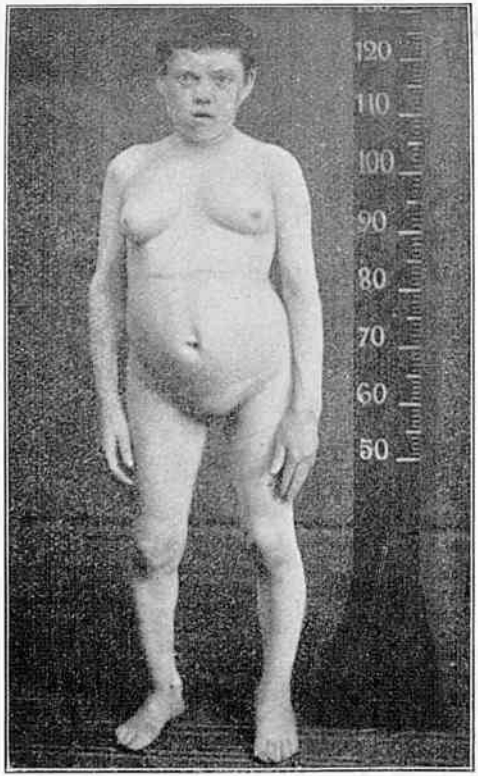



*Fig.* 11. — W. . à 29 ans (1905).

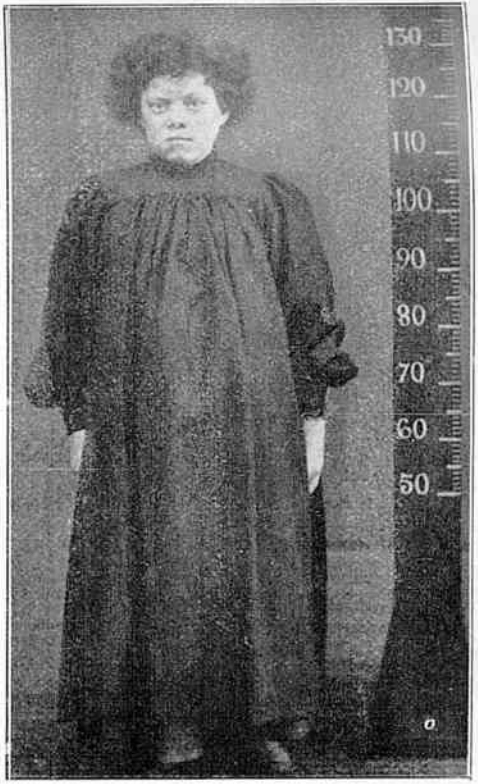



*Fig.* 12. — W.. . à 30 ans (1906).

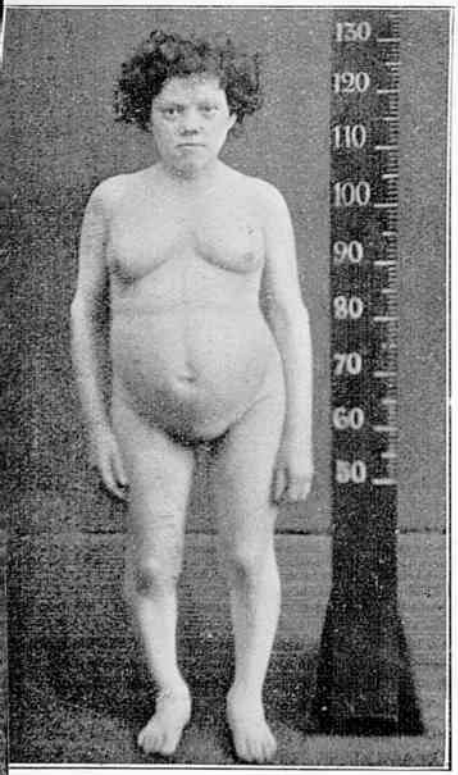



*Fig. 13.* — W... à 30 ans (1906).

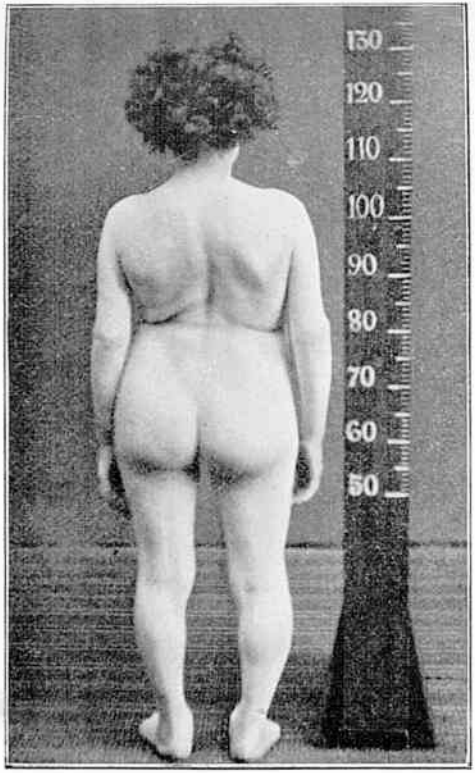



*Fig. 14* — W... à 30 ans (1906).

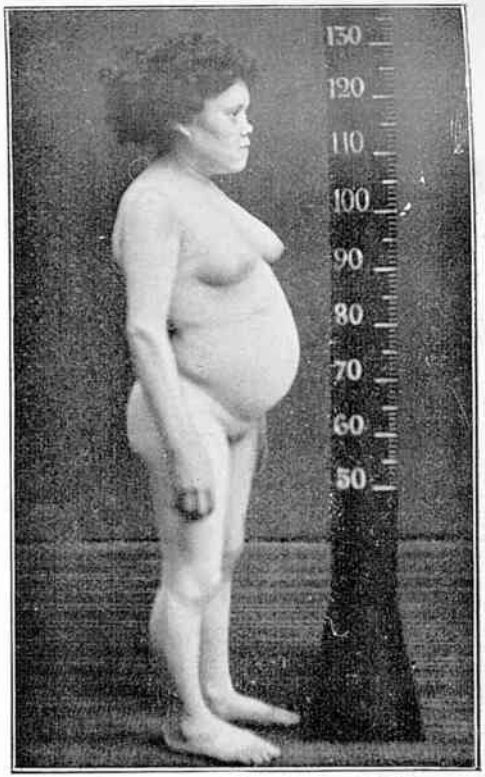



*Fig. 15.* — W. à 30 ans (1906).




*Fig 1.* — Kram... à 4 ans (1895).




*Fig. 2.* — Kram... à 4 ans (1895).




*Fig. 3.* — Kram .. à 4 ans (1895).



*Fig. 4.* — Kram... à 5 ans (1896.)




*Fig. 5.* — Kram... à 5 ans (1896.)




*Fig. 6.* — Kram... à 5 ans 1/2 (1896.)

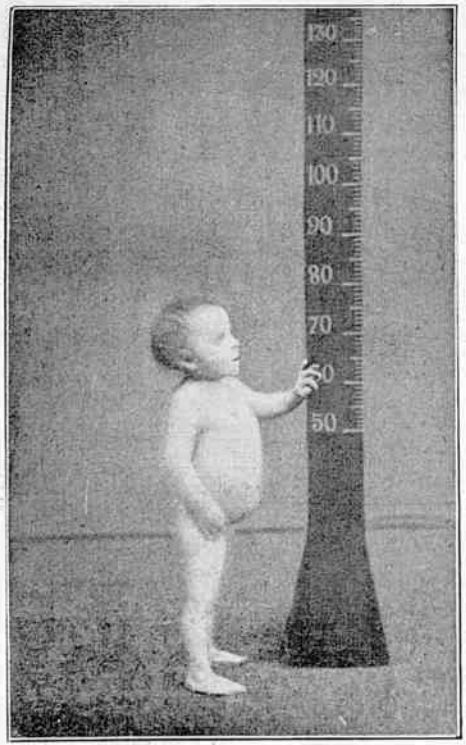



*Fig. 7.* — Kram... à 5 ans 1/2 (1896.)




*Fig. 8.* — Kram... à 6 ans 1/2 (1898.)




*Fig. 9.* — Kram... à 8 ans 1/2 (1900.)




*Fig. 10.* — Kram... à 9 ans 1/2 (1901.)

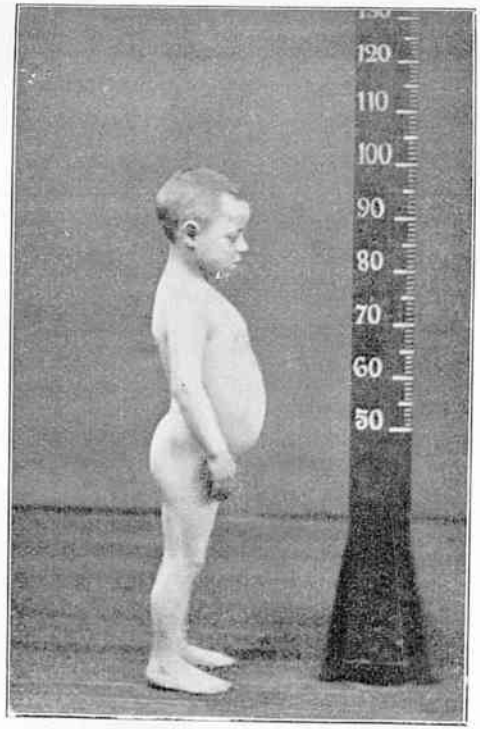



*Fig. 11.* — Kram... à 9 ans 1/2 (1901.)




*Fig. 12.* — Kram... à 12 ans 1/2 (1904.)

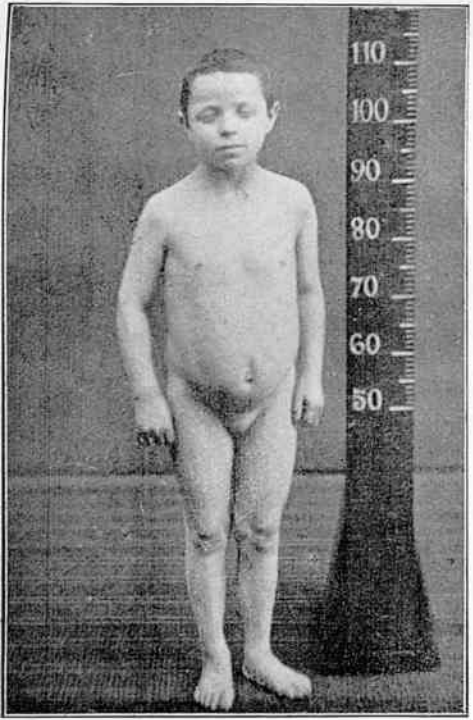



*Fig. 13.* — Kram. . à 12 ans 1/2 (1904.)

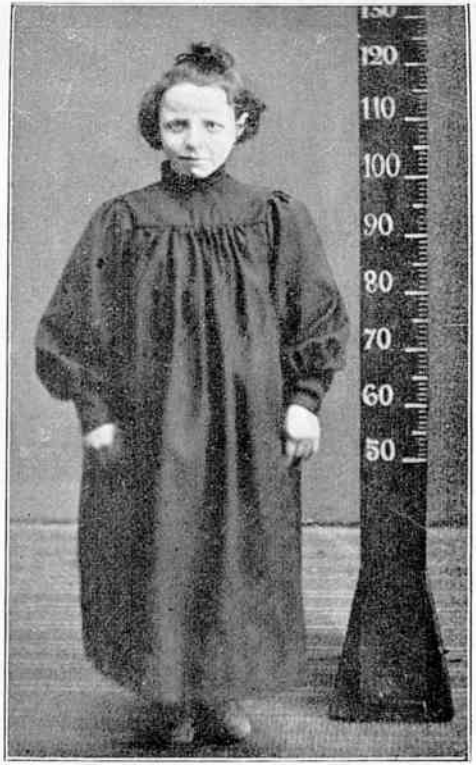



*Fig. 14.* — Kram... à 14 ans 1/2 (1906.)

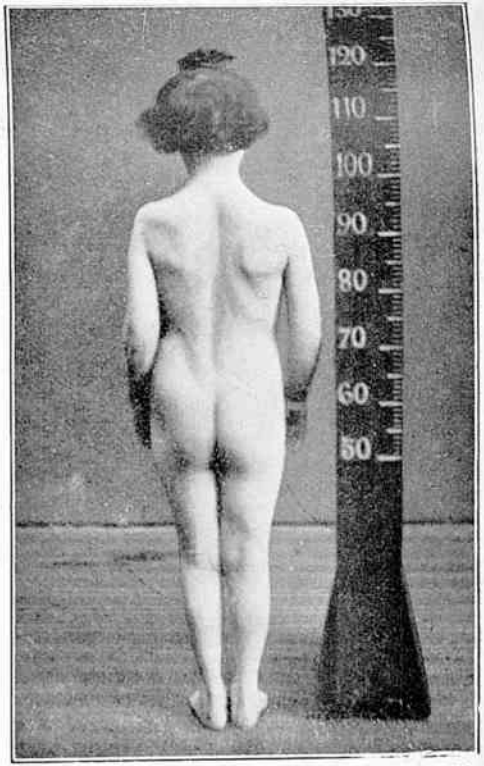



*Fig. 15* — Kram... à 14 ans 1/2 1906.)

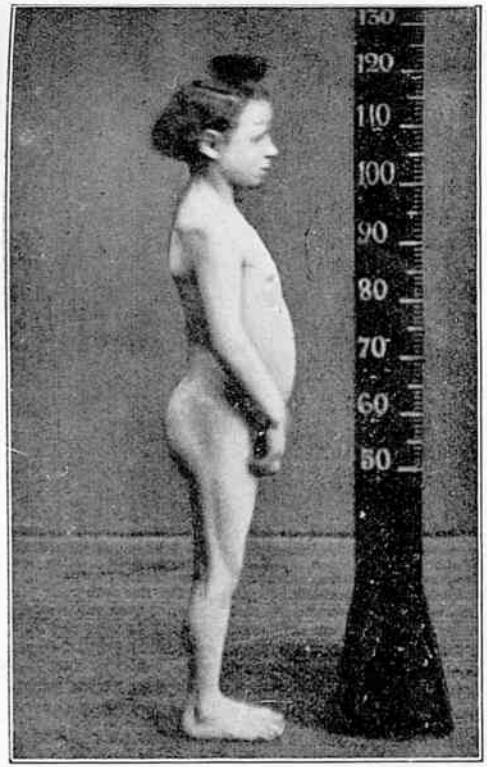



*Fig. 16.* — Kram... à 14 ans 1/2 (1906).

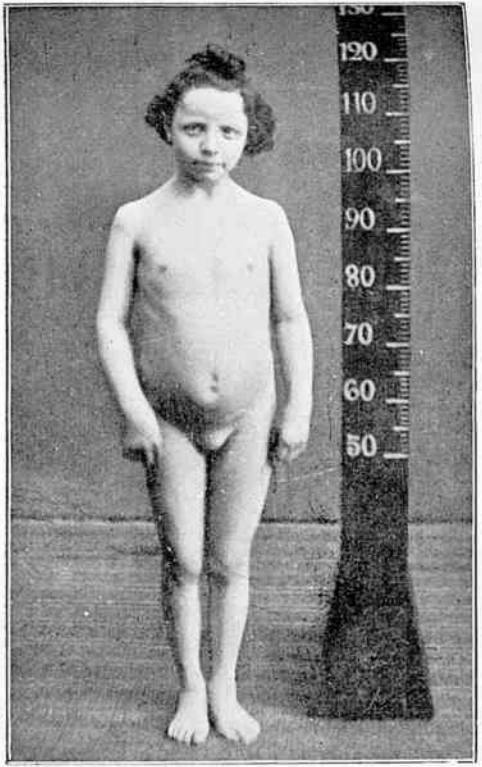



*Fig. 17.* — Kram... à 14 ans 1/2 (1906.)

# REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XLVII. — **Nouveau cas de de pellagre accompagnée de rétraction de l'aponévrose palmaire** ; par PARCHON et GOLDSTEIN. (*Revue de médecine*, 1905, p. 620.)

Un cas semblable a déjà été publié par les auteurs dans la *Revue de Neurologie* de 1902. Ils rapportent aujourd'hui l'observation d'un nouveau cas chez un sujet pellagreux atteint de double rétraction de l'aponévrose palmaire. Ce syndrome paraît être lié à la pellagre et être un trouble trophique du système nerveux comme les syndromes du même ordre qu'on rencontre au cours de certaines maladies générales, rhumatisme chronique, diabète ou même des maladies du système nerveux comme la syringomyélie. M. H.

XLVIII.— **Les rémissions prolongées de la méningite chez l'enfant** ; par CARRIÈRE et LHOTE. (*Revue de médecine*, juillet 1905.)

Il y a dans la méningite tuberculeuse une rémission survenant à la 2e période et qui laisse quelquefois à l'entourage une illusion sur une amélioration de l'affection ; cette rémission est passagère et dure quelques jours ; elle est d'une observation courante dans la méningite tuberculeuse, mais il existe, plus rarement il est vrai, une forme de rémission beaucoup plus prolongée et pouvant durer des mois. Les auteurs en rapportent un certain nombre d'observations, les rémissions ayant été, dans ces divers cas, de 4 mois 1/2, 5 et même 9 mois. Cette rémission est rare ; elle ne comporte pas d'ailleurs la disparition complète des phénomènes méningitiques ; on y rencontre certains signes qui ne trompent pas un médecin exercé, troubles digestifs, arythmie du pouls, hypothermie, troubles persistants du caractère. Les rémissions ont toujours été suivies de rechute et finalement le dernier cycle de la maladie accomplit son évolution comme dans les cas ordinaires. Au point de vue étiologique, on peut trouver une explication de ces rémissions par ce fait que la méningite tuberculeuse suit la loi des autres syndromes tuberculeux. Affection presque toujours mortelle, elle peut être entrecoupée de périodes d'accalmie, les résultats donnés à l'autopsie indiquant dans ces cas, à côté de lésions récentes de granulations tuberculeuses, des lésions anciennes circonscrites avec épaississement des méninges (masse jaune sclérosée). Il y aurait donc, au début, une poussée tuberculeuse

locale qui aurait rétrocédé mais n'aurait pas empêché des symptômes méningitiques de se manifester plus tard.

On peut conclure de ces faits, malgré le peu d'espoir que peuvent présenter ces rémissions, que la méningite tuberculeuse n'est pas une maladie nécessairement mortelle. Il peut y avoir des lésions circonscrites qui peuvent s'atténuer et même guérir et le médecin doit, dès le début, installer une hygiène rigoureuse des méningitiques, afin d'éviter un réveil de la diathèse.

M. HAMEL.

XLIX. — **Le bégaiement épileptique** ; par M. Ch. FÉRÉ. (*Revue de médecine*, février 1906 )

Observation de plusieurs épileptiques chez qui des crises de bégaiement constituaient des équivalents de crises vraies. Dans un cas, le bégaiement annonçait l'accès et constituait une sorte d'aura. Il se reproduisait à intervalles rapprochés jusqu'à ce que survienne une grande crise. M. H.

L. — **Note sur les rêves épileptiques** ; par Ch. FÉRÉ. (*Revue de médecine*, septembre 1905.)

Certains épileptiques peuvent présenter des rêves nocturnes ou diurnes stéréotypés et ayant l'allure d'une crise fruste.

Sans qu'on puisse affirmer l'épilepsie quand on rencontre ces rêves chez des sujets n'ayant point d'autres signes comitiaux, néanmoins ils paraissent constituer dans certains cas des équivalents de crise. Suivent deux observations. M. H.

LI. — **Contribution à l'étude de la neurasthénie sexuelle** ; par Ch. FÉRÉ. (*Revue de médecine*, mars 1905.)

Deux observations, l'une d'un sujet prédisposé de 42 ans, avec anomalie de développement de la sexualité et qui pendant l'époque de la vie sexuelle présentait chaque mois du gonflement des mamelons, suivi, mais à cette époque seulement, d'appétence génésique. Vers l'âge du déclin, disparition de ces phénomènes ainsi que de l'appétence sexuelle, mais le sujet manifesta des phénomènes syncopaux à la suite d'un coït avec troubles neurasthéniques graves qui ont persisté longtemps après. L'autre observation est celle d'une dame de 50 ans, ayant présenté des phénomènes semblables à la suite d'un traumatisme. M. H.

LII. — **L'hypophyse et la pathogénie de la maladie de Basedow** ; par SALMON. (*Revue de médecine*, mars 1905.)

L'auteur émet l'hypothèse que la maladie de Basedow paraît devoir son origine à une intoxication primitive des centres nerveux produisant la suractivité thyroïdienne, et due à un trouble de fonctionnement de l'hypophyse. M. H.

LIII. — **Paralysie des deux hémioculomoteurs**, par GRASSET et GAUSSEL.

MM. les Drs Grasset et Gaussel communiquent l'observation d'une malade, chez qui ils ont relevé, en plus des signes d'une tumeur de la base, de nature tuberculeuse, un syndrome oculo-moteur consistant en une paralysie de l'oculogyrie latérale des deux côtés avec conservation des mouvements de convergence, d'élévation et d'abaissement des yeux.

A l'autopsie, on trouva deux tubercules du lobe gauche du cervelet et un tubercule de la protubérance, qui intéressait à la fois les noyaux du facial gauche, de l'acoustique et des deux oculamoteurs externes.

Les auteurs insistent sur l'existence du syndrome oculo-moteur et en tirent un nouvel argument en faveur de l'hypothèse de deux hémioculomoteurs oculogyres, des troxgyre et lévogyre. S'appuyant sur des observations de Parinaud, Foville, Prévost, Raymond, etc., etc., ils décrivent le trajet des hémioculomoteurs, depuis l'écorce jusqu'à leur entrecroisement et leurs noyaux de division inférieure. Ils concluent ainsi : « Loin de dire que la conception des oculogyres ne peut pas être soutenue, on peut prétendre que la clinique confirme de plus en plus cette proposition déjà émise par l'un de nous, et qui résume à la fois la conception des hémioptiques et des hémioculomoteurs : chaque hémisphère voit et regarde, avec les deux yeux, du côté opposé. » (*Revue neurologique*, janvier 1905.) E. B.

LIV. — **Le noyau mésocéphalique des oculogyres**, par A. GAUSSEL.

Dans cette étude, M. Gaussel entreprend de démontrer que le noyau mesocéphalique des oculogyres doit être placé dans le groupement des cellules grises de la région protubérantielle, que les anatomistes considèrent comme le noyau, l'origine du moteur oculaire externe. Il s'appuie pour cela sur les faits suivants :

1° Toute lésion qui porte sur le nerf moteur oculaire externe depuis son orgine réelle jusqu'à sa terminaison, détermine un strabisme convergent ; toute lésion qui porte sur le noyau dit de la VIe paire détermine une déviation conjuguée.

2° L'anatomie normale (Duval et Laborde), l'anatomie pathologique (Bruce) ont montré que des fibres quittent le noyau de la VIe paire, pour aller se mettre en relation avec le nerf du droit interne du côté opposé.

3e Grüner et Bertolotti ont rapporté les observations de deux malades qui présentaient une paralysie des mouvements associés des yeux pour l'élévation, l'abaissement et la convergence

des deux globes oculaires avec conservation parfaite des mouvements associés de bilatéralité. L'autopsie a permis, dans un cas, de constater que la lésion avait détruit les noyaux de la IIIe et IVe paires de chaque côté en laissant intact le noyau de la VIe paire.

Le noyau mésocéphalique de l'oculogyrie ainsi démontré, remplit le rôle de centre d'association que l'on a voulu faire jouer aux centres supra-nucléaires (Parinaud, Raymond), dont l'existence, nullement démontrée, est dès lors inutile pour l'explication des faits. (*Revue neurologique*, octobre 1905.) E. Blin.

LV. — **Etude critique sur le tabes infantile juvénile**; par MM. Edgard Hirtz, médecin de l'hôpital Necker, et Henri Lemaire, interne du service.

MM. Hirtz et Lemaire rapportent une observation de tabes juvénile. A cette occasion, ils font la critique de toutes les observations déjà publiées, en s'appuyant sur l'existence des trois signes essentiels : Argyll, Romberg et Westphall. (La ponction lombaire est de pratique trop récente pour entrer en ligne de compte, et les constatations nécropsiques font défaut.) Mais le signe d'Argyll ne saurait être pathognomonique et n'est qu'une manifestation de syphilis nerveuse ; de même le signe de Romberg ne peut être exigé au début. C'est donc le signe de Westphall qui doit avoir la plus grande importance ; c'est l'abolition du réflexe patellaire et celle du réflexe achilléen qui est la manifestation la plus certaine des lésions des cordons postérieurs. Les auteurs, rejetant les cas douteux, ont ainsi dressé le tableau de quarante-six observations, où le diagnostic de tabes paraît certain.

Ils ajoutent une observation personnelle concernant un jeune homme de 23 ans, sur lequel ils ont constaté la disparition des réflexes achilléens, l'existence du signe d'Argyll et d'une lymphocytose très accentuée du liquide céphalo-rachidien. En outre, le malade présente une fracture spontanée du calcanéum et des crises gastriques, qui ont débuté alors qu'il avait six ans.

De l'étude de ces observations, les auteurs concluent qu'en général, le tabes des jeunes sujets est discret, peu ataxique, rarement ou tardivement douloureux. Ceux qui en sont atteints seraient des « tabétisants » plutôt que de vrais tabétiques. Ce qualificatif appliqué au tabes infantile semble d'autant plus exact que la forme amaurotique, forme de tabes fruste, est fréquemment réalisée dans les observations qu'ils ont compulsées. (*Revue neurologique*, 1905.) E. Blin.

LVI. — **Névralgie faciale et tumeur du ganglion de Gasser** ; par Henri Verger et H. Grenier de Cardenac.

Les compressions du ganglion de Gasser ou des racines de la cinquième paire par une tumeur du voisinage sont assez fré-

quentes. Il est plus rare de constater l'envahissement du ganglion lui-même par un néoplasme. C'est un cas de ce genre que publient les auteurs. De ce cas et de ceux qui ont déjà été publiés, il leur semble résulter que la névralgie faciale symptomatique des néoplasmes du ganglion de Gasser révèle une physionomie spéciale qui se traduit par :

1° Le caractère continu des phénomènes névralgiques, le malade souffrant toujours dans l'intervalle des paroxysmes ; 2° l'exacerbation des douleurs par les excitations d'ordre périphérique ; 3° l'extension de la névralgie dans les trois branches des trijumeaux ; 4° l'hypoesthésie très marquée de toute la moitié correspondante de la face ; 5° accessoirement la paralysie des muscles masticateurs.

L'existence de ce type crée une contre-indication pour l'intervention chirurgicale, dont les malades ne retirent aucun bénéfice. Il est vraisemblable, au contraire, qu'un certain nombre de ces malades voient les phénomènes névralgiques disparaître à une certaine époque, quand la destruction du ganglion ou de la racine est complète. (*Revue neurologique*, juillet 1905.) E. Blin.

LVII. — **Contribution à l'étude du tétanos dit médical ou spontané, influence de la chaleur.** (Rapport de M. Kelsch sur un travail de M. le prof. Vincent (du Val-de-Grâce). *Séance du 2 janvier* 1906.) (*Bull. acad. de méd.*)

Vaillard et Vincent ont démontré en 1891 que souvent pour qu'un microbe inapte par lui-même, puisse végéter dans l'organisme vivant, il faut et il suffit qu'il soit secondé par des influences favorisantes (associations bactériennes, poisons chimiques ou microbiens, altération mécanique des tissus, hémorrhagies, etc.).

Dans le travail actuellement soumis à l'Académie, M. Vincent a montré que, chez un cobaye soumis à une température atmosphérique élevée, avant, pendant ou peu après l'inoculation du bacille de Nicolaïer, la maladie apparaîtra plus facilement que chez un témoin inoculé de la même façon, mais laissé à une température modérée. L'examen du sang montre que, chez l'animal en expérience, il se produit, dès que la température du sang s'élève un peu, une leucolyse abondante portant surtout sur les grands polynucléaires qui paralyse la phagocytose et livre l'organisme sans défense au bacille et à ses toxines. La géographie médicale avait montré depuis longtemps que plus le climat est chaud plus sont fréquents et graves les cas de tétanos. Il en est d'ailleurs de même pour la malaria et la dysenterie (Arnould-Kelsch). Le passage du chaud au froid est surtout dangereux et facilite l'apparition du tétanos (Larrey, 1809). Signalons enfin que lorsque l'animal a été placé à l'étuve un temps assez long après

l'injection du bacille, l'apparition de la maladie peut être retardée de beaucoup. Est-ce à quelque chose d'analogue qu'est due l'incubation prolongée si fréquemment constatée dans la rougeole?

L. WAHL.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

*Séance du 5 avril 1906.*

*Un cas d'aphasie tactile.*

MM. RAYMOND et EGGER.— Une vieille femme présente une monoplégie de la main droite en voie de guérison ; intégrité de toutes les sensibilités et du sens stéréognostique, mais impossibilité de nommer les objets touchés et palpés dont toutes les qualités physiques sont cependant reconnues.

*Syringomyélie spasmodique avec attitude particulière.*

MM. RAYMOND et FRANÇOIS montrent une syringomyélique spasmodique avec main de prédicateur, thorax en bateau et cyphoscoliose dont les membres supérieurs sont en hyperextension et en supination forcée.

*Otosclérose avec troubles labyrinthiques.*

M. BONNIER présente une malade otoscléreuse dont l'affection s'accompagne, en outre des bourdonnements d'oreille, de sensibilité à la trépidation, de variabilité de la pression artérielle et du rythme du pouls, de vertiges et d'abaissement du globe oculaire lorsqu'elle veut fermer les yeux.

*Névralgie du trijumeau et injection d'alcool.*

MM. LÉVY et BAUDOIN montrent une série de malades atteints de névralgies faciales graves, dont quelques-uns opérés sans résultat et guéris par les injections d'alcool à la base du crâne.

M. DÉJERINE trouve les guérisons encore trop récentes pour être certaines, mais, ajoute M. MARIE, la simplicité du procédé permet d'y revenir en cas de récidive.

*Paralysie du tibial antérieur.*

M. BRUEL présente une paralysie du tibial antérieur due à une hyperextension du pied d'une demi-heure de durée et ayant causé une élongation du nerf.

*Compression radiculaire par projectile.*

MM. RAYMOND et DREYFUS montrent un malade chez qui une

balle de revolver logée dans l'espace sous-arachnoïdien comprimait d'abord les deux premières sacrées puis les 3e et 4e ; la balle fut enlevée et le malade guérit.

*Tabès chez un hémiplégique.*

MM. Déjerine et Lebnhardt présentent un malade syphilitique atteint il y a un an d'une hémiplégie droite en voie de régression et de phénomènes tabétiques occupant seulement le côté hémiplégié.

*Paralysie pseudo-bulbaire chez un enfant.*

MM. Raymond et Lejonne montrent un enfant de onze ans atteint du syndrome paralytique pseudo-bulbaire par arrêt probable de développement des centres corticaux au niveau de l'opercule rolandique.

*Deux cas de myasthénie bulbo-spinale.*

MM. Raymond et Lejonne présentent deux malades, dont l'un en voie de guérison, accusant la mobilité et la fugacité des troubles parétiques et leur accroissement par la fatigue. Quelques groupes musculaires sont plus atteints. L'examen du sang montre de l'hypoleucocytose.

*Syndrome de Landry.*

MM. Sicard et Bauer, chez un sujet mort au bout de huit jours, ont trouvé des lésions diffuses de la moelle surtout à la région dorso-lombaire, diminuant vers les régions supérieures. La ponction lombaire avait accusé une forte polynucléose.

*Sclérose latérale amyotrophique.*

MM. Rossi et Roussy ont, chez le sujet, suivi au Marchi la dégénération pyramidale de la moelle au cortex à travers le bulbe, la protubérance, le pédoncule et la capsule. Au cortex, lésions limitées à la partie supérieure du Fa.

*Zona.*

M. Souques rapporte un cas de zona vrai intéressant les 1e, 2e et 3e racines lombaires en apparence, mais en réalité la 1e seulement car la fosse ovale est intacte ; il n'y a rien sur le trajet du génito-crural et du fémoro-cutané.

*Tubercule protubérantiel.*

M. Alquier montre un gros tubercule ayant détruit la calotte de la protubérance sauf son quart postérieur.

*Origine syphilitique du tabès et de la paralysie générale.*

M. Marinesco n'a pas pu découvrir le parasite de Schaudinn dans les lésions de ces maladies qui seraient dues à l'action des toxines et non à celle du micro-organisme lui-même.

*Sclérose latérale amyotrophique anormale.*

MM. Lejonne et Lhermitte ont noté chez un malade la limitation des symptômes à un seul côté pendant deux ans et de violentes douleurs musculaires exagérées par la pression ; douleurs qui passèrent au côté sain quand celui-ci commença à se prendre à son tour.

*Séance du 3 mai 1906.*

*Epithélioma primitif du cerveau.*

M. Cestan rapporte deux cas d'épithéliomas développés près de la selle turcique, et d'origine épendymaire.

*Lésions cellulaires par sérum névrotoxique.*

M. Armand Delille montre des préparations de cortex de chiens tués en quelques heures (3 à 24) par un sérum névrotoxique. Le Nissl accuse une chromatolyse intense.

*Tic convulsif et injections d'alcool.*

MM. Levy et Baudoin montrent un sujet guéri depuis un mois d'un hémispasme facial par la méthode de Schloesser.

Chaque injection fut suivie d'une paralysie faciale fugace.

*Deux cas de poliomyélite antérieure aiguë.*

M. Huet et Lejonne présentent deux adultes atteints de paralysie flasque avec atrophie reliquat de poliomyélite antérieure aiguë récente, et rappellent qu'ils ont vu quatre cas de cette affection chez des adultes dans le service de M. Raymond.

*Les courants continus dans la névralgie du trijumeau.*

MM. Babinski et Delherme chez un malade, que quatre traumatismes chirurgicaux extrêmes n'avaient pas guéri et avaient rendu inapte à recevoir des injections d'alcool, ont obtenu la guérison par l'application de courants continus de 30 à 60 milliampères.

*Atrophie musculaire et osseuse chez des nègres.*

M. Brumpt a observé chez des nègres, en outre de l'atrophie musculaire progressive, l'atrophie des phalanges.

M. Egger relate un cas de troubles des mouvements conjugués de la tête et des yeux dans une fracture du crâne.

*Régénération des nerfs.*

M. Médéa (de Milan), dans ses expériences sur la régénération après destruction par l'éther, n'a jamais vu d'auto-régénération du nerf, mais pénétration de la cicatrice par fibrille venant du bout central.

F. Boissier.

# BIBLIOGRAPHIE

X. — *Enquête scolaire sur les troubles de la parole chez les écoliers belges* ; par Romna. (Extrait de *Archiv. für. Schulhygiene* 1906. Leipzig, Wilhelm Engelmann.)

M. Romna s'est livré à une enquête très sérieuse sur les troubles de la parole chez les écoliers normaux ou anormaux : 16.000 enfants ayant été examinés, la statistique qu'il fournit a donc une valeur capitale en ce que concerne le bégaiement et la blésité. La façon dont elle a été établie donne toutes les garanties possibles : les enfants avaient à prononcer de nombreux mots destinés à dépister les défauts de prononciation dans toutes leurs modalités. A la suite de cette enquête, l'auteur a fait les réflexions suivantes. Les écoliers de première année présentent des troubles de la parole : mais, au cours des études, les blésités disparaissent en partie, de telle sorte qu'il ne reste que 6.8 % des garçons et 1.5 % des filles qui ne soient pas débarrassés de leur trouble après six ans.

Il n'en est pas de même du bégaiement, qui croît progressivement de la première année à la sixième : ce qui fait dire à M. Romna que le bégaiement s'aggrave pendant le cours de la fréquentation scolaire et ce qui lui fait réclamer l'établissement de moyens propres à réprimer cette tare. L'auteur, dans ses conclusions, affirme que le bégaiement et la blésité sont une cause d'arriération ; c'est évidemment une fausse interprétation de la coexistence bien explicable des tares. En tout cas, cette constatation prouve d'une façon péremptoire que fréquemment le bégaiement comme la blésité sont des stigmates d'une tare névropathique plus ou moins accentuée.

Pour atténuer et guérir les inconvénients du bégaiement, M. Romna émet le vœu que les cours d'orthophonie se multiplient et s'organisent dans tous les pays et qu'un institut central soit né dans chaque région pour corriger les troubles graves et servir d'école d'application aux futurs instituteurs. L'auteur, en terminant, insiste sur le rôle capital que peuvent jouer dans l'hygiène du langage les écoles d'adultes, les cours supérieurs d'éducation, les universités populaires et aussi les mères qui sont les premières éducatrices de l'enfant et peuvent surveiller les premières manifestations d'un langage vicieux.

Dans cet extrait, on trouvera, en outre de quelques graphiques indiquant clairement la progression des troubles de la parole suivant l'âge, l'état intellectuel et le séjour à l'école, tous les tableaux

complets et classe par classe de cette enquête scolaire. Par conséquent, M. Romna n'a pas seulement obtenu des conclusions intéressantes, il a en plus accumulé des documents de première importance que tous les chercheurs pourront utiliser !

PAUL BONCOUR.

---

# VARIA

## ASILES D'ALIÉNÉS.

*Nominations et promotions.* — Mouvement de mai 1906. — M. BIÉRY, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Ylie, est promu à la 2e classe du cadre ; — M. le Dr JOURNIAC, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, est promu à la classe exceptionnelle du cadre ; — M. le Dr HAMEL, médecin à Auxerre, promu à la 2e classe du cadre. — En conformité du décret du 14 août 1905 (1), le traitement de M. le Dr CORNU, médecin-adjoint à l'asile de Pau, a été élevé par voie de régularisation de 2.500 à 3.000 fr. à dater du 1er avril 1906.

## HOMMAGE AU Dr BROUARDEL

A la suite de la démission de M. BROUARDEL comme professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, l'Association des Médecins Légistes de l'Université de Paris, du 18 mai 1906, a décidé d'ouvrir une souscription à laquelle pourront prendre part les médecins légistes et les médecins experts de France et de l'étranger et tous ceux qui s'occupent de médecine légale. Cette souscription est destinée à offrir un souvenir au Maître de la Médecine Légale Française sous la forme d'une médaille rappelant ses traits et d'un album relatant les noms des souscripteurs. Le montant de la cotisation est laissé à l'initiative de chacun et devra être adressé avant le 30 juin à M. le Dr LOGEZ-DUC, secrétaire de la souscription, 81, rue de Maubeuge, à Paris (Xe Arr.) *Le président* : Dr Pierreson ; *Le secrécrétaire Général*, Dr E. Dabout.

## BANQUET EN L'HONNEUR DU Dr BÉRILLON.

L'Ecole de psychologie, la Société d'hypnologie et psychologie, la Société de pathologie comparée et le Syndicat de la presse scientifique ont résolu d'offrir au Dr Bérillon, directeur de la

(1) Pris à la suite du vote du Conseil supérieur de l'A. P., sur la proposition de M. Bourneville, rapporteur.

*Revue de l'Hypnotisme*, etc., un banquet amical à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur, le mardi 19 juin 1906, à sept heures et demie, au palais d'Orsay, sous la présidence de M. BIENVENU-MARTIN, sénateur. Adresser les adhésions avant le 15 juin, au Dr Paul Farez, 154, boulevard Haussemann, ou leur souscription pour le souvenir.

DÉSENSORCELLEMENT ET MÉTALLOTHÉRAPIE AU IXe SIÈCLE D'APRÈS HUON DE VILLENEUVE, *Les quatre fils Aymon.*

Maugis, fait prisonnier à son tour, exécute des *pratiques de magie, endort* Charlemagne et réussit à s'évader, emportant aux douze pairs leurs épées, à l'empereur sa couronne et son sceptre. ..... Maugis l'*enchanteur endort* Charlemagne et le transporte dans Montalban à l'aide d'un *sortilège* de sa façon.

.... Comme le vieux cavalier parlait ainsi, le convoi de Pinabel, qu'on croyait *mort* et qu'on portait au tombeau, passa, Maugis s'approcha du vieux soldat et lui demanda quel était ce chevalier. « C'est, lui dit-il, un favori du roi, un méchant homme que Dieu a puni de ses crimes, et qu'on a trouvé *mort subitement.* Il n'est pas mort, reprit l'ermite, il n'est qu'*enchanté*, comme ces deux autres qu'on porte sans doute au tombeau, ils dorment. Voulez-vous que je les réveille ? — Je serais assez curieux de voir un désanchantement, reprit le soldat, mais je voudrais que ce fût sur tout autre que sur ces méchantes gens. Comment connaissez-vous qu'ils ne sont qu'enchantés ? Et comment avez-vous le pouvoir de les désanchanter ?— Le charme est aisé à connaître, reprit Maugis, à la couleur de leurs traits ; *quant au pouvoir de les désenchanter, il consiste, comme vous l'avez très bien observé, dans ces médailles.* » Maugis, qui savait le moment où le charme devait finir donne une MÉDAILLE au cavalier. « Vous pouvez, si vous en voulez faire l'essai, accompagner le convoi, et dans deux heures d'ici, quand on sera prêt à les mettre dans le tombeau, dites qu'on suspende la cérémonie : *appliquez seulement un demi-quart d'heure la médaille sur le front des ensorcelés, et vous les verrez revenir peu à peu.* » Le cavalier remercia l'ermite, et ne se vanta pas du présent qu'il lui avait fait pour se ménager le plaisir de surprendre ses camarades.

L'IDIOT OU L'INNOCENT.

« Nous avons remarqué, au commencement de cette histoire (1), en parlant des rois fainéants, combien le peuple était naturellement porté à respecter ces muettes et innocentes figures, qui passaient deux fois par an devant lui sur leur char attelé de bœufs. Les musulmans regardent les idiots comme marqués du sceau de Dieu et souvent comme personnes saintes. Dans

(1) MICHELET. — *Histoire de France*, Folie de Charles VI.

certains cantons de la Savoie, c'est un touchant préjugé que le crétin porte bonheur à sa famille. La brute qui ne suit que l'instinct, en qui la raison individuelle est nulle, semble, par cela même, rester plus près de la raison divine. Elle est tout au moins innocente ».

### Les aliénés en liberté.

*Crime de fou.* — Cette nuit, écrit-on d'Avignon, vers trois heures du matin, entre Mondragon et Piolenc, un homme du nom de Rodier, trente-cinq ans, venant de Lyon acheter un cheval, fut frappé de folie en présence d'un officier de chasseurs qu'il rencontra dans un compartiment de 1re classe. Il lui a tiré deux coups de revolver, sans l'atteindre. Au bruit des détonations, M. Bastin, entrepreneur des travaux de construction de la ligne d'Orange au Buis et maire d'Annemasse (Haute-Savoie), a quitté le compartiment qu'il occupait à côté et s'est élancé, armé d'un revolver sur Rodier. Ce dernier a tiré quatre coups sur M. Bastin, qui a été atteint mortellement par deux balles dans le ventre.

Rodier a été arrêté par l'officier, qui a continué sa route sans se faire connaître. Il a été transféré à la prison d'Orange. L'assassin avait déjà proféré des menaces, à la station de Bollène, devant un gendarme avec qui il se trouvait dans un compartiment de 3e classe. Ce sont les employés du chemin de fer qui avaient fait prendre place à Rodier en 1re classe, croyant ainsi éviter un malheur. (*L'Aurore*, 11 avril 1906.)

*Suicide.* — Une habitante de Fitz-James, Mlle Lucie Bruyet, âgée de 41 ans, s'est suicidée lundi matin, en se tirant un coup de fusil en pleine poitrine. En entendant la détonation, M. Victor Coppin, son neveu, chez qui elle habitait, se précipita dans sa chambre et vit la malheureuse inanimée. Elle était assise sur une chaise et tenait encore le fusil qu'elle avait fait partir à l'aide d'un tisonnier. La mort avait été instantanée. *La désespérée était sortie de l'asile d'aliénés* il y a six mois. Elle avait, plusieurs fois déjà, tenté de se suicider. Son acte doit donc être attribué au dérangement cérébral dont elle était atteinte. (*Semeur de l'Oise*, 27 mai.)

### L'alcoolisme.

Eugène Bardois, 33 ans, débardeur, habitait, avec sa femme, Louise, 42 ans, et son fils René, 8 ans, rue Monjol. Il y a deux mois, Bardois abandonna sa famille et alla loger en garni, rue de la Chapelle, avec une plumassière, Henriette G... Mais Bardois était un alcoolique invétéré, si bien qu'un beau jour la plumassière le chassa de chez elle.

Le débardeur décida alors de revenir chez sa femme. Celle-ci,

ayant manifesté l'intention de ne le plus recevoir, Bardois déclara que, s'il en était ainsi, il lui brûlerait la cervelle. Or, hier soir, les deux époux parlementaient, dans un débit, rue Saint-Maur. Mme Bardois, ne voulant pas se laisser convaincre, signifia à son mari — qui était en état d'ivresse — qu'il ne rentrerait pas dans cet état au domicile conjugal. Furieux, le débardeur sort alors un revolver de sa poche et le décharge par deux fois sur sa femme, qui fut atteinte dans le dos.

Puis, en rentrant rue Monjol, l'ivrogne tira trois coups de son arme sur une jeune fille qui, en l'absence de la mère, gardait l'enfant. Les balles heureusement, n'atteignirent par leur but. Désarmé par un voisin, le meurtrier fut livré à M. Cuviller, commissaire de police du quartier du Combat, qui l'a envoyé au dépôt. (*Le Journal*, 29 février 1906.)

### La paysanne, le lézard et le crémier

Mme Estelle L..., brave villageoise normande, était convaincue qu'elle détenait caché en son estomac un lézard dont elle détaillait avec complaisance la grosseur, la forme, la couleur, la gloutonnerie; car le lézard était effroyablement gourmand. Elle craignit de mourir de faim : elle vint à Paris où les grands médecins sauraient bien le faire mourir. Un de ses parents, crémier, la conduisit à l'hôpital Cochin, où le docteur Richelot diagnostiqua aisément une maladie nerveuse. Il fit mine de croire, lui aussi, à l'existence du lézard, et pria Mme L.... de lui en faire la description détaillée. Mme L... le documenta avec la plus grande précision : l'animal mesurait 30 centimètres de la tête à la queue et était large comme la main d'un homme ; il avait la tête et le corps d'une salamandre des marais, la queue d'un crocodile et les pattes armées d'ongles acérés. — Nous allons l'extirper ! déclara le docteur.

Et il fut décidé que l'expulsion aurait lieu dans le délai de vingt-quatre heures. Le lendemain, Mme L... fut endormie. Pendant son sommeil, on lui fit une opération chirurgicale superficielle, et sur la blessure on appliqua un pansement énorme. Quand Mme L... se réveilla, on lui présenta l'animal qui avait habité pendant quarante années son estomac ; c'était un lézard des palmiers que le docteur Richelot était allé acheter sur le boulevard Saint-Michel. Mme L... ne tarit pas d'éloges sur le savant professeur et le crémier exulte.

Montaigne a cité le cas suivant :

« Une femme, pensant avoir avalé une espingle avec son pain, crioit et se tourmentoit comme ayant une douleur insupportable au gosier, où elle persoit la sentir arrestée. Mais, parce qu'il n'y avoit ny enfleure ny altération par le dehors, un habile homme ayant jugé que ce n'estoit que fantaisie et opinion, prinse de

quelque morceau de pain qui l'avoit picquée en passant, la feit vomir et jecta, à la dérobée, dans ce qu'elle rendit, une espingle tortue. Gette femme cuidant l'avoir rendue se sentit soubdain deschargée de sa douleur ».

On trouve des cas analogues assez nombreux dans les traités et les journaux spéciaux.

PRÉSENTATION D'UN MICROCÉPHALE, par M. GUÉNIOT.

Pendant le travail, l'enfant présenta des mouvements convulsifs qui firent croire à un cas d'anencéphalie. Il y a *synostose des os du crâne*, comme le fait s'observe *habituellement* en pareil cas. (*Gaz. des malad. infantiles et d'obstétrique*, du 5 février.)

La synostose des os du crâne ne serait pas la règle chez les microcéphales, mais au contraire l'exception, si nous en jugeons par les autopsies que nous avons pratiquées. Les crânes conservés au musée de Bicêtre en fournissent la démonstration. B.

SEIZIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Ce Congrès doit se tenir à Lille du 1er au 7 août 1906, sous la présidence de M. le professeur GRASSET, de Montpellier.

Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Rennes : 1° *Psychiatrie*. — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. Rapporteur : M. le Dr M. DIDE, de Rennes ; — 2° *Neurologie*. — Le cerveau sénile. Rapporteur : M. le Dr A. LÉRI, de Paris ; — 3° *Médecine légale*. — La responsabilité des hystériques. Rapporteur : M. le Dr R. LEROY, d'Evreux.

Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie. — Présentation de malades, de pièces anatomiques, de préparations microscopiques. — Visite des asiles d'aliénés de : Bailleul, Armentières, Lommelet, Saint-Venant. — Réceptions officielles et banquets. — Visite de l'exposition internationale de Tourcoing. — Visite des principaux édifices et monuments de la Flandre française. — Excursions sur les côtes de la Manche et de la Mer du Nord (ports, plages, sanatoria). — Voyage en Angleterre.

*Avantages et conditions*. — Une réduction sur le tarif des voyages sera demandée aux Compagnies de chemins de fer. Des démarches seront faites auprès des principaux hôteliers et restaurateurs en vue d'obtenir une réduction sur leurs prix habituels.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents ; 2° des membres associés (sur la présentation d'un membre adhérent). Les Asiles d'Aliénés inscrits au Congrès seront considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés. Les membres

adhérents recevront : avant le Congrès, les trois rapports désignés ; après le Congrès, le compte rendu des séances.

Pour tout ce qui concerne les adhésions, cotisations, communications et renseignements, prière de s'adresser au *Secrétaire général*, Dr G. Chocreaux, médecin en chef de l'asile public d'aliénées de Bailleul (Nord).

---

# FAITS DIVERS

Hôpital de la Pitié. — *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux.* — M. le Dr Babinski reprendra ses conférences sur les maladies du système nerveux le samedi 5 mai 1906.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Deny : conférences cliniques sur les maladies mentales, le dimanche à 10 heures, section Rambuteau.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). Rue Benserade, 7, à Gentilly. — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précices. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

Cours de phychiatrie infantile. — M. le Dr Roubinovitch, à l'Amphithéâtre Cruveilhier, le jeudi à 5 heures.

Suicide d'un enfant. — Mardi dernier, Mme Andrieux, cultivatrice à Cuigy, en revenant avec sa bonne et sa femme de journée de laver à la fontaine, a constaté que son petit vacher, Marcel Nicol, âgé de 14 ans, n'avait pas fait le travail qu'elle lui avait commandé. Elle se mit à sa recherche et le trouva pendu dans une étable. On ne sait à quelle cause attribuer ce suicide. (*Le Semeur de l'Oise*, 29 avril.)

Suicide d'enfants.—*Nice*:Deuxjeunes filles, Mlles Césarine Toselli,quinze ans et demi, couturière, 22,quai de l'Abattoir,et Lucie Bossa, même âge, vermicellière, rue Sorgentino, se sont suicidées en se jetant sur la voie ferrée du P.-L.-M., à la sortie du tunnel de Fiquier. Le corps de la jeune Bossa a été décapité ; Mlle Toselli eut les deux jambes broyées, le poignet gauche et le pied droit sectionnés. Les fillettes avaient manifesté leur tragique intention depuis quelques jours. Cependant en raison de leur humeur gaie, on n'attacha pas d'importance à leurs propos. La veille du drame, elles se rendirent même au bal. C'est après une joyeuse soirée qu'elles mirent leur projet à exécution. Césarine Toselli

avait laissé à ses parents une lettre d'adieu. C'est ainsi qu'on a pu vérifier que sa mort n'était pas due, comme on l'avait cru, à un crime. (*L'Aurore*, 25 avril 1906.)

Nouveau Journal. — Nous venons de recevoir le premier n° de : *The Journal of Abnormal Psychology*. Editor Morton Prince, M. D., Tufts College Medical School. The old Corner Book Store. Inc. 27-29, Bromfield Street, Boston, (Mass.) — Bimensuel à partir du 1er avril. — Ce journal, bien qu'imprimé en anglais, a un caractère international.

Les articles peuvent être imprimés en français ou en allemand, si les auteurs en expriment le désir. Les communications doivent être adressées au Dr Morton-Prince, 458, Beacon Street, à Boston.

---

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Austregesilo (A.). — *Mimetismo nos imbecis e Idiotas*. In-8° de 16 pages. Rio-de-Janeiro.

Bourneville. — *Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves*. In-16 de 32 pages avec 22 fig. Prix : 1 franc. Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75.

Bourneville. — *Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral*. In-16 de 24 pages. Prix : Pour nos abonnés (franco) : 0 fr. 50.

Bourneville. — Rapports présentés à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine en 1904 : Admission dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière des malades reconnus aliénés dans les hôpitaux de l'assistance publique ; — Rapport à l'occasion du XIIIe Congrès des médecins aliénistes de France ; Visite de la section des enfants de Bicêtre et de la Fondation Vallée ; Rapport sur les budgets de l'asile de Villejuif ; — Rapport au sujet de la réforme de l'*Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières*, documents, statistiques, sur les écoles municipales et discussions. Programmes. Règlements. In-4° de 150 pages avec de nombreux tableaux.

Marie (A.). — La démence, 1 vol. in-18 de 500 pages avec fig. Prix : 4 fr. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Morton Prince. — The dissociation of a personality. 1 vol. de 57 pages chez Longmans, Green and Cie 91, Fifth avenue, New-York.

Séguin (Edouard). — *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés* dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets, non sourds, bègues, etc. Préface par Bourneville, 1 vol. In-8° de 535 pages avec un portrait de l'auteur. Prix 10 fr. — Pour nos abonnés. 8 francs.

*Le rédacteur-gérant :* Bourneville.

---

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. XXI. Juin 1906 N° 126

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE MENTALE

### Troubles mentaux dans la sclérose latérale amyotrophique ;

PAR LE Dr A. CULLERRE
Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de la Roche sur-Yon.

BIBLIOTHÈQUE DES U.S.M.P. INTERNES EN MÉDECINE

L'existence de troubles mentaux dans la maladie de Charcot n'est pas admise sans conteste. Dans ses leçons sur les maladies de la moelle (1892), M. P. Marie les signale comme très fréquents et comme formant, en quelque sorte, partie du tableau clinique de cette affection : ce seraient surtout des phénomènes démentiels peu bruyants : propension à rire ou à pleurer sans motifs, émotivité exagérée, modalité enfantine de l'humeur et de l'intelligence, crédulité, niaiserie. Le Professeur Raymond, dans ses Cliniques, considère ces phénomènes comme exceptionnels.

Dans un mémoire récent concernant dix-huit cas de sclérose latérale amyotrophique appartenant aux formes cliniques les plus diverses, MM. Raymond et Cestan déclarent n'avoir trouvé chez leurs malades aucun trouble intellectuel, ni perte de la mémoire, ni idées délirantes, ni affaiblissement mental. « Les malheureux se rendaient parfaitement compte de leur état ; chez deux d'entre eux, existait bien du rire et du pleurer spasmodiques, mais ces phénomènes ne coïncidaient pas avec un affaiblissement intellectuel et devaient vraisemblablement relever de l'éréthisme des noyaux moteurs bulbaires » (1).

(1) RAYMOND et R. CESTAN. — *Dix-huit cas de sclérose latérale amyotrophique avec autopsie.* (*Revue neurologique*, 30 mai 1905.)

Des ouvrages de psychiatrie les plus récents, un seul consacre un paragraphe aux troubles mentaux de la sclérose latérale amyotrophique. Dans le traité de médecine mentale de G. Ballet, M. Dupré, après avoir rappelé l'opinion de M. P. Marie, émet l'avis que la diminution des facultés psychiques est certainement un fait constant dans cette affection, mais variable suivant les cas et, le plus souvent, latent dans son expression et passant d'autant plus facilement inaperçu. Et il étaye fort judicieusement son opinion des constatations anatomo-pathologiques faites par un certain nombre d'auteurs, d'après lesquels l'examen microscopique a montré que les lésions dégénératives ne se bornent pas à l'axe bulbo-spinal dans la sclérose latérale amyotrophique, mais s'étendent souvent aux fibres centrovalaires du faisceau pyramidal et jusque dans l'écorce grise (1).

Dans cette question encore à l'étude, je me hasarde, avec toutes les réserves que comporte le côté neurologique du sujet, à apporter quelques faits intéressants qu'il m'a été donné de recueillir dans ces dernières années.

Ces observations tendent à démontrer que, dans la sclérose latérale amyotrophique, les troubles mentaux peuvent exister, non seulement sous la forme démentielle discrète ou fruste, signalée par MM. P. Marie et Dupré, mais encore sous forme de véritable syndrome psychopathique plus ou moins bruyant, tantôt passager, tantôt durable et ne prenant fin qu'avec la vie des malades. C'est donc, en quelque sorte, un nouveau chapitre de clinique mentale que j'entreprends d'amorcer dans les pages qui vont suivre.

Obs. I. — M...., Pierre, 47 ans, employé de chemin de fer, est entré le 24 août 1903 avec le certificat suivant : « Est atteint de *délire aigu* caractérisé par une agitation continue et une surexcitation qui le pousse à crier, à frapper les personnes qui l'entourent ; gesticule en proie à la plus vive frayeur, menace de se jeter dans un puits, etc. Ce délire est la complication d'une *myélite chronique* qui a déjà produit la paralysie incomplète des membres inférieurs. Il est dangereux pour lui-même et pour les personnes qui l'entourent et doit être interné. » Dr B... — Certificat de 24 heures : « Est atteint de démence organique (sclérose latérale

(1) Gilbert Ballet. — *Traité de pathologie mentale*. Paris, 1903.

amyotrophique) avec hallucinations, délire de persécution et crises d'agitation impulsive. »

Nous avons recueilli sur le malade les renseignements suivants : Père mort épileptique. Mère morte à 74 ans d'une affection indéterminée Jusqu'à l'âge de 35 ans environ, M... a eu une santé normale. Marié, il a eu trois enfants ; un garçon vivant, bien portant, une fille morte subitement à 11 ans, une autre morte de méningite à 11 mois. Sa femme est morte il y a une douzaine d'années, probablement de tuberculose.

A 35 ans, il a contracté une blennorrhagie qui se compliqua de rhumatisme articulaire, puis d'iritis double. Le médecin oculiste qui l'a soigné alors affirme qu'il s'agissait bien uniquement de blennorrhagie et que la syphilis n'était pas en cause. L'iritis fut sévère, mais guérit à la longue. Quelques années après, nouvelle blennorragie et nouvelle poussée d'iritis plus grave avec adhérences, qui altéra profondément la vision ; on dut lui faire subir une double iridectomie malgré laquelle il ne put reprendre son emploi d'aiguilleur. De là soucis moraux, difficultés nombreuses avec l'administration pour le règlement de sa pension de retraite. C'est à ces ennuis que sa sœur attribue l'éclosion de la maladie actuelle qui a toujours été en progressant depuis trois ans environ.

Paralysé des jambes, puis de la langue, puis à un moindre degré des bras, son humeur s'altéra profondément ; il prit en aversion sa sœur qui le soignait, s'imagina qu'elle voulait se débarrasser de lui et s'emparer de ce qu'il possédait ; l'accablait d'injures, éprouvait des crises incoercibles d'excitation puérile avec pleurs spasmodiques irrésistibles, avait des hallucinations et chercha plusieurs fois à se suicider en se jetant par la fenêtre ou dans le puits de la maison.

*Examen direct.* — Membres inférieurs : Il peut encore se tenir debout et marcher en se servant d'un bâton ; il marche à tout petits pas sans, pour ainsi dire, détacher les pieds du sol ; la jambe gauche est plus paralysée que la droite. Le réflexe rotulien existe à droite seulement ; il n'y a ni trépidation, ni signes de Babinski. La jambe et la cuisse gauches surtout sont très amaigries.

Membres supérieurs : La ceinture scapulo-humérale est atrophiée, surtout à gauche où le deltoïde et les pectoraux sont comme fondus. L'atrophie des deux membres est diffuse, plus considérable du côté gauche, qui donne 0 au dynamomètre, la main droite donnant encore 18. Les muscles des mains sont très atrophiés ; la gauche est réduite à une impotence à peu près complète, les doigts en griffe.

Du côté de la face, il y a une hémiatrophie de la langue très

marquée à gauche ; la pointe est déviée de ce côté. La parole est extrêmement embarrassée et presque incompréhensible, d'une tonalité de fausset qui indique une atteinte du larynx et des cordes vocales.

L'atrophie n'a pas épargné les muscles thoraciques et il existe normalement une dyspnée notable. Rien de particulier du côté du cœur. Sensibilité absolument normale. Prolapsus rectal très fréquent, engendrant des troubles dans la miction et des besoins fréquents. Pas de gâtisme, pas d'incontinence. On constate le rire et surtout le pleurer spasmodiques. Le malade ne peut essayer de parler sans se mettre aussitôt à sangloter et à pleurer comme un enfant sans pouvoir s'arrêter.

Dès son entrée à l'Asile, il manifeste une émotivité constante, des exigences puériles et une grande irritabilité. Il se plaint de tout le monde, de la nourriture qu'il refuse, ne consentant à prendre que ce qui vient de chez lui, des infirmiers qu'il accuse de brutalités et qu'il accable d'injures et de menaces de vengeance. La nuit, il se livre à des scènes de désespoir, cherche à se précipiter par les fenêtres, se jette à bas de son lit à plusieurs reprises. Un jour on trouve sous son traversin un couteau qu'il cherchait à dissimuler. La mémoire est obtuse, la notion du temps conservée cependant. Il a des périodes de calme et de lucidité relative, puis des crises d'excitation avec délire et hallucinations probables de la vue. Il veut être toujours armé de sa canne, pour pouvoir se défendre contre sa sœur qu'il voit constamment devant ses yeux, prétendant qu'elle veut s'emparer de son argent pour entretenir un amant. Il l'accable des plus grossières injures : « sale p..., sans le sou, tu es bien contente de m'avoir trouvé pour vivre à mes dépens, etc. »

Quand elle vient le voir, au contraire, il manifeste une satisfaction bruyante, la comble de caresses et de témoignages d'amitié, puis dès qu'elle a tourné le dos, il recommence ses litanies d'injures, surtout lorsqu'il a épuisé la provision de friandises qu'elle ne manque pas de lui apporter.

A certains moments, il est pris sans motifs de crises de colère, de désespoir et de larmes dont il ne peut dire la cause. A diverses reprises, on a constaté chez lui des idées de satisfaction et de richesses : il disait posséder des caves pleines de vin de Champagne et autres crus célèbres et promettait vingt mille francs à qui guérirait sa maladie.

*Octobre* 1903. — Le malade est tout à fait impotent, on constate une rigidité des membres inférieurs qui s'est peu à peu développée. Les pieds sont en adduction forcée ; la contracture est telle que quand l'infirmier le porte sur la chaise, les deux jambes restent horizontales. La rigidité est moins accentuée aux membres supérieurs, mais il faut le faire manger comme un

enfant. De plus en plus capricieux irritable et violent. Crises de pleurs spasmodiques presque continuelles. Délire de persécution plus intense que jamais.

*Mars* 1904. — Les crises d'asphyxie deviennent de plus en plus fréquentes, il ne peut plus se nourrir qu'avec les plus grandes difficultés, s'engouant à chaque bouchée. Il succombe le 14 avril aux progrès de l'asphyxie. — *L'autopsie a été refusée.*

Outre l'amyotrophie, la paralysie spasmodique et les phénomènes bulbaires de la sclérose latérale amyotrophique, ce malade présente un ensemble de troubles mentaux qui constituent une véritable psychose dont le début semble, sinon contemporain de celui de l'affection médullaire, tout au moins l'avoir suivi de près. C'est d'abord, une modification importante de la sensibilité morale; le malade devient irritable, égoïste, injuste, hargneux. Il prend en aversion la personne qui se dévoue pour le soigner et l'accable d'injures et de suspicions puériles. Et ici, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que ces modifications affectives d'une modalité enfantine n'ont pu se développer que sur un fond d'affaiblissement intellectuel, de démence en un mot; démence partielle, puisqu'elle a respecté certaines fonctions intellectuelles comme la notion du temps mais néanmoins progressive et de plus en plus accusée.

A ces troubles démentiels et affectifs s'ajoutent des raptus mélancoliques transitoires avec crises de désespoir et impulsions soudaines au suicide qui se sont produits plus ou moins fréquemment durant tout le cours de la maladie.

Il faut enregistrer encore des hallucinations de la vue qui, dans les paroxysmes d'excitation, viennent concourir à la désorientation du malade, hallucinations favorisées sans doute par les lésions oculaires dont il est porteur. Puis le malade est séquestré; ses perversions affectives trouvent un nouvel aliment dans ses rapports tendus avec les infirmiers chargés de le soigner. Alors s'épanouit un véritable délire de persécution que nous serions tenté de qualifier de sénile, n'était son âge, tant ce délire ressemble à celui que l'on observe couramment chez les vieillards porteurs de lésions corticales.

A mesure que l'affection progresse, de nouveaux signes

psychopathiques se font jour; c'est une instabilité de plus en plus grande de la tonalité psychique, qui passe incessamment et d'une manière injustifiée d'une dépression profonde à une excitation expansive pouvant aller jusqu'à la manifestation éphémère d'idées de satisfaction et de richesses. Bref, nous nous trouvons en présence du tableau, presque au complet, des psychopathies dites organiques avec leur faisceau de symptômes de diminution et de perturbation psychiques.

Comme dans toutes les psychopathies organiques, deux parts doivent être faites dans les manifestations psycho-pathologiques observées chez ce malade : d'un côté les symptômes démentiels, troubles de déficit dus à la participation précoce du cortex aux lésions qui relèvent de la sclérose latérale amyotrophique ; de l'autre les symptômes psychiques qui ne sont que la manifestation d'une prédisposition particulière du sujet. Les renseignements assez incomplets que nous possédons sur l'hérédité de M... nous apprennent cependant qu'il n'est pas sans antécédents névropathiques puisque son père a succombé à une affection épileptique.

Obs. II. — M... Marie, femme B...., 48 ans, est entrée le 19 octobre 1903. Père mort à 65 ans de paralysie. C'était un alcoolique, le plus grand buveur de la contrée, absorbant jusqu'à douze litres de vin par jour sans compter l'alcool. Mère morte à 64 ans, d'une tumeur. Un frère, idiot, mort dans un asile.

La malade n'a jamais eu de maladies graves, elle n'a jamais fait d'excès alcooliques. Elle est au moment de la ménopause. Elle a eu cinq enfants dont les deux premiers sont morts de tuberculose et le dernier est obtus et sourd. Il y a sept ans, trois mois après ses dernières couches elle fut prise d'une sorte de parésie de tout le côté droit sans ictus. L'engourdissement se dissipa pour reparaître douze jours plus tard et depuis, elle a conservé une faiblesse croissante de ce côté avec une difficulté progressive de parler et de se faire comprendre.

Il y a trois ans environ que parurent les troubles mentaux à la suite d'une accusation de vol portée mensongèrement contre elle. Les gendarmes vinrent faire une perquisition chez elle; elle en éprouva un tel saisissement qu'elle ne savait plus ce qu'elle faisait, qu'elle fut prise d'un tremblement de tous les membres qui dura un certain temps, et qu'elle laissait tomber tous les objets qu'elle tenait à la main. Peu à peu son humeur

s'altéra, elle devint d'une irritabilité extrême et d'une grande violence. Elle se mit à battre ses enfants, les frappant brutalement avec une barre de fer au point qu'elle leur fit des blessures sérieuses et que son mari fut obligé de s'interposer plusieurs fois pour l'empêcher de faire un malheur. Un rien la met en colère ; à la moindre observation elle lance à la figure des gens ce qu'elle tient dans les mains puis entre dans une crise de rire incoercible et idiot. Peu à peu elle s'est mise à manifester des idées de persécution et de suicide, se plaignant de tout le monde, au gré de son humeur et de son irritation ; elle a tenté de s'empoisonner avec une décoction de graines de pavot ; une autre fois a cherché à se jeter dans un puits ; à deux reprises, elle s'est couchée en travers de la voie au moment du passage d'un train pour se faire écraser. Depuis quelque temps elle est surtout obsédée par l'idée de mettre le feu et de tout brûler.

A son entrée,cette femme ne présente pas un aspect démentiel caractérisé, la partie supérieure de son visage offre encore une certaine expression ; elle se tient un peu ratatinée, la tête inclinée sur la poitrine, les bras collés au corps, marchant difficilement à tout petits pas en traînant la jambe droite. Sa parole est incompréhensible, aucune syllabe ne pouvant être articulée correctement. Elle a le rire et le pleurer spasmodiques, le dernier étant beaucoup plus fréquent, en raison de ses dispositions mélancoliques.

La musculature du côté droit du corps est profondément atrophiée, surtout à la jambe et au pied qui, au lit, se met en équin varus ; à la ceinture scapulaire, à l'avant-bras et à la main, qui est légèrement déformée en griffe. L'atrophie est moins prononcée à gauche. Tendance à la rigidité des membres, exagération des réflexes patellaires. La langue a en partie conservé les mouvements et il n'y a pas non plus de signes de paralysie du voile du palais.

L'impossibilité de la comprendre rend l'examen mental assez difficile, surtout en ce qui concerne l'état des facultés intellectuelles ; toutefois la mémoire n'est pas abolie et elle a conscience du cours du temps. On comprend qu'elle était malheureuse, que tout le monde lui en voulait et qu'elle voulait en finir d'une façon ou de l'autre. Pendant son séjour à l'asile, qui dura un peu plus de trois mois, on constata les signes habituels du délire de persécution sénile, des récriminations contre les gens chargés de la soigner, des accusations contre les infirmières, des crises de désespoir avec pleurer spasmodique indéfini, des exigences insupportables et une agitation parfois bruyante.

En janvier 1904, elle commence à avoir des crises bulbaires, des perturbations de l'innervation cardiaque et pulmonaire, des crises de dyspnée énorme et passagère ; en même temps on cons-

tate de l'albumine dans les urines. Elle succomba le 30 janvier dès les premières atteintes d'une entéro-colite grippale assez sévère. — *L'autopsie n'a pu être faite.*

Dans cette seconde observation, l'élément démentiel est tout à fait au second plan. Les troubles vésaniques, bien que rappelant encore la psychose sénile, constituent un syndrome parfaitement cohérent de forme mélancolique avec délire de persécution, impulsions persistantes au suicide, impulsions à la violence, à la destruction et à l'incendie. Les antécédents héréditaires de la malade sont très remarquables : elle est fille d'un alcoolique aliéné et sœur d'un idiot.

Comme chez le malade de l'observation précédente, nous trouvons, à l'origine de sa psychose, une cause morale dont l'importance ne saurait être méconnue. C'est à la suite d'une émotion violente et perturbatrice que cette femme, malade depuis quatre ans déjà de sclérose latérale à évolution lente, se met à accuser des troubles mentaux d'une gravité menaçante et nécessitant sa séquestration.

Obs. III. — R... Arsène, 44 ans, charpentier, marié, sans renseignements, est admis le 30 juin 1897 avec un certificat ainsi conçu : « Est atteint d'idiotie liée à un ramollissement cérébral. Cette affection, absolument incurable, exige une surveillance de tous les instants. La véritable place de ce malade est dans un asile d'aliénés ». Dr B...

Le certificat de 24 heures est ainsi rédigé : « Est atteint de démence mélancolique consécutive à une affection organique des centres nerveux : perte de la mémoire, sensiblerie, automatisme, embarras extrême de la parole avec parésie spasmodique des membres inférieurs. » Certificat de quinzaine : « Est atteint de sclérose latérale amyotrophique compliquée de démence avec hypochondrie, sensiblerie extrême, dépression profonde, incapacité de se conduire. »

A l'entrée, on fait les constatations suivantes : Physionomie hébétée. Aussitôt qu'on lui adresse la parole et qu'il veut répondre, une émotivité énorme se développe, et il se met à sangloter avec un bruit laryngé tout particulier, larmes abondantes et écoulement involontaire de salive (pleurer spasmodique). Chaque fois qu'il veut parler, le même syndrome se développe et se prolonge indéfiniment ; s'il arrive à se calmer, l'embarras de la parole est tel que ses réponses sont à peu près incompréhensibles. L'articu-

lation de la plupart des lettres est impossible ; la prononciation du p ressemble à un éternuement, celle du k à la voyelle a, celle du b, à l'm, etc. Il ne peut se servir utilement de ses mains, surtout de la gauche ; les membres inférieurs, surtout le gauche, également sont presque paralysés.

A l'examen, on constate une raideur avec tendance à la contracture des muscles des quatre membres, plus accentuée aux membres inférieurs. La moindre excitation périphérique provoque des contractions fibrillaires des différents muscles. Exagération considérable des réflexes patellaires ; pas de trépidation, mais une fois le pied fléchi, il conserve un moment cette attitude en contracture. Démarche difficile, spasmodique, à petits pas. La plante du pied se détache difficilement du sol, laissant traîner la pointe.

Le réflexe massétérin est augmenté. Le côté droit de la face paraît légèrement parésié. La langue est tirée facilement, mais la pointe est d'abord déviée à gauche et ce n'est qu'à la suite d'une série d'ondulations partielles qu'elle revient dans l'axe ; elle est le sujet de petites contractions fibrillaires. Le voile du palais paraît à peu près normal, la luette est déviée à gauche. Il avale assez bien et n'a pas l'habitude de s'engouer.

On constate de l'atrophie musculaire en différentes régions, principalement sur la partie gauche du corps ; il existe une différence en moins de deux centimètres à la cuisse et d'un centimètre à la jambe gauche. Aux membres supérieurs, l'atrophie, surtout prononcée à gauche, atteint la ceinture scapulo-humérale, les éminences thénar et hypothénar. A droite le grand pectoral n'existe pour ainsi dire plus. A gauche les régions lombaires sont atteintes ; les interosseux des deux mains ont à peu près disparu. Les sphincters fonctionnent bien, à part un certain retard dans le jet urinaire. La sensibilité tégumentaire est absolument normale.

Le malade, en dehors de son émotivité, qui contribue à lui donner l'aspect démentiel, offre un affaiblissement marqué de l'intelligence. Nous obtenons cependant les renseignements suivants : Il y a trois ans, sa femme lui aurait communiqué une blennorrhagie qui a duré trois mois. Il y a deux ans, il serait tombé d'une hauteur de deux mètres et demi sur la tête, sans se faire de blessure apparente. C'est à peu près à ce moment que sa maladie se serait développée. Il n'a pas connaissance du cours du temps, ne s'intéresse à rien, articule souvent des idées d'hypochondrie et des plaintes non justifiées contre les gens qui le soignent. Son attitude constante est celle d'un sénile pleurard et inquiet qui se croit l'objet de la malveillance et des mauvais traitements de tous ceux qui l'entourent. Devenu tout à fait impotent, il suc-

comba le 19 août 1896 à des accidents bulbaires progressifs du côté du cœur et de la respiration.

Ici, l'aspect général de la psychopathie est à peu près le même que dans les deux observations précédentes, mais avec prédominance marquée de l'affaiblissement psychique. On dirait d'un vieillard ramolli, que la conscience obscure de ses infirmités et de sa faiblesse réduit à un état permanent de défiance et de crainte et à des récriminations puériles, ébauche très incomplète du vrai délire de persécution des séniles et des porteurs de lésions cérébrales en foyer.

Les renseignements font complètement défaut sur les antécédents héréditaires du malade, mais, particularité curieuse, nous retrouvons, comme chez le malade de l'observation première, la blennorrhagie parmi les anamnestiques de R.... L'étiologie de la sclérose latérale amyotrophique est trop peu connue pour qu'il n'y ait pas lieu d'enregistrer ces coïncidences. Quant au traumatisme cranien que le malade a dit avoir subi un an avant sa maladie, il paraît avoir été bien léger et de trop peu d'importance pour avoir joué un rôle dans la genèse de la maladie.

J'ai vu dans mon cabinet, en mai 1905, un malade qui m'a paru être atteint de sclérose latérale amyotrophique et sur lequel j'ai conservé quelques notes dont voici la transcription.

Obs. IV. — P...., 50 ans, maçon, marié, trois enfants. Comme antécédents personnels, il accuse une fièvre typhoïde il y a une douzaine d'années et, il y a cinq ans environ, un traumatisme cranien : il reçut sur le crâne un moellon qui détermina une vaste plaie contuse, sans lésion osseuse et sans perte de connaissance. Pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires.

Malade depuis quatre ans. Le mal aurait débuté par des névralgies tenaces dans le domaine du maxillaire supérieur gauche. Puis gêne de la marche, ensuite des mains ; en troisième lieu, gêne de la parole ; entre temps, névralgies lombaires et sacrées, crises douloureuses fugitives mais tenaces dans le domaine du crural ; crises de ténesme rectal. Perte du sens génital ; fonctions vésicales normales.

Réflexes oculaires normaux, pupilles normales, vision intacte, sensibilité cutanée partout intacte et très développée, exagération

des réflexes du genou, surtout à gauche ; clonus du pied et de la jambe du même côté. Démarche non spasmodique, mais gênée, maladroite, avec raideur prédominant dans la jambe gauche.

Pas d'atrophie musculaire apparente aux membres inférieurs. Le bras gauche est légèrement atrophié en masse ; il mesure un centimètre de moins en circonférence que le bras droit. Les muscles périscapulaires du même côté sont nettement touchés ; l'atrophie est aussi très nette à l'éminence thénar, moindre à l'hypothénar ; visible aux interosseux. Les deux mains ne donnent que 20° au dynamomètre. Pas de tremblement fibrillaire à la langue qui n'accuse pas nettement un processus atrophique malgré une difficulté de prononciation récente et encore peu accusée. Légère dyspnée intermittente, surtout quand il fait froid. Pas d'autres signes bulbaires ; fourmillements fréquents dans les membres, fatigue constante.

Ce qui amène le malade, ce ne sont pas tous ces symptômes médullaires, quelque pénibles qu'ils soient, c'est un état mental de plus en plus inquiétant pour sa famille et qui consiste en de la dépression, des tristesses inexplicables ; une propension à voir tout en noir ; le dégoût de vivre et des idées obsédantes de suicide. Il a recommandé à sa femme de cacher ses rasoirs. Il manifeste depuis quelque temps une grande sensiblerie et une tendance croissante au pleurer spasmodique.

La présence simultanée des deux grands symptômes cardinaux : paralysie spasmodique et amyotrophie, nous a conduit, malgré quelques symptômes aberrants d'allure tabétique, au diagnostic de sclérose latérale amyotrophique que nous donnons sous réserves, n'ayant pu le contrôler par l'évolution du syndrome. Ce qu'il y a de tout à fait remarquable dans ce cas, au point de vue mental, c'est l'absence de tout symptôme démentiel et le développement insensible d'un processus psychasthénique de forme mélancolique avec obsession du suicide. La sensiblerie et le pleurer spasmodique, qui ont cependant fait leur apparition, permettent de prévoir pour une époque plus ou moins éloignée, l'aggravation de l'état mental dans le sens de l'affaiblissement des facultés psychiques.

Obs. V. — G.... 28 ans, domestique, célibataire, est admis le 15 février 1904 avec le certificat suivant : « G.... est atteint depuis six mois de paralysie générale avec accès délirants et troubles mentaux qui nécessitent son internement ». Dr C...

Les renseignements de police délivrés sur son compte font

connaître ce qui suit : « Il y a quelques mois il a été soupçonné à deux reprises différentes d'avoir mis le feu dans un pailler de la ferme où il était en service ; d'un autre côté, son absence totale d'idées le rend dangereux pour son entourage ».

Le certificat de vingt-quatre heures est ainsi conçu : « Est atteint d'une affection organique des centres nerveux (sclérose latérale amyotrophique) compliquée de troubles mentaux de nature démentielle et d'excitation passagère ».

Les renseignements que nous avons pu recueillir sur le malade sont très incomplets. Le père est mort jeune, on ne sait de quoi. La mère est entièrement paralysée. Une sœur bien portante. Il n'aurait jamais eu de maladies graves et a fait son service militaire à La Roche ; pas d'excès alcooliques.

Le début de la maladie actuelle remonte à un an environ et s'est fait insidieusement. Il s'aperçut d'abord qu'il faiblissait sur ses jambes, il avait des vertiges, était gêné dans l'usage de ses membres. Il a commencé, il y a quatre mois, à manifester quelques idées délirantes, mais sans objet fixe. (Les quelques éclaircissements fournis sur cet état mental, permettent de supposer qu'il s'agissait d'une sorte d'hébétude démentielle avec confusion mentale passagère). Il avait aussi des hallucinations de l'ouïe. En ce moment, il ne paraît plus délirer.

A l'examen physique. G... est un individu d'aspect robuste, bien développé, sans infirmités apparentes. Tous les organes paraissent normaux, à part le cœur, où l'on constate les signes d'une légère lésion ou malformation de l'origine de l'artère pulmonaire (souffle systolique à la base, à droite, un peu rude ; phénomènes d'anoxémie ; toutes les parties de la peau découvertes ne tardent pas à se marbrer de plaques bleuâtres de plus en plus confluentes et qui disparaissent aussitôt qu'elles sont soustraites au refroidissement).

Les réflexes rotuliens sont énormément exagérés ; le clonus du pied existe des deux côtés, plus marqué à gauche. Les sphincters fonctionnent d'une façon normale. Tous les modes de la sensibilité sont intacts ; notamment, pas de troubles de la sensibilité thermique. Aucun phénomène oculaire à noter, à part une tendance très fugitive à l'inégalité pupillaire. Les réflexes iriens sont normaux.

Des symptômes d'atrophie musculaire existent en de nombreux points, surtout du côté droit du corps. Il y a un centimètre à un centimètre et demi de différence entre les circonférences des divers segments des membres droits et gauches, au détriment des premiers. Les éminences thénar et, à un moindre degré, hypothénar, sont aplaties, les espaces interosseux amaigris, la main droite étant plus touchée ; les mains sont creuses, le pouce s'oppose difficilement aux autres doigts, avec beaucoup d'efforts et

de maladresse. Il y a tendance à la contracture des fléchisseurs et à la main en griffe à droite. Atrophie de la ceinture scapulaire très marquée à droite, surtout au niveau du grand pectoral. Démarche spasmodique, il marche en écartant les jambes, détachant à peine les pieds du sol, et en traînant le droit. La langue est très atrophiée, animée de mouvements vermiculaires constants; le malade a la plus grande peine à la mouvoir. La déglutition se fait bien, mais il reste toujours des parcelles d'aliments dans la bouche. Quant il boit, le liquide se répand parfois en partie des deux côtés du verre. L'orbiculaire des lèvres est parésié à droite; la luette est déviée à gauche.

La parole est extrêmement difficile et on ne comprend que quelques mots de son langage, encore faut-il étudier attentivement sa mimique quand il parle. Pas de pleurer spasmodique; c'est un malade gai et de bonne humeur, inconscient et indifférent. En revanche, il a à chaque instant le rire spasmodique par crises accompagnées d'un bruit laryngé rauque et sonore. La bouche est presque constamment béante. Pas de troubles de la respiration ni de la circulation.

Pendant les mois qui suivent, on note la progression insensible des phénomènes médullaires et bulbaires. L'état mental reste celui de la démence pure et simple avec humeur uniformément indifférente, sans jamais de pleurer spasmodique. Pas d'idées délirantes appréciables.

En décembre 1905, il y a une poussée de confusion partielle avec hébétude profonde et désorientation. La marche devient de plus en plus difficile et il lui faut garder le lit. Au bout de quelques jours, le malade sort de son hébétude pour reprendre son aspect ordinaire. Il ne peut plus prononcer que la syllabe « si ». La plupart du temps il ne paraît pas comprendre les questions qu'on lui pose et répond comme au hasard par des signes de dénégation ou d'affirmation. L'humeur continue à être celle d'un malade gai et optimiste.

Pas de gâtisme, pas de signes de paralysie générale. Pas de signes oculaires, à part une tendance de la pupille gauche à se dilater un peu plus que la droite dans la pénombre. Tel est l'état du malade en mars 1906, deux ans après son entrée, trois ans après le début de la maladie.

Dans cette observation, nous voyons évoluer à la fois l'affection médullaire et un trouble mental dont la physionomie est vraiment remarquable : il s'agit d'un affaiblissement démentiel sur lequel viennent à un moment donné se greffer des accès d'hébétude avec confusion délirante et actes instinctifs de nature impulsive. Le soupçon qui

a pesé sur le malade, d'avoir à deux reprises différentes mis le feu dans le pailler de la ferme où il était domestique, est tout à fait plausible. C'est bien là un acte de dément confus et amnésique comme en commettent au cours de ce que l'on appelle l'attaque congestive, les vieillards en enfance, les paralytiques généraux et les porteurs de lésions cérébrales circonscrites. Il y a encore d'autres catégories de déments qui peuvent commettre des actes semi-automatiques de cette nature comme, par exemple, les individus atteints de myopathie primitive pseudo-hypertrophique à une période avancée de leur maladie, ainsi que j'en ai observé tout récemment un cas remarquable. Sclérose latérale et myopathie primitives ne sont-elles pas deux modes de la dégénérescence voisins, qui rentrent dans le groupe des maladies d'origine conceptionnelle ou héréditaire décrit par le professeur Joffroy sous le nom de *myopsychies* (1) ?

Il convient de remarquer qu'en dehors des crises passagères d'hébétude confusionnelle, crises dues sans doute à quelque état passager d'auto-intoxication où à une simple rétention fécale, la démence de ce malade n'est pas tout à fait celle du vieillard, ni celle du paralytique général. Elle est moins massive que la seconde et plus monotone que la première; elle rappelle plutôt l'imbécillité pure et simple. Et tout bien pesé, malgré les efforts vains que nous avons faits pour nous procurer des renseignements sur son passé, nous pensons que G.... est un débile dont l'intelligence a toujours été au-dessous de la moyenne. C'est en cela que nous croyons trouver l'explication de cette indifférence qu'il montre pour sa misérable situation, indifférence si peu dans les habitudes des victimes de la sclérose latérale, et de cette jovialité d'humeur qui en fait comme un vivant paradoxe. G...., dégénéré de par sa moelle, l'est encore par son cerveau ; de là la complexité des lésions anatomiques progressives et des symptômes à la fois somatiques et psychiques qui en sont la conséquence. Et l'origine de cette infériorité vitale du système nerveux de ce malade peut être soupçonnée, si la lésion cardiaque que nous avons constatée chez

(1) A. Joffroy. — *Des myopsychies*. (*Revue neurologique*, 1902.)

lui est, comme nous le supposons, congénitale. La vie embryonnaire aurait été traversée par un épisode pathologique ayant influencé non seulement le développement du cœur, mais aussi celui de l'axe cérébro-spinal tout entier.

Obs. VI. — J... 49 ans, marin, est admis le 15 mars 1906, venant de l'hospice des Sables-d'Olonne avec le certificat suivant : « Est atteint d'aliénation mentale caractérisée par une diminution de toutes les facultés (paralysie générale). Il est sujet à des crises d'agitation pendant lesquelles il apporte le plus grand trouble dans la salle ».

L'enquête révèle les faits suivants : de temps en temps il a des accès de folie ; il se lève la nuit en criant et cherche à se sauver ; il renverse tout sur son passage ; il a brisé les becs de gaz de la salle ; il n'a plus conscience de ce qu'il fait, mélange des ordures à ses aliments, fait ses nécessités sur le parquet. (Accès passagers de confusion mentale démentielle.)

Madame J... a fait la déposition suivante : « Depuis trois ans, mon mari ne jouit plus de ses facultés mentales ; plusieurs fois il a voulu me tuer ; il prend tout ce qu'il trouve sur son passage et l'apporte à la maison, linge, tables, chaises ; il mange tout ce qu'il trouve dans les tas d'ordures et lorsqu'on veut lui retirer ce qu'il a dans les mains, il devient méchant.»

Le certificat de vingt-quatre heures est ainsi conçu : « J... est atteint de démence organique avec phénomènes spasmo-paralytiques des membres inférieurs, embarras de la parole, inégalité pupillaire, mouvements fibrillaires multiples, exagération énorme des réflexes tendineux ».

25 *mars*. J... est un homme de grande taille, corpulent, un peu obèse. Il a fait son service militaire dans la flotte ; il n'aurait pas contracté de maladie vénérienne. Il s'est ensuite fixé aux Sables en qualité de pêcheur et s'est marié ; il a eu quatre enfants, deux filles qui sont mariées, et deux autres enfants plus jeunes. Il est incapable de fournir des renseignements sur ses antécédents héréditaires. La mémoire est, d'ailleurs, chez lui, à peu près oblitérée.

J... présente à la fois de la paralysie spasmodique et de l'amyotrophie. Les réflexes rotuliens sont très exagérés, surtout celui de gauche ; pas de signe de Babinski ; conservation des réflexes cutanés ; clonus du pied provoqué par le simple chatouillement des surfaces plantaires ; démarche hésitante, spasmodique ; le pied gauche a de la peine à se détacher du sol. L'embonpoint masque en partie l'atrophie musculaire, cependant elle est très nette aux membres gauches. La circonférence du bras droit est de 34

cm. ; celle du gauche de 32 cm. la circonférence de l'avant-bras droit est de 29 cm. : celle du gauche de 23. Celle de la jambe droite est de 36 ; celle de la gauche de 34 1/2. Les cuisses sont égales. En somme, l'atrophie atteint surtout le bras et la jambe gauches. Aux mains, les éminences thénar et hypothénar ne paraissent pas avoir subi d'atrophie ; toutefois, l'opposition du pouce aux autres doigts ne se fait que péniblement et imparfaitement, à gauche plus encore qu'à droite ; les interosseux sont évidemment touchés.

Le crâne est petit, un peu oxycéphale, le front bas et très fuyant, la face très large, asymétrique. Les muscles du menton sont animés de contractions fibrillaires fréquentes, la langue présente une hémiatrophie gauche très marquée, elle est animée de mouvements à la fois fibrillaires et ataxiques (mouvement de trombone) ; la parole est très embarrassée, par suite de la paralysie de la langue et des lèvres. Ces dernières sont encore peu touchées ; il peut faire la moue et même siffler un peu. Pas de paralysie du voile du palais.

Il y a de l'inégalité pupillaire, la droite étant plus dilatée. Les pupilles réagissent bien à la lumière ; pas de paralysies oculaires ni de nystagmus. Tous les modes de sensibilité sont intacts. Les sphincters fonctionnent normalement. Le malade, depuis qu'il est observé, s'est toujours levé régulièrement pour satisfaire ses besoins. L'expression de la face est celle d'un abrutissement profond, les traits sont inertes, dans le relâchement ; pas de rire ni de pleurer spasmodiques, pas d'autre signe bulbaire que la difficulté à parler.

Il comprend bien les questions qu'on lui pose et y répond dans la mesure de son intelligence très oblitérée en raison d'une perte à peu près complète de la mémoire. Il ne se rappelle aucune date, et ne peut situer dans le temps aucun fait de sa vie passée ; il ignore l'année, le mois, le quantième, le jour de la semaine. Il ignore où il est. Son état mental est caractérisé par l'indifférence, l'hébétude et la seule survivance des appétits. C'est ainsi que la vue du tabac le sort de sa torpeur habituelle et qu'à fumer il paraît éprouver une vive jouissance.

Il s'agit encore, dans cette observation, d'un dégénéré porteur de stigmates. Sa conformation crânienne rappelle celle de certains dégénérés inférieurs. La lésion anatomique a envahi à la fois le cerveau et la moelle, mais il semble que l'encéphale ait été d'abord particulièrement touché, contrairement à ce que l'on observe habituellement dans les formes médullaires de la paralysie générale. L'affaiblissement psychique est dès l'abord

massif, comme dans certaines paralysies générales de forme démentielle pure. Dans les périodes où le malade est excité, il est en proie à un véritable délire des actes de nature instinctive, commet des vols absurdes, cherche sa nourriture dans les tas d'ordures, se soulage partout où il se trouve, se perd et ne connaît plus personne.

S'agit-il de paralysie générale légitime ? Nous n'avons guère, comme symptômes somatiques à l'appui de ce diagnostic, que deux signes : l'inégalité pupillaire et l'ataxie linguale ; encore faut-il remarquer que la gêne de la parole est beaucoup plus celle du scléreux latéral que du paralytique. D'un autre côté, cet individu, à peu près impotent, malade depuis plus de trois ans, arrivé à un degré avancé de démence, n'en est pas encore à la phase du gâtisme ; tout au contraire, il a pleine conscience de ses besoins et gouverne ses sphincters. Notons enfin la multiplicité des signes bulbo-médullaires, qui sont ceux, presque au complet, de la maladie de Charcot. Si donc nous devons malgré tout porter le diagnostic de paralysie générale associée, nous ne pouvons pas ne pas constater en même temps que, dans l'association, la sclérose latérale amyotrophique, au point de vue somatique, tient véritablement la place prépondérante.

En résumé, il résulte de nos observations que la sclérose latérale amyotrophique peut être accompagnée de troubles mentaux d'un caractère plus ou moins grave, depuis la démence la plus légère, comme dans les cas ordinaires visés par M. P. Marie, jusqu'à la démence globale de la paralysie générale ; depuis la psychasthénie simple jusqu'aux formes complexes des psychoses, la mélancolie suicide et les délires systématisés. Dans les cas où elles existent, ces complications délirantes revêtent une physionomie un peu spéciale : celle des psychoses de la vieillesse.

Comme pour les autres psychopathies organiques, il faut voir, dans les complications démentielles de la sclérose latérale amyotrophique une conséquence de la lésion organique et dans les manifestations délirantes une conséquence de la prédisposition. On sait, en effet, d'une part, que la dégénération des cordons latéraux, dans la

maladie de Charcot, se poursuit au-delà de la capsule interne et jusque dans l'écorce grise, et qu'elle peut s'étendre aux fibres constituantes du corps calleux et aux fibres commissurales reliant entre eux les deux hémisphères ; de l'autre, nous avons constaté, chez nos deux premiers malades, les plus délirants, des antécédents héréditaires cérébraux et psychiques.

Chez les deux derniers, nous avons surtout relevé des stigmates de dégénérescence et des indices nous ayant conduit à les considérer mentalement comme des débiles. Cette induction s'accorde bien avec la nature des troubles mentaux observés, qui sont ceux de la démence globale, sorte d'idiotie acquise. Le fait que le dernier malade paraît être atteint de paralysie générale ne saurait être considéré comme contredisant cette opinion, si la paralysie générale n'est elle-même qu'un mode de réaction d'un système nerveux anormalement développé, frappé en un mot de dégénérescence, comme le veulent de bons observateurs.

Si comme nous le pensons avec d'éminents neurologistes, les affections du système nerveux ne sont pas des maladies ; si ce ne sont que des syndromes, des associations de symptômes, expression clinique de quelque état général d'infection ou d'intoxication et évolution d'un état tératologique congénital ou héréditaire (1), il est facile de comprendre que les causes morbifiques puissent s'attaquer simultanément ou successivement à plusieurs territoires du névraxe en état d'infériorité structurale et fonctionnelle pour engendrer, comme dans nos observations, une association de symptômes médullaires, bulbaires et cérébro-psychiques.

(1) F. Raymond. — *Clinique des maladies du système nerveux*, première série, Paris, 1896.

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE

## Note sur l'histologie pathologique de la paroi de l'abcès cérébral.

Par Ch. MIRALLIÉ.

Nour possédons encore peu de renseignements sur l'histologie pathologique de l'abcès cérébral, et les travaux consacrés à ce sujet sont encore peu nombreux. C'est à peine si les auteurs classiques étudient en quelques lignes la structure microscopique de l'abcès cérébral et Klippel s'est étonné à juste titre du petit nombre de recherches faites sur ce sujet. Oppenheim (1) rapporte les idées de Rindfleisch et de Ziegler.

Pour les rapports histologiques de la capsule-enveloppe, Rindfleisch dit : la couche superficielle, la plus interne est lisse et recouverte par une couche de cellules en dégénérescence graisseuse qui lui donnent un aspect opaque, jaunâtre. En dehors suit une couche de tissu embryonnaire, d'épaisseur variable ; en dehors elle aboutit à un tissu lâche de cellules fusiformes, enfin vient la couche propre des faisceaux de la capsule. A l'extérieur, une zone en dégénérescence graisseuse se montre qui forme la limite entre la membrane de l'abcès et le tissu nerveux.— Ziegler parle simplement d'un tissu de granulations qui se transforme plus loin en tissu conjonctif fasciculé. Le tissu cérébral autour de l'abcès est d'ordinaire, et souvent sur une large étendue, en état de renouvellement et d'infiltration œdémateuse. Le ramollissement peut pénétrer dans le ventricule et produire une méningite ventriculaire suppurée sans qu'il y ait de perforation. On peut aussi voir des foyers hémorragiques dans le voisinage.

Klippel (2) reconnaît à l'abcès cérébral 4 couches :

(1) Oppenheim. — *Speciele Pathologie u. Therapie von Nothnagel*, IX Bd., I,Th., III Abth. ; III Lief 1897. Article. *Abcès du cerveau*, p. 126.

(2) Klippel. — *Traité de médecine*, Brouardel-Gilbert, t. VIII, p. 839.

Au niveau de la membrane en contact avec le pus, on trouve une couche irrégulière, granuleuse, formée de cellules rondes en dégénérescence. Plus en dedans, les lésions sont caractérisées par une inflammation avec diapédèse, mais surtout par d'énormes lacs sanguins, qui à l'œil nu semblent être des foyers d'hémorrhagie, mais qui sont en réalité des veinules enflammées et considérablement dilatées. — Dans une troisième zone, l'inflammation se poursuit, caractérisée surtout par la diapédèse autour des artérioles gorgées de sang. Dans quelques vaisseaux, dont les parois sont remplies de globules blancs, on trouve des thromboses, contenant à leur centre des amas de leucocytes. — Enfin, une dernière zone nous montre des éléments nerveux plus ou moins altérés, au milieu desquels on trouve des cellules fusiformes en voie de formation. Celles-ci, disséminées entre les tubes nerveux, sont assez régulièrement disposées et parallèles les unes aux autres suivant leurs axes longitudinaux. »

Barbacci (1) a publié un très intéressant travail sur l'abcès cérébral expérimental, par inoculation directe dans la substance nerveuse d'une culture récente de staphylocoque doré. Il a pu étudier heure par heure l'évolution de l'abcès, et étudier les altérations progressives des divers éléments du tissu nerveux. Il a pu noter progressivement les altérations de la cellule nerveuse, la dégénérescence de son protoplasma, la destruction progressive du noyau et du nucléole ; l'infiltration leucocytaire accompagnant la réplétion vasculaire sanguine énorme et les phénomènes de karyokynèse des éléments cellulaires.

Westphall (2) étudie minutieusement les diverses variétés des cellules observées dans 3 cas d'abcès du cerveau ; il montre leur origine variée et fait jouer le plus grand rôle dans la formation de la paroi de l'abcès aux

(1) Barbacci.—*Rivista di p tthologia nervosa e mentale*, 1897, p. 385.
(2) Westphall. — *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXIII, 1900, p. 206.

cellules conjonctives. Bien que dans son cas II, l'abcès, de date récente, fût d'abord limité en dedans par une couche pauvre en noyaux, colorée en jaune rouge par le Van Gieson, couche de tissu névroglique nettement différenciée de la couche externe conjonctive, il n'ose se prononcer sur la part que prennent les éléments névrogliques à la formation de cette paroi. Il la considère comme essentiellement formée de tissu conjonctif, venu de la pie-mère en suivant les vaisseaux.

Friedmann (1) décrit à la paroi de l'abcès 3 couches : La couche interne, mal différenciée de la cavité de l'abcès, est constituée par des cellules rondes, fortement pressées l'une contre l'autre, et unies par une substance intercellulaire. Elle contient en outre des vaisseaux capillaires grêles et peu nombreux, des cellules nucléées et des éléments morts. — La couche moyenne nettement limitée est la plus large. Elle présente un stroma de cellules fusiformes, irrégulièrement entrecroisées ou disposées en couches plus ou moins parallèles, ébauche d'une première organisation rapide ; le protoplasma de ces cellules se montre sous l'aspect d'un fin réseau chromatique, tandis que le noyau est volumineux et ovale. En outre, il existe de nombreux vaisseaux, à parois épaissies et un certain nombre de cellules rondes disséminées, rassemblées en plus grand nombre autour des vaisseaux. — La zone externe, zone d'irritation, large, mais mal délimitée, est parsemée de nombreuses cellules rondes ; elle est riche en vaisseaux ; elle présente en outre des cellules névrogliques, de différentes dimensions, allongées, fusiformes, homogènes. Elle contient en outre des éléments fusiformes analogues à ceux de la couche précédente. Des éléments nerveux préexistants, il reste des traces plus manifestes que dans la deuxième zone : des fibres myéliniques abondantes en voie d'atrophie, des cylindraxes

(1) *Handbuch der Pathologisc'ien Anatomie des Nervensystems* publié sous la direction de Flatau, Jacobsohn, Minor. Libr. Karger, Berlin, 1903, p. 504.

fortement gonflés et fragmentés. Enfin Friedmann ajoute (page 511) une 4e zone, plus extérieure où le tissu fondamental névroglique semble conservé, où prédominent des éléments volumineux, homogènes, pour la plupart nucléés, de forme ronde un peu irrégulière. Ce sont évidemment des éléments épithélioïdes déjà décrits par Westphal, présentant tous les types de transition avec les cellules fusiformes de la couche précédente et ayant par suite la même origine. — A la périphérie de l'abcès, la substance cérébrale présente des phénomènes de réaction secondaire fortement accentués. Pour Friedmann, les éléments névrogliques ne participent pas à la formation des couches d'organisation fasciculaire ; celles-ci sont constituées par les éléments fusiformes allongés et très vraisemblablement aussi par les nombreuses cellules épithélioïdes des couches externes.

Enfin Kœlpin (1), à propos d'un cas personnel, a fait une étude approfondie de l'histologie de la paroi de l'abcès. Il lui reconnaît 3 zones : 1° l'abcès, composé de leucocytes polynucléaires fortement tassés; 2° la zone de la capsule formée de deux couches : l'une interne, composée de tissu lâche très riche en vaisseaux, avec parfois des hémorrhagies ; dans les mailles de ce tissu, sont placés des éléments cellulaires très nombreux, de forme très variable ; la plupart sont d'origine conjonctive, quelques-uns représentent des cellules névrogliques gonflées, enfin des lymphocytes et des plasmazellen ; — la couche externe est constituée par des fibroblastes en séries parallèles, fortement tassées et pauvre en vaisseaux ; — 3° enfin une zone d'irritation, où le processus irritatif a frappé les éléments nerveux, la myéline, et surtout les vaisseaux et la névroglie. En résumé, pour Kölpin, à la formation de l'abcès prennent part exclusivement les éléments qui sont en connexion avec les vaisseaux ou avec le tissu conjonctif qui les accompagne.

(1) Kœlpin.—*Deutsch. Zeitsch. f. Nervenh.*) t. XXV, p. 465, 1903.

La névroglie n'entre pas en considération en général.

Si nous rapprochons les uns des autres ces différents travaux, nous voyons que dans la paroi de l'abcès cérébral les auteurs différencient plusieurs couches : La couche la plus interne, caractérisée surtout par la présence des cellules granuleuses ; les couches les plus externes où s'organise progressivement la réaction défensive du tissu nerveux.

Nous devons à l'obligeance de notre excellent ami le Dr Texier d'avoir pu examiner la paroi d'un abcès cérébral otitique développé dans le lobe occipital du cerveau.

Les détails histologiques sont variables suivant les points examinés, suivant que l'abcès atteint la couche grise du cerveau ou qu'il ne dépasse pas la substance blanche, suivant qu'il a poussé ou non des anfractuosités plus ou moins irrégulières, circonscrivant des blocs cérébraux qu'elles isolent. Cependant, de la comparaison des très nombreuses coupes pratiquées, on peut reconnaître un certain nombre de caractères généraux qui peuvent servir à une description d'ensemble de l'histologie pathologique de la paroi de l'abcès cérébral, et confirment dans leurs grandes lignes les travaux des auteurs que nous avons cités. On peut avec Kölpin, reconnaître à la paroi de l'abcès cérébral trois zones principales : une zone interne granuleuse, une zone moyenne d'organisation défensive, une zone externe d'irritation.

I. La couche interne, grisaille et claire sur les coupes colorées au Weigert et à l'Azoulay, est essentiellement granuleuse et formée de leucocytes. Les cellules son toutes sensiblement de même dimension ; leur protoplasma est extrêmement réduit et le noyau les constitue presque en entier. Celui ci est très variable d'aspect, parfois unique et régulier, le plus souvent multiple, multilobé. Par places, on observe des foyers de dégénérescence, surtout abondants au voisinage de l'abcès, petits abcès eux-mêmes enclavés dans la paroi de l'abcès.

Prenant mal les colorants, ils contiennent à peine de-ci de-là quelques rares noyaux épars. Cette couche ne contient pas de vaisseaux ou seulement quelques vaisseaux capillaires dilatés et seulement dans la partie la plus externe.

Dans les points où cette zone interne occupe une région normalement riche en cellules nerveuses, on voit sur les pièces colorées par les méthodes de Nissl ou de Held, entre les cellules granuleuses, des blocs protoplasmiques amorphes, plus volumineux que les lymphocytes, à protoplasma mal coloré ; souvent il n'y a pas de noyau, parfois un noyau mal coloré. Ce sont des cellules nerveuses en nécrose de coagulation. Par places on trouve des cellules nerveuses parfaitement reconnaissables, mais prenant moins bien les colorants qu'à l'état normal ; à leur périphérie elles sont attaquées par les lymphocytes qui déterminent de véritables encoches. Ici la neuronophagie est évidente. Sur aucune coupe nous n'avons pu trouver de cellule en chromatolyse franche, seulement quelques cellules en chromatolyse périphérique peu accentuée et localisée ; la neuronophagie et la nécrose de coagulation nous ont semblé les deux modes de disparition de la cellule nerveuse.

II. A cette première zone, granuleuse, en succède une seconde moyenne, caractérisée particulièrement par des processus d'organisation défensive et par la richesse vasculaire. Avec Kölpin on peut lui distinguer deux couches.

La couche interne, placée au voisinage même de l'abcès, ne se différencie que progressivement de la cavité même de l'abcès. La paroi est infiltrée de cellules polynucléaires, analogues à celles de la couche précédente, mais de moins en moins nombreuses à mesure que l'on s'éloigne de la cavité de l'abcès. Elle est constituée par des cellules nombreuses, très variables d'aspect et de direction, formant un feutrage lâche à travers lequel rampent de très nombreux vaisseaux. On y voit d'abord des cel-

lules fusiformes, allongées, avec un noyau assez volumineux, ovalaire ou allongé, cellules conjonctives, isolées ou réunies par amas ; des cellules névrogliques gonflées et déformées; enfin des leucocytes. Dans cette couche, les vaisseaux sont très nombreux, largement dilatés ; ils sont entourés d'un manchon de cellules migratrices, leur tunique adventice est épaissie et proliférée. A côté se voient de très nombreux vaisseaux embryonnaires, creusés pour ainsi dire sans paroi propre au milieu des cellules lymphatiques. Autour de ces capillaires dilatés et gorgés de sang, la diapédèse est très active. Ces vaisseaux sont extrêmement nombreux. A un faible grossissement la coupe semble criblée de trous dont chacun représente la coupe d'un vaisseau. Ceux-ci sont surtout des capillaires et des veinules à la partie interne ; à la partie externe on reconnaît les artérioles. Autour de celles-ci, on voit par places, ainsi que l'ont indiqué Friedmann et Westphal, des blocs hyalins, prenant mal les colorants, extrêmement pauvres en noyau.

La seconde couche de cette zone est caractérisée, comme l'a bien indiqué Kölpin, par une orientation nouvelle des cellules conjonctives. A la place des mailles irrégulières de la couche précédente, progressivement, les cellules s'orientent en couches parallèles entre elles et concentriques à la cavité de l'abcès : tassées, pressées les unes contre les autres, elles donnent l'impression d'un tissu compact, fortement organisé et résistant. Les cellules migratrices sont moins abondantes ; elles sont, par contre, plus volumineuses ; leur noyau unique est plus volumineux, régulier, et entouré d'une couche relativement abondante et nettement appréciable de protoplasma. Cette couche contient des vaisseaux en abondance, très variables suivant les points, rares ici, abondants là, toujours dilatés, gorgés de sang. et entourés d'un manchon diapédétique. Dans toute cette zone, sur les coupes favorables, on peut reconnaître des cellules nerveuses plus ou moins modifiées. Les cellules normales sont assez

nombreuses ; la plupart sont frappées de nécrose de coagulation ou attaquées par la neuronophagie : la chromatolyse est plus fréquente que dans la zone précédente. L'étendue de cette zone moyenne, véritable paroi de l'abcès est assez considérable, variable du reste suivant les points, mais toujours bien nette et facile à retrouver, mal limitée sur sa face interne, mais différenciée sur sa face externe, avec ses deux zones, nettement et partout reconnaissables. Elle circonscrit de toutes parts l'abcès.

III.— A la limite de cette zone externe, il existe une zone de transition, zone d'irritation de Kœplin, caractérisée surtout par son extrême richesse en vaisseaux plutôt que par ses caractères irritatifs et qui ne se distingue du tissu nerveux voisin normal que par cette extrême abondance de vaisseaux. Ceux-ci sont volumineux et extrêmement nombreux. Autour de chacun d'eux est un épais manchon leucocytique diapédétique. Mais il n'y a pas l'infiltration embryonnaire des zones précédentes. Les cellules nerveuses sont normales. Leur noyau reste central, fortement coloré et pourvu de son nucléole, leurs granulations chromatophiles conservent toute leur affinité pour les colorants ; la chromatolyse nous a semblé beaucoup plus rare que ne le dit Kolpin. Cependant les cellules placées au voisinage des vaisseaux dilatés présentent assez souvent les caractères de la chromatolyse. C'est encore autour des vaisseaux que l'on observe des cellules névrogliques gonflées, et des altérations des faisceaux myéliniques. Mais tous ces processus irritatifs ne nous ont jamais semblé être très accentués. Ils s'observent surtout au voisinage des vaisseaux, pour s'atténuer et disparaître rapidement dès que l'on s'éloigne de ceux-ci.

Nos recherches confirment donc complètement dans leurs grandes lignes les descriptions des auteurs et en particulier celle de Kolpin ; la division en trois couches nous a semblé nettement correspondre à la réalité des

faits. Nous ne saurions toutefois accepter complètement l'opinion des auteurs allemands sur le rôle de la névroglie. Pour eux, la barrière défensive est essentiellement formée par le tissu conjonctif, venu avec les vaisseaux de la pie-mère ; la névroglie ne jouerait aucun rôle ou tout au moins qu'un rôle très secondaire dans la constitution de la paroi de l'abcès.

Cependant Westphal, dans son observation II, décrit une zone névroglique ; mais pour lui, elle ne prend pas part directement à la formation de la capsule : il s'agit d'un tractus névroglique de la substance cérébrale non encore envahie par le processus de dégénérescence.

Tout en admettant avec tous les auteurs que c'est à l'élément conjonctif que revient le rôle capital, essentiel, dans le processus de défense, nous serions tenté de faire jouer un rôle secondaire mais cependant non négligeable, à la névroglie. Tous les auteurs ont signalé le gonflement et la multiplication des cellules névrogliques. Sur les coupes traitées par la méthode de Weigert pour la coloration de la névroglie, on distingue des fibrilles névrogliques, entremêlées aux éléments conjonctifs et qui présentent la même architecture générale que ceux-ci. Dans la zone moyenne, les fibrilles névrogliques sont d'abord irrégulièrement disposées en réseau lâche et ténu à la partie interne de cette zone, puis se tassent en couches parallèles à mesure que l'on se rapproche de la zone externe, suivant exactement la disposition que nous avons décrite pour les fibres conjonctives. Il ne nous semble pas qu'il s'agisse, comme le veut Westphall, d'un tissu normal non encore détruit par la purulence: l'orientation différente des fibrilles névrogliques dans les deux couches de la zone moyenne, son parallélisme avec la disposition des cellules conjonctives nous feraient bien plutôt admettre un processus d'organisation défensive. Mais, et avec cette réserve, nous acceptons, avec tous les auteurs, qu'il n'y a là qu'un processus d'importance secondaire mais réel cependant, et que c'est aux éléments

conjonctifs que revient la part capitale, essentielle, dans l'organisation de la membrane de la paroi de l'abcès cérébral.

# THÉRAPEUTIQUE PÉDAGOGIQUE

## Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves (1) ;

Par le Dr BOURNEVILLE.

Tous les ans, dans le *compte-rendu* de notre service nous publions quelques notices sur les enfants les plus gravement atteints qui avaient été considérablement améliorés par le *traitement médico-pédagogique*. Certains en ont conclu que c'était là tout notre actif. Pour dissiper leur erreur nous avons cru devoir multiplier les faits. En raison du but pratique que nous poursuivons, nous espérons que nos lecteurs excuserons la longueur de notre article.

LXXVI. Robil... (Isabelle), née le 2 décembre 1894, âgée de 9 ans, entrée à la Fondation Vallée, le 15 novembre 1902, atteinte d'*imbécillité*, à un degré très prononcé, avec *strabisme* très accusé, *nystagmus* intermittent et *mouvements choréiformes*.

D'après ce diagnostic, il est facile de comprendre que l'état général de l'enfant laissait beaucoup à désirer. La physionomie avait une expression gauche et embarrassée, son regard n'avait aucune fixité, elle possédait l'usage de la parole, mais son air timide, l'empêchait de répondre directement aux questions. Elle parvenait avec beaucoup de difficultés à s'habiller et à se déshabiller, les mouvements choréiques se renouvelant très souvent y mettaient un grand obstacle. Vu cette incapacité, l'enfant était triste, tout était pour elle un sujet d'ennui, aussi la voyait-on très souvent se mettre dans un coin et pleurer à chaudes larmes.

Au point de vue scolaire, elle était nulle. A cause de son état elle n'avait pas fréquenté l'école; sa vue aussi bien que ses mouvements opposaient de grandes difficultés à son avan-

(1) Voir les nos d'avril et mai.

cement; rien ne faisait présager une sérieuse modification. Après six mois de traitement, un changement assez marqué s'est opéré dans toute sa personne, sous le rapport physique comme intellectuel. Les *mouvements choréiques* et désordonnés *ont disparu* petit à petit, la physionomie n'avait plus cet air inquiet et peiné, un grand calme et une réelle sérénité remplaçaient la mélancolie et la tristesse.

*Aujourd'hui* (1903), elle s'amuse bien en récréation et prend part à tous les jeux de ses compagnes, sa conversation est intéressante, l'enfant raisonne comme un petit personnage. Ainsi qu'à son entrée, elle s'habille et se déshabille seule, mais le fait avec beaucoup plus d'adresse, se débarbouille elle-même, en un mot procède entièrement seule aux soins concernant sa toilette.

En classe, l'enfant montre une application soutenue, mais la vue est toujours mauvaise, elle a du strabisme convergent double, l'œil gauche est fortement dévié en dedans ce qui l'empêche de distinguer les lettres à première vue. Malgré tous ces inconvénients, elle a appris à écrire, les lettres et les chiffres sont bien formés, elle commence à copier, assemble les lettres. Tout porte à croire que l'enfant lira couramment dans le courant de l'année. La mémoire n'est pas mauvaise, l'enfant récite des fables et fredonne des chansonnettes.

Elle s'applique bien à l'ouvroir, aime les travaux à l'aiguille, on la voit confectionner des effets pour sa poupée. Elle travaille bien à la gymnastique et y met beaucoup de bonne volonté. L'attitude de cette enfant s'est améliorée et ses progrès sont notables.

1905. — Les progrès de notre jeune malade méritent d'être de nouveau mentionnés. Elle va bien sous le rapport physique, ses mouvements choréiformes ont disparu, mais sa vue est toujours faible (nystagmus et strabisme assez accusés); malgré ce grand obstacle, notre élève lit très couramment, fait des dictées, connaît l'addition, la soustraction et la multiplication, s'intéresse aux *leçons de choses*, apprend les premiers éléments de la grammaire, quelques notions de géographie, l'enfant a beaucoup de goût pour la classe.

Comme caractère l'enfant est gaie, joueuse, ses jeux n'ont rien d'anormal; elle est par-dessus tout très affectueuse, elle aime ses maîtresses de classe, ne voudrait pas leur causer le moindre ennui, aussi on a plutôt des éloges à lui faire, que des reproches à lui adresser. Elle se tient très proprement, elle est très soigneuse pour sa toilette. Elle fait bien la gymnastique, s'applique à la couture, au repassage, fait tout ce qu'elle peut à la buanderie. Notre malade est très obéissante et tout plein gentillette. Cette enfant atteinte d'imbécillité

à son entrée, avec chorée et nulle en instruction peut être classée aujourd'hui dans la catégorie des simples *arriérées*,

LXXVII. *Idiotie et épilepsie.* — COUL... (Marie), née le 26 janvier 1894, 10 ans. A l'entrée à la Fondation, le 1er juin 1901, la physionomie de l'enfant manquait d'expression, son air était hébété, le regard vague et sans but, rien chez cette enfant n'annonçait l'intelligence. Elle parlait, mais avait un défaut de prononciation pour la lettre *r;* ainsi pour dire *travaille,* elle prononçait *tavaille;* elle disait *bonjou.* pour *bonjour; ouvoi,* pour *ouvroir;* en somme le langage était tout à fait enfantin. Le caractère était triste, maussade. Elle ne prenait part à aucun jeu. Elle n'était pas du tout expansive et restait inerte une partie de la journée. Toutes les branches de l'enseignement lui étaient totalement inconnues.

Sous l'influence du traitement, une vraie métamorphose s'est opérée. Elle n'a eu qu'*un seul accès d'épilepsie* depuis son entrée; aussi l'enfant s'est développée sous tous les rapports. La physionomie s'est éveillée, le regard est devenu vif et pétillant, elle a aujourd'hui un air fûté et malin qui dénote une certaine intelligence. Tout défaut de prononciation a disparu, elle s'exprime avec facilité et soutient une conversation. Une grande activité a remplacé l'inertie d'autrefois; l'humeur maussade, qui lui était habituelle, a fait place à la joie et à la gaîté. Elle met beaucoup d'entrain dans tout ce qu'elle fait; elle s'habille et se donne les soins de toilette nécessaires, elle aide au ménage, aime à se rendre utile. En classe, ses progrès n'ont pas été moins rapides, elle sait faire une copie, commence à syllaber et connaît l'addition. Elle a réalisé de réels progrès en *couture,* l'enfant travaille aux tabliers, aux robes; elle commence à repasser, autant de choses qui lui étaient inconnues à son entrée. Elle fait bien la *gymnastique,* cette occupation rentre dans son élément parce qu'elle est vive et agile et aime tout ce qui demande du mouvement. En somme, cette enfant a fait beaucoup de progrès et est en très bonne voie d'amélioration (1903).

1905. — Cette enfant citée déjà dans le *Compte Rendu* 1903, mérite également d'être de nouveau mentionnée. Ses progrès ont toujours été croissants au point de vue des exercices classiques. Sa lecture est aujourd'hui très courante; elle fait des dictées, ainsi que des devoirs variés, connaît les trois premières opérations de l'arithmétique, s'intéresse aux *leçons de choses,* elle est attentive en classe. Ses *accès épileptiques* ne sont pas très fréquents, de sorte que l'enfant progresse jusqu'ici sous tous les rapports. Elle est toujours vive, alerte, gaie et joueuse, fûtée même; elle prend part à tous les jeux

de ses compagnes. Elle a bonne mémoire pour les choses usuelles, soutient une conversation, a même un bon raisonnement. Elle est toujours très propre. Elle travaille assez bien dans tous les ateliers; mais aurait peu d'aptitudes pour les soins du ménage. Elle fait la gymnastique avec beaucoup de facilité, elle possède une grande souplesse.

Cette enfant bien qu'atteinte d'épilepsie s'est notablement améliorée sous tous les rapports.

LXXVIII. URI... (Georgette), née le 30 juin 1898, 8 ans, entrée à la Fondation en juin 1901, atteinte d'*idiotie avec gâtisme, marche et parole nulles.*

Les progrès faits par cette enfant sont sensibles et méritent une mention particulière. La physionomie est expressive, le sourire est doux et jovial.

*A son entrée*, elle ne prononçait que des mots sans suite, incompréhensibles même pour les personnes de son entourage, la marche était mauvaise, à peine pouvait-elle faire quelques pas. Au réfectoire, l'enfant se tenait affreusement mal, aimait à se salir et à se barbouiller avec les aliments déposés devant elle, il était impossible de la tenir propre, elle ne savait se donner et ne voulait recevoir aucun soin concernant sa toilette, le caractère était méchant, jaloux. Elle repoussait ses petites compagnes, ne voulant pas leur voir faire la moindre caresse, l'égoïsme était son défaut dominant: Tout pour elle. L'enfant, capricieuse, ne voulait pas rester assise, les progrès en classe étaient nuls. la gymnastique de même. Elle gâtait du matin au soir, ne demandait par aucun signe à aller aux cabinets.

Un grand changement s'est fait en elle: Gâtisme, colères, caprices tout a disparu. Elle parle et marche très bien. En classe les progrès sont notables, elle connaît ses lettres, commence à compter, aime la gymnastique et le corps prend de la souplesse. Elle connaît les couleurs, en sait faire la différence, sait lacer les souliers, agrafer et boutonner, autant de choses inconnues pour elle à son arrivée. Elle ne gâte plus jamais ni jour, ni nuit, s'habille et se déshabille seule et cherche à se donner les soins élémentaires concernant sa toilette, met en tout et pour tout beaucoup de bonne volonté. — *Grande amélioration.*

1905. — Rien de particulier à signaler. Cette enfant est propre, marche et parle bien, ses progrès sont lents en classe; elle faisait cependant espérer de meilleurs résultats dès le début.

LXXIX. ESPON... (Yvonne), née le 26 juillet 1896, 10 ans,

entrée à la Fondation en juin 1901, atteinte d'*idiotie avec hémiplégie*, marche nulle, parole limitée à ces deux mots; papa, maman. A son entrée, elle laissait à désirer sur bien des points; les premières notions sur toutes choses lui étaient inconnues. Les progrès faits par l'enfant sont de plus en plus satisfaisants.

*Aujourd'hui* (1902), elle a pris des forces et bien que ne marchant pas encore seule, se tient le long des tables et des bancs sans fatigue aucune. La propreté est une de ses qualités; sa tenue à table est fort bonne. Autrefois, l'enfant était souvent maussade et grognon, pleurait sans motif, à cause de son état maladif sans doute. Maintenant le caractère est gai, aimable avec ses petites compagnes, serviable dans la mesure de ses moyens, caressante envers les personnes qui l'entourent. Elle commence à rassembler ses lettres, connaît également les chiffres, sait les placer exactement, s'intéresse à tout ce qui se passe et demande mille explications. Elle a quelques difficultés pour les exercices de gymnastique en raison de ses jambes qui sont encore faibles. Malgré toutes ces difficultés, les progrès de l'enfant sont notables.

1905. — Les progrès sont lents, mais ils continuent sous tous les rapports. L'enfant s'exprime bien, répond directement aux questions qui lui sont posées, tient bien conversation. Elle a un sourire aimable, un air gracieux, elle est très douce et sait se faire aimer de toutes ses compagnes.

Ses jambes se fortifient peu à peu, enfin, l'enfant est parvenue à suivre les exercices des grandes, en donnant le bras à une infirmière et quelquefois même à une autre enfant, Yvonne marche assez bien; se rend ainsi en classe, au préau, au réfectoire, dortoir, etc. Elle est heureuse et fière pour ainsi dire de pouvoir faire ces quelques promenades. Elle est toujours très propre et ne se salit pas. Elle met beaucoup de bonne volonté pour la gymnastique. Elle commence à syllaber et à écrire, sait faire l'addition sans retenue. — Tout porte à croire que l'enfant s'améliorera notablement au point de vue classique.

LXXX. DESES... (Emilie), née le 3 mars 1887, entrée à la Fondation, en mai 1897, à l'âge de 10 ans, atteinte d'*imbécillité prononcée*, avec *luxation congénitale* des hanches.

La parole était libre chez cette enfant qui répondait aux questions posées, mais elle marchait très difficilement et urinait parfois au lit. L'expression de la physionomie était peu mobile, le regard vague, rien chez cette enfant n'indiquait l'intelligence. Elle ne savait pas lire, mais formait les lettres et les chiffres; elle ne savait pas compter, ne possédait pas les

notions les plus rudimentaires. L'enfant avait beaucoup de difficultés pour tout ce qui concerne l'enseignement, malgré cela nous constatons aujourd'hui des progrès réels. Elle lit assez couramment, son écriture est régulière. Elle connaît les trois premières opérations de l'arithmétique sans toutefois en comprendre très exactement l'application.

Le caractère s'est également modifié. L'enfant parlait mal au début, était maussade, restait inerte; aujourd'hui (1900) elle est devenue très active, s'occupe à faire de la dentelle aux heures de récréation. Elle aime les soins du ménage. A l'ouvroir elle est parvenue à faire entièrement robes, tabliers, pantalons. Elle fait bien la gymnastique et n'avait cependant aucune notion à son entrée. Elle est, en outre, devenue très propre; sa tenue ne laisse rien à désirer.

1905. — Notre élève a continué de faire quelques progrès; sa lecture est très courante, elle fait des petites dictées, connaît les trois premières opérations de l'arithmétique, rédige une lettre, son écriture est lisible et bien formée; en un mot l'enfant peut se tirer de peine pour les usages les plus importants de la vie.

Comme soins du ménage, elle s'y entend bien, fait elle-même un dortoir si peu qu'elle soit dirigée, elle est propre dans tout ce qu'elle fait; elle emploie les heures de récréation à faire de la dentelle, ne reste jamais inactive. Elle raisonne assez bien, tient conversation, elle est serviable et pas un brin méchante. Elle travaille bien dans tous les ateliers, a appris à coudre, à repasser et lave bien. Elle n'est pas très agile en gymnastique. Cette enfant, atteinte d'*imbécillité prononcée* à son entrée, nulle en instruction, s'est notablement améliorée.

LXXXI. Fuch.. (Marguerite), *imbécillité prononcée, rachitisme*, née le 9 novembre 1887, 16 ans. Lors de son entrée en 1894, la physionomie annonçait peu d'intelligence; la parole était bonne mais tout à fait enfantine; elle mangeait seule, mais ne se servait que de la cuiller. Sa démarche était déhanchée, le pied gauche un peu en dehors mais elle suivait assez facilement ses compagnes. Elle ne gâtait pas, était incapable de procéder à son habillement et avait de mauvaises habitudes. Le caractère était gai, turbulent, elle aimait les jeux bruyants; rôdait un peu partout et, malgré son insuffisance, elle savait s'y prendre pour venir en classe le moins possible: elle n'aimait pas l'école. Lettres, chiffres, écriture, tout lui était inconnu; sa faible intelligence paraissait tout à fait impropre à l'étude.

*Actuellement* (1904), nous constatons chez cette enfant une

amélioration notable. La physionomie est plus éveillée. Fuch... s'exprime avec facilité, soutient bien une conversation; on remarque même chez cette enfant un certain jugement et des attentions délicates pour les personnes attachées au service. Elle se tient à table comme une personne ordinaire; non seulement elle procède à sa toilette, mais elle aide les plus jeunes avec un soin minutieux et en prend toujours quelques-unes sous sa « haute protection ». Elle est très travailleuse de son naturel, a un goût tout particulier pour les soins du ménage, balaie, essuie et lave très bien. — Elle a fait également quelques progrès en classe: elle a appris à lire des mots, à les écrire lisiblement, à compter (addition), à faire le change de la monnaie. L'enfant a de réelles difficultés pour la lecture, nous espérons cependant qu'elle lira couramment à la fin de l'année scolaire. — *En résumé*, progrès notables sous tous les rapports.

1905. — Les progrès que nous étions en droit d'attendre se sont enfin réalisés. Marguerite lit aujourd'hui couramment, suit une dictée du cours élémentaire, connaît l'addition, la soustraction et la multiplication; les leçons de choses attirent particulièrement son attention; elle aime beaucoup faire le change de la monnaie, les différentes commissions des employés, etc. Fuch... jouit de la confiance de tout le monde; elle est très délicate. Elle a toujours beaucoup d'aptitudes pour les soins du ménage et malgré sa petite taille (1 m. 31), l'enfant ne reste jamais inactive. Elle n'aime pas beaucoup la couture, mais elle repasse bien et lave encore mieux.

Cette enfant qui était à son entrée, atteinte d'*imbécillité* avec *rachitisme* très accusé, et nulle en tout, s'est aujourd'hui notablement améliorée.

LXXXII. *Idiotie avec gâtisme.* — Haflig... (Marie), née le 22 août 1900. — A son *entrée* (septembre 1903), la physionomie était sans expression, le regard sans but, l'aspect était débile et maladif. L'enfant ne prononçait que quelques mots: papa, maman, caca, mais n'avait pas conscience de ce qu'elle disait, ne les répétait pas en temps opportun. Elle ne mangeait pas seule, cherchait à mettre les mains dans son assiette, ainsi que dans celles de ses voisines; la mastication était difficile; elle se tenait seule, mais tombait à chaque instant, car elle n'était pas solide sur ses jambes. Elle gâtait nuit et jour, pleurait à chaudes larmes, quand il s'agissait de lui donner les soins de propreté.

*Aujourd'hui*, l'enfant s'est notablement améliorée; la physionomie est plus expressive, le regard doux et vif à la

fois a remplacé son regard vague, un teint frais et clair a succédé progressivement à son aspect débile et souffreteux. Les sentiments affectifs se sont considérablement développés, elle aime beaucoup toutes les personnes attachées au service. Elle est amusante dans ses jeux, elle aime les poupées par-dessus tout, ne cesse de les habiller et de les déshabiller, se dit leur petite maman. Elle essaie de répéter tout ce qu'elle entend, elle parle à propos. Elle mange seule, mastique très bien. Elle est devenue tout à fait propre le jour, elle demande en ces termes: « maman j'ai envie », et va sur les cabinets; la nuit il lui arrive rarement d'uriner au lit. — L'enfant marche maintenant seule, elle trottine partout, monte et descend les escaliers sans l'aide de personne. *Amélioration notable* sous tous les rapports.

1905. — L'enfant suit toujours la même marche vers une *amélioration notable*. La parole s'est encore modifiée depuis l'année dernière et elle est devenue tout à fait propre.

LXXXIII. *Imbécillité avec myopie très prononcée.* — Crespi... (Marguerite), née le 12 octobre 1890, 14 ans. — A l'entrée (juin 1900), la physionomie manquait d'expression, n'annonçait qu'une médiocre intelligence. C... lisait par syllabes, son écriture était lisible, mais mal formée; elle ne faisait que des copies, connaissait à peine l'addition. Elle ne savait rien faire comme ouvrage manuel: couture, repassage, soins du ménage, tout était inconnu pour elle. La mémoire lui faisait souvent défaut. Comme caractère, elle était aussi turbulente que bavarde, se chargeait de distraire ses compagnes pendant les heures de classe. Elle avait aussi de l'*incontinence nocturne d'urine.*

L'enfant, soumise au traitement dès le début, s'est améliorée insensiblement. Ses progrès n'ont pas été très rapides, mais sûrs et constants. Elle lit très bien aujourd'hui, donne à sa lecture une bonne intonation; son écriture est régulière et méthodique; elle apprend la grammaire, la géographie, suit des dictées du cours moyen, connaît les quatre opérations et fait des problèmes de récapitulation sur les quatre règles. Elle fait bien une rédaction, les *leçons de choses* l'intéressent vivement. Il y a chez elle un certain sentiment d'émulation. Elle est très orgueilleuse et fait tout son possible pour arriver la première. Elle s'entend bien dans les soins du ménage, ainsi que pour les ouvrages manuels, travaille bien à l'ouvroir, repasse et lave avec goût et soin, comme du reste tout ce qu'elle fait. Elle a appris à faire la tapisserie, la dentelle, et fait cette dernière admirablement bien.

Comme caractère, elle est devenue serviable, complaisante et surtout beaucoup plus tranquille en classe. Elle n'a plus d'incontinence d'urine. La gymnastique va bien, elle s'efforce même de surpasser ses compagnes.

1905. — Elle continue à progresser soit à l'école, soit dans les divers ateliers. Elle a appris à laver, son ouvrage est toujours soigné. — En classe ses progrès sont satisfaisants. La *myopie* dont elle est atteinte apporte un réel obstacle à certains exercices. Malgré cela, l'enfant a fait d'incontestables progrès sous tous les rapports, et peut être classée aujourd'hui dans la catégorie des *arriérées intellectuelles*.

LXXXIV. *Idiotie.* — GÉHA... (Suzanne), née le 19 août 1898, 7 ans. — Entrée en octobre 1903. Quand cette enfant est venue parmi nous, elle ne marchait pas, ne disait que quelques mots tels que: papa, maman, oui, non. Elle était très lente dans ses mouvements mettait un temps infini pour manger sa soupe. Elle était propre le jour, mais il lui arrivait de gâter la nuit. Le caractère était sombre et taciturne, on aurait dit que l'enfant avait continuellement de gros chagrins. Ne connaissait rien comme classe.

Nous constatons *aujourd'hui* (1904) chez cette enfant des progrès sous bien des rapports. D'abord la parole: elle commença par dire bien des mots, construisit ensuite quelques phrases; de sorte qu'elle tient à présent des conversations avec ses compagnes. Elle marche bien, monte et descend facilement les escaliers, elle qui, au début, avait beaucoup de peine à faire quelques pas. Elle déploie une certaine activité en tout et pour tout. Le caractère est devenu gai et joueur, comme celui d'une enfant ordinaire. Elle est tout à fait propre. C'est surtout sous le rapport de la propreté, de la parole et de la marche que les *progrès* de cette enfant sont sensibles.

1905. — Les progrès continuent, l'enfant s'intéresse principalement à la classe, elle connaît les chiffres et les lettres et commence à les assembler. Elle marche et parle de mieux en mieux. *Amélioration notable.*

LXXXV. *Imbécillité et instabilité mentale.* — CHOQU... (Marie), née le 17 juillet 1892, 12 ans. — A son *entrée* (10 août 1902), l'expression de la physionomie était dure et effrontée, le regard malicieux, elle parlait bien, mais rien n'était suivi dans son langage; en un mot elle était tout à fait incohérente. Le caractère était irritable à l'excès; taquine au possible, elle était aussi très méchante, prenant plaisir à faire pleurer les enfants inoffensives. Elle exigeait une surveillance

de tous les instants. Elle était aussi très menteuse et soutenait le *mensonge* avec impudence. Elle était nulle pour la classe, ne connaissait ni lettres, ni chiffres, ne traçait pas une lettre; on avait toute la peine du monde à la maintenir en place. Malgré toutes ces difficultés un changement notable s'est opéré en elle.

*Aujourd'hui* (1904), le regard est plus doux, malgré l'expression de la physionomie qui conserve encore un air hardi; le caractère est irritable, mais elle n'est plus aussi turbulente, ni aussi méchante, s'accorde bien avec ses compagnes. Elle est très serviable, les sentiments affectifs se sont énormément développés, de là beaucoup plus d'obéissance et de soumission. Nous ajoutons ici que c'est un des sentiments les plus importants à conquérir chez nos malades, pour obtenir un réel résultat au point de vue pédagogique; c'est la pierre de touche du développement intellectuel. — Elle aime faire le ménage, se rend utile dans les différents travaux de la maison; elle est très propre et très minutieuse dans tout ce qu'elle fait.

En classe, ses progrès ont été lents parce qu'elle a séjourné plusieurs années à l'infirmerie (teigne), mais l'enfant se voyant en retard a redoublé de courage et de bonne volonté. Elle lit couramment, fait des copies, connaît l'addition et la soustraction. — Elle travaille bien dans les ateliers; coud assez bien; lave et repasse comme une grande personne. Il fallait à cette nature qui paraissait indomptable, de l'affection et beaucoup d'exercices corporels.

1905. — Les progrès sont lents, mais continus. En classe elle a appris à faire des dictées, à rédiger une lettre pour sa famille et enfin la multiplication qu'elle ne faisait pas l'année dernière. Comme caractère, elle est tour à tour bruyante et tapageuse, calme et tranquille. Si elle se trouve avec une personne qu'elle affectionne beaucoup, elle est sage, soumise et polie, de même qu'elle devient dissipée, indocile et malhonnête avec une personne qui ne lui manifeste aucune amitié. Elle a toujours beaucoup d'aptitudes pour les ouvrages ménagers et travaille bien dans tous les ateliers. Elle fait admirablement bien la gymnastique. Nous ne pouvons qu'ajouter que cette enfant, malgré son instabilité, *s'est améliorée notablement sous tous les rapports.*

LXXXVI. Motte... (Andrée), née le 18 février 1891, 13 ans. A son entrée (26 août 1899), la physionomie manquait d'expression, son air était hébété; elle parlait très peu, sa voix était nasillarde; elle mangeait seule, mais ne se servait que de la cuiller; elle ne gâtait pas, mais ne savait se donner

aucun soin de propreté; il fallait l'aider à s'habiller et à se déshabiller; rien chez cette enfant n'annonçait l'intelligence. Toutes les branches de l'enseignement lui étaient totalement inconnues.

*Aujourd'hui* (1904), l'enfant s'est notablement améliorée. La physionomie s'est éveillée, le regard est devenu vif, elle s'exprime avec facilité, sa voix est beaucoup plus claire, elle aime à fredonner quelques chansons. Elle met beaucoup d'entrain dans tout ce qu'elle fait; elle se donne les soins de toilette nécesssaires, aide au ménage, aime à se rendre utile; c'est un plaisir pour elle d'aider à habiller et à déshabiller les petites gâteuses.

L'enfant a eu beaucoup de retard pour la classe, à cause des longs séjours qu'elle a faits à l'infirmerie pour des *bronchites*, mais, depuis quelque temps, sa santé est meilleure, elle suit régulièrement la classe et y met toute son attention; elle écrit lisiblement, assemble les lettres, commence à compter et récite quelques fables. A l'ouvroir ses progrès ne sont pas moins rapides, elle commence à faire des ourlets; on la voit souvent aux récréations confectionner des effets pour sa poupée. — Elle participe à tous les exercices de la grande gymnastique.

En somme l'enfant est en bonne voie d'*amélioration* et ses progrès méritent d'être mentionnés.

1905. — Les progrès chez cette enfant sont lents en toutes choses. Elle met beaucoup de bonne volonté pour tout, mais elle a peu de facilité; néanmoins nous espérons que sa lecture sera courante à la fin de l'année. *Amélioration.*

LXXXVII. *Idiotie complète, hydrocéphalie, cécité.* — Dur... (Marthe), née le 20 octobre 1899, 5 ans. — *Entrée* en 1903. La physionomie n'annonçait pas d'intelligence, elle ne parlait pas, ne marchait pas, ne mangeait pas seule, ne savait pas tenir sa cuiller et barbotait dans les assiettes voisines. Elle gâtait nuit et jour, poussait des cris perçants aussitôt qu'on la nettoyait, caractère capricieux et volontaire.

*Aujourd'hui* (1904), l'ensemble de la physionomie est beaucoup plus éveillé; elle parle très bien et sans aucun défaut de prononciation. Comme beaucoup d'enfants aveugles, elle retient les airs de chansons avec une facilité étonnante. Elle marche très bien seule, monte et descend les escaliers tout en s'appuyant à la rampe; se déshabille et s'habille seule. Elle se sert de la cuiller et mange proprement. Elle est très propre le jour, va d'elle-même aux cabinets; il lui arrive rarement de gâter la nuit. Elle joue avec ses petites compagnes, recon-

naît les personnes au parler, à la marche. La sensibilité tactile est aussi très développée. Elle est affectueuse, aime à être caressée. — *Amélioration notable.*

1905. — Notre jeune malade continue à s'améliorer, la sensibilité tactile est toujours très développée. Elle marche et parle de mieux en mieux, le gâtisme a complètement disparu. — Nous pouvons dire hautement que cette enfant s'est *notablement améliorée* sous le rapport de la parole, de la marche, de l'alimentation et du gâtisme.

LXXXVIII. *Idiotie, épilepsie, gâtisme.* — Labad... (Henriette), 4 ans, née le 4 juin 1898. — A son *entrée* (septembre 1903), la physionomie était agréable, mais sans expression, le regard vague et sans but. Elle ne prononçait que quelques syllabes: pipi, bobo, lolo. Elle se tenait seule et faisait quelques pas, mais ses *vertiges* et ses *secousses* qui étaient en très grand nombre la faisaient tomber maintes et maintes fois; de sorte que l'enfant hésitait pour faire quelques pas. Néanmoins elle était d'une turbulence dont rien n'approche, elle sautait par-dessus les barres de son lit, grimpait partout, on était obligé de l'attacher presque continuellement pour éviter des accidents. Elle était si brouillon qu'elle ne prenait même pas le temps de s'alimenter, mangeait seule, mais renversait ses aliments partout. Elle gâtait nuit et jour. Rien ne faisait présager chez elle de grands résultats.

Sous l'influence du traitement, un changement merveilleux pour ainsi dire s'est opéré chez cette enfant (1904). Ses vertiges ont totalement disparu, grâce aux capsules de *bromure de camphre* (Dr Clin); de là, un grand développement physique et intellectuel. L'expression de la physionomie est très mobile, elle a toujours un air futé et malicieux, répète tout ce qu'elle entend, connaît les enfants et les personnes de son entourage. Elle marche très bien, court partout. Elle est gaie et joueuse, aime beaucoup la balançoire-tremplin, ne voudrait jamais céder la place à ses compagnes. Elle s'habille et se déshabille seule, aime à être débarbouillée, essaie même de le faire, conserve bien ses effets, l'enfant a toujours un air propret. Elle mange sans jamais se salir. Elle est très propre le jour, la nuit il lui arrive quelquefois d'uriner au lit. — Elle commence à s'habituer en classe, essaie même de faire quelques bâtons sur l'ardoise. — *Amélioration notable.*

1905. — Progrès peu marqués depuis un an; l'enfant est fort distraite en classe, songe plutôt à s'amuser et bavarde beaucoup avec ses voisines. Elle connaît les légumes contenus dans les tiroirs des leçons de choses, ainsi que les principales céréales; connaît quelques lettres et quelques chiffres. Elle

aime beaucoup la gymnastique, cet exercice l'amuse et l'intéresse. — Légère amélioration depuis l'année dernière.

LXXXIX. Daw... (Louise), née le 30 juin 1893, 10 ans, entrée à la Fondation, en juin 1900, atteinte d'*imbécillité prononcée*, avec *perversions instinctives*, avec *gâtisme* et *onanisme*. L'enfant n'avait aucune stabilité, elle était nulle en classe, rien ne l'intéressait. On ne pouvait attendre d'elle que des résultats fort médiocres. Nous constatons cependant aujourd'hui (1902) une amélioration très notable, sous tous les rapports.

D'abord l'enfant est devenue tout à fait *propre*, procède minutieusement aux soins de sa toilette; il n'existe plus aucune mauvaise habitude chez elle. Elle est actuellement très douce et très affectueuse, elle se rend utile dans les soins du ménage et n'est pas du tout maladroite. Elle s'occupe même des plus jeunes, prend plaisir à leur donner les soins de toilette; si l'enfant continue ainsi, on pourra faire d'elle une bonne ménagère.

Les progrès pour la classe n'ont pas été moins rapides. En moins de trois ans, cette enfant a appris à écrire, à faire quelques devoirs de grammaire, elle connaît les deux premières opérations de l'arithmétique et lit presque couramment. Elle suit avec facilité tous les exercices de gymnastique et commence bien à coudre, ainsi qu'à repasser.

1905. — Cette enfant dont les progrès n'ont pas été mentionnés depuis 1902, mérite actuellement d'être de nouveau signalée. Aujourd'hui elle lit couramment, suit les dictées ordinaires, a appris la multiplication et ébauche imparfaitement la division; apprend les premières notions de géographie et de grammaire. Elle a donc fait des progrès notables au point de vue scolaire.

Le caractère de l'enfant est agréable; elle est serviable dans la mesure du possible, pas méchante avec ses compagnes, ne s'emporte jamais, elle est toujours polie avec tout le monde. Elle joue et s'amuse comme une enfant ordinaire, n'aime pas les jeux bruyants. Elle se rend utile dans les différents travaux du ménage. Elle a fait des progrès notables en couture, elle repasse soigneusement et lave avec beaucoup de goût. — Elle fait bien la gymnastique et là comme ailleurs, elle a fait beaucoup de progrès. — En résumé cette enfant pourrait être classée aujourd'hui dans la catégorie des *simples arriérées intellectuelles*.

Nous terminons ces notes en y ajoutant des notices sur des enfants qui se sont particulièrement améliorées et qui, pour

cette raison, ont été présentées au Congrès de Rennes (août 1905).

XC. GUILLAU... (Laure), née le 12 avril 1891, entrée en avril 1891, atteinte d'*imbécillité prononcée* avec *perversions instinctives*. — Cette enfant causait, mais ne pouvait répondre exactement aux questions qui lui étaient posées. Elle était très craintive, restait inerte, sa mémoire paraissait très faible; elle était nulle pour la classe. Elle était très gâteuse la nuit et avait une tendance très prononcée pour l'onanisme.

Malgré tous ces obstacles, nous constatons une amélioration notable chez cette enfant. *Actuellement*, elle lit par syllabes, écrit très lisiblement, fait une copie, ainsi que l'addition et la soustraction.

Le caractère est totalement changé, l'enfant est devenue plus enjouée, affectueuse, parle même beaucoup, tient conversation, s'amuse aux récréations comme le ferait une enfant ordinaire. Ajoutons aussi que l'enfant est devenue tout à fait *propre;* elle se tient bien, se suffit à elle-même et ses mauvaises habitudes ont complètement disparu (1901).

1905. — Cette enfant, dont les progrès n'ont pas été signalés depuis 1901, mérite actuellement d'être de nouveau mentionnée.

*Aujourd'hui*, elle lit couramment, donne à sa lecture une bonne intonation, elle suit une petite dictée, fait des devoirs variés, apprend la géographie, la grammaire, quelques fables, connaît enfin les quatre opérations de l'arithmétique. Elle a donc fait des progrès sensibles au point de vue scolaire.

Pour ce qui concerne les soins du ménage, l'enfant a beaucoup d'aptitudes: elle balaie, lave, met la table et fait la vaisselle comme une grande personne et sans perdre un moment, pourvu qu'elle soit bien dirigée dans son travail. Elle est très attachée au personnel et aime bien rendre service.

Sa conversation est assez intéressante, elle est gaie et très ouverte, elle qui autrefois parlait à peine. Elle n'est pas maladroite pour les ouvrages manuels: couture, repassage, buanderie, elle met de la bonne volonté partout où elle travaille. — Elle fait bien la gymnastique.

*En résumé*, nous pouvons classer aujourd'hui notre élève dans la catégorie des *simples arriérées*.

XCI. DELOM... (Andrée), née le 4 juillet 1892, 8 ans, est entrée à la Fondation en septembre 1899, atteinte d'*imbécillité prononcée*. Elle causait bien, l'expression de sa physionomie était mobile. Del... n'avait aucune notion pour tout ce qui concerne l'enseignement. Elle ne prêtait aucune attention à ce

qui lui était enseigné, le jeu lui tenait lieu de toute autre occupation.

Nous constatons *aujourd'hui* (1900) de réels progrès, sous le rapport classique. Elle *lit* presque couramment, son *écriture* est très lisible et bien formée; elle connaît les deux premières opérations de l'arithmétique. Elle s'exprime très facilement, elle raisonne bien, prend un air futé et malin quand elle tient conversation.

Le *caractère* s'améliore également, elle n'est pas méchante, aime à rendre service, elle est très empressée quand on lui donne un emploi quelconque. Elle a beaucoup de dispositions pour la *couture;* l'enfant quoique bien petite et bien jeune coud admirablement bien pour son âge. Elle travaille aux robes, aux tabliers; elle cherche toujours à dépasser ses compagnes; il est à remarquer que cette enfant ne savait même pas tenir une aiguille à son entrée. — Elle suit la *gymnastique* des grandes avec facilité et exécute bien tous les mouvements.

1905. — Sa lecture est maintenant très courante; elle y donne une bonne intonation. Elle suit une dictée du cours moyen, rédige une rédaction, connaît les quatre opérations de l'arithmétique. La classe ne rentrerait pas tout à fait dans ses aptitudes; cependant elle y met de la bonne volonté. Andrée a beaucoup d'amour-propre et ne voudrait pas être en retard sur ses compagnes. Comme caractère, elle ne laisse rien à désirer; elle tient bien compte des observations qui lui sont faites, elle est obéissante, polie avec le personnel, bonne avec ses compagnes. C'est en un mot une enfant calme et tranquille, franche, ouverte et affectueuse à la fois. Elle a beaucoup de dispositions pour les soins du ménage et les ouvrages manuels, est très propre et très soigneuse dans tout ce qu'elle fait. Elle est habile à la couture, c'est une des meilleures ouvrières de l'ouvroir. Elle repasse avec goût et lave. — La *gymnastique* ne le cède en rien aux ouvrages manuels, elle exécute les mouvements avec une facilité étonnante. Elle est première en gymnastique. — Cette enfant atteinte d'*imbécillité prononcée* à son entrée, rentre aujourd'hui dans la catégorie des *simples arriérées.*

XCII. Gaueh... (Germaine, née le 25 avril 1890, 9 ans, est entrée en décembre 1892, atteinte d'*idiotie.* A son arrivée, *elle ne marchait pas,* ne parlait pas, *gâtait* nuit et jour. *Aujourd'hui* (1899), l'enfant parle et sait soutenir une conversation comme les enfants de son âge. Elle a appris à marcher seule, la marche est bonne, elle court, saute à la corde, monte et descend facilement les escaliers: elle exécute même très bien tous les mouvements de la gymnastique des échelles et des

ressorts. En classe, elle lit presque couramment, fait de petites copies assez lisibles, reconnaît les différentes parties de son corps et de ses vêtements et sait les désigner par leur nom, elle reconnaît tout ce qui est contenu dans les boîtes aux leçons de choses, distingue très bien les couleurs, elle compte assez bien et commence à faire de petites additions orales. Sa tenue est bonne, l'enfant s'habille et se déshabille seule.

1900. — Germaine, dont nous signalions les progrès l'année dernière, continue à s'améliorer.

Parole, marche, nulles au début; gâtisme complet, cette enfant avance très rapidement en toutes choses, mais surtout au point de vue classique. Elle écrit lisiblement, ses lettres sont bien formées; elle suit une dictée du cours élémentaire. Elle connaît les trois premières opérations de l'arithmétique; lit couramment et donne à sa lecture une bonne intonation.

Son *caractère* a subi la même transformation, cette enfant raisonne bien, se rend compte de tout et paraît avoir un certain jugement. On prend plaisir à entendre ses conversations, elle aime bien qu'on l'écoute et qu'on s'occupe d'elle. Elle est du reste caressante, affectueuse, polie et prévenante envers le personnel. Elle possède même une certaine délicatesse de sentiment, ce qui se voit assez rarement chez nos enfants.

Elle a fait des progrès en *couture*, elle tient bien son aiguille, fait des ourlets. Elle suit la grande *gymnastique* et y apporte une attention soutenue. Le sentiment d'émulation est très développé chez elle.

1905. — Nous faisons d'abord remarquer que cette enfant, atteinte en plus d'épilepsie, a été traitée aux *capsules de bromure de camphre* pendant plusieurs années. Depuis 1900, elle n'a eu ni vertiges, ni accès. En outre, cette enfant a eu de la conjonctivite et de la blépharite pendant plusieurs années, ce qui l'a retardée au point de vue scolaire principalement. Malgré cet état maladif, l'enfant s'est énormément développée, soit au point de vue physique, soit au point de vue intellectuel. Sa lecture est aujourd'hui très bonne, elle connaît les quatre opérations de l'arithmétique, suit une dictée du cours moyen, s'intéresse beaucoup aux leçons de choses, fait des devoirs variés de grammaire et de géographie, son écriture est lisible, mais peu régulière. — Comme *caractère* l'enfant ne laisse rien à désirer, elle est toujours polie et convenable, s'entend bien avec toutes ses compagnes, s'attache beaucoup aux plus jeunes et les nettoie comme une grande personne. Elle aime beaucoup les soins du ménage.

*En résumé*, cette enfant, autrefois *idiote*, *gâteuse* et *épi-*

*leptique* rentre aujourd'hui dans la catégorie des simples *arriérées.*

1905 (déc.). — Germaine, partie en congé d'essai depuis le mois d'octobre, se comporte admirablement bien. Elle est raisonnable, sérieuse et réfléchie pour son âge; apprend le métier de *brodeuse;* sa maman nous dit elle-même que Germaine possède des aptitudes qu'elle ne lui soupçonnait pas. Elle a beaucoup de goût pour son travail et pourra devenir une bonne ouvrière. Cette enfant est donc rendue à la société et à sa famille et pourra gagner honorablement sa vie d'ici peu.

XCIII. *Imbécillité prononcée et épilepsie.* — TRAVAIL... (Georgette), née le 3 août 1896, 5 ans, en 1901. — A son entrée le 18 mars 1901, elle présentait un aspect chétif, sa physionomie était empreinte d'un air triste et maussade, le regard sans vivacité, le teint jaunâtre. La parole était lente, la voix faible, son caractère était maussade et acariâtre. Elle ne pouvait supporter le voisinage de ses compagnes et pleurait souvent sans motif. Elle ne fixait son attention sur aucune chose usuelle; un seul point l'intéressait, c'était sa toilette. Elle était lente dans sa marche et dans ses mouvements. En classe, elle ne connaissait aucune lettre et paraissait insouciante de s'instruire.

Mise aussitôt en traitement, elle commençait à s'améliorer, devenait plus gaie, parlait avec moins de lenteur et s'exprimait avec facilité, répondait à ce qu'on lui demandait, commençait à s'habiller et à se déshabiller seule, s'intéressait beaucoup à la gymnastique. Telle était l'enfant au mois de septembre 1901 (la même année de son entrée), quand une maladie lui survint, maladie qui nécessita un long séjour à l'infirmerie. Ce n'est qu'en juin 1903 que l'enfant revint en classe. A partir de cette époque elle se remit aux différents exercices, ses forces revinrent peu à peu ainsi que la gaieté. Elle prit goût à l'étude. L'enfant qui ne connaissait pas ses lettres est parvenue à lire couramment, elle écrit très lisiblement, fait des copies, apprend la grammaire, récite des fables et sait faire des additions et des soustractions. Elle est fière d'avoir acquis toutes ces connaissances et apporte à tout beaucoup d'attention, les leçons de choses l'intéressent également. Ses progrès en classe sont satisfaisants.

Elle n'est plus ni triste, ni maussade, elle est devenue gaie et vive. Elle prend part à tous les jeux de ses compagnes. Elle est affectueuse, a fait de grands progrès en gymnastique, commence à coudre, habille ses poupées, s'habille et se déshabille elle-même, procède entièrement à ses soins de toilette. La parole, autrefois lente, est maintenant très vive. Elle parle

beaucoup, raisonne bien et s'exprime de même. La physionomie est éveillée et intelligente, le regard vif et futé. Le teint est rosé. *Amélioration notable* au point de vue physique et au point de vue intellectuel.

1905 *(juillet).* — Travail... continue à se développer sous tous les rapports. Elle raisonne bien, s'exprime de mieux en mieux et sait s'attirer l'affection de tout le monde. Elle s'intéresse beaucoup à tous les exercices classiques: très orgueilleuse de son naturel, elle tâche de dépasser ses compagnes. Le sentiment d'émulation est très développé chez cette enfant. Aujourd'hui, elle suit une dictée élémentaire, fait quelques devoirs de grammaire et de géographie, commence la multiplication. Elle commence à *coudre* et suit avec facilité tous les exercices de la *gymnastique.* — *Amélioration notable.*

*Décembre.* — Les progrès de cette enfant sont toujours satisfaisants.

XCIV. MANI... (Alphonsine), née le 7 décembre 1897, 7 ans 1/2, entrée en juillet 1903. *Imbécillité prononcée, avec turbulence, violences, onanisme, perversion des instincts.*

1904. — Pour toutes ces causes, elle avait été renvoyée de plusieurs écoles. La physionomie était peu expressive, le regard sournois, les yeux cernés et le visage pâle. En outre, elle présentait de nombreuses anomalies, telles que *balancements* de son corps et de sa tête de droite et de gauche. Pour satisfaire cette manie, elle s'asseyait par terre ou sur un banc, le dos appuyé contre un mur et tâchait de ne pas être vue. Parfois elle avait des moments d'*excitation nerveuse* et se livrait à des jeux désordonnés et excentriques, elle battait et taquinait ses compagnes, touchait à tout, aimait à détruire. Aucun sentiment d'affectivité. Elle parlait peu, son vocabulaire ne s'étendait guère qu'en mensonges ou paroles grossières. Indifférente à tout, ni réprimandes, ni paroles affectueuses, rien ne la touchait. Aucun goût, ni aucune aptitude pour l'étude; en plus, elle avait encore de l'*incontinence nocturne d'urine.*

Sous l'influence du traitement, une véritable transformation s'est opérée chez cette enfant. Elle commença à prendre du goût à l'étude; son attention, qui paraissait nulle, s'éveilla, et elle ne tarda pas à connaître ses lettres, puis à syllaber et parvint à lire couramment à la fin de l'année scolaire 1904.

*Actuellement* (1904), elle essaie de donner à sa lecture une bonne intonation. Voit-elle un livre, un papier écrit ou imprimé, vite elle s'empresse d'en faire la lecture. Lecture et écriture ont marché de pair. Elle fait de petites dictées, apprend la grammaire, récite des fables et s'intéresse beaucoup aux leçons

de choses. Quant au calcul, elle a plus de difficultés. Elle ne sait faire que des additions sans retenue; mais c'est là un petit obstacle que l'enfant surmontera sans doute, car elle y met toute sa bonne volonté; elle est d'ailleurs très studieuse. En somme, ses progrès en classe ont été rapides.

Cette enfant, qui paraissait si indifférente, s'intéresse à tout maintenant, cherche à comprendre. Au retour de ses promenades, elle raconte ce qu'elle a vu, et ses réflexions sont celles d'une enfant de son âge. En même temps qu'elle se développait intellectuellement, ses *mauvais instincts* et ses *manies ont disparu*, elle ne dit plus de grossièretés. Son caractère, autrefois sombre et sournois, est devenu gai. Elle paraît très affectée si on lui fait une réprimande et très joyeuse si on lui fait un compliment. Elle ne bat plus ses compagnes, est très affectueuse pour elles, pour le personnel et pour ses parents. Ses désordres pathologiques ont disparu; elle n'a plus de périodes d'excitation, plus de balancements, plus d'incontinence nocturne et plus d'onanisme.

Sa physionomie est maintenant timide et intelligente, le regard vif et doux, le teint légèrement coloré. L'enfant est donc en très bonne voie d'amélioration.

1905 (juillet). — L'amélioration constatée chez cette malade en 1904 continue. Mais elle a besoin d'une surveillance continuelle, ses désordres pathologiques, décrits dans la note précédente, reprendraient vite le dessus, si l'on n'y prêtait attention. Elle est encore très turbulente, mais très sensible aux réprimandes et très joyeuse si on lui dit une parole d'encouragement. Les sentiments affectifs s'étant développés, l'enfant est devenue plus obéissante et beaucoup plus douce. Répétons en passant que l'affection est un sentiment qu'il faut chercher à conquérir chez nos malades pour obtenir un réel développement intellectuel. Elle s'intéresse toujours en classe, suit une petite dictée, malgré ses difficultés pour le calcul, elle a appris l'addition et la soustraction. Elle commence à coudre et fait bien la gymnastique. Amélioration.

*Décembre.* — Les progrès scolaires continuent, Mani... a une prédisposition naturelle pour l'orthographe, *tandis qu'elle a de réelles difficultés pour le calcul*, commence à faire la multiplication, s'intéresse beaucoup aux leçons de choses.

Encore une malade qui peut actuellement être classée dans la catégorie des *simples arriérées intellectuelles.*

XCV. Wei... (Suzanne), née le 2 décembre 1893, entrée à la Fondation en mai 1897, à l'âge de 4 ans, atteinte d'*idiotie profonde*, compliquée de rachitisme. Cette enfant était gâteuse nuit et jour, ne marchait pas, parlait à peine, ne pouvait ni

s'habiller, ni se déshabiller; en un mot, elle était incapable de se donner le moindre soin.

Le caractère de l'enfant était détestable, toujours grognon, de mauvaise humeur, indifférente à tout. Rien ne faisait présager de grands résultats, lorsqu'une vraie métamorphose s'est opérée en elle. Un développement autant physique qu'intellectuel s'est produit en peu de temps. La marche et la parole ont été très rapides; le gâtisme a completement disparu; l'enfant se donne elle-même tous les soins de toilette nécessaires, se suffit à elle-même. — Le caractère s'est également très amélioré; elle est devenue gaie, joueuse, et apporte beaucoup d'activité en tout et partout.

Pour la classe, l'enfant n'est pas avancée. Ceci provient de ce qu'elle a séjourné un certain laps de temps à l'isolement *(teigne)*. Mais à l'heure actuelle, elle est en bonne voie d'amélioration. Elle aime l'école, connaît les lettres, les chiffres et commence à écrire. Ses progrès n'ont pas été moins rapides, pour la *couture* et pour la *gymnastique*. *Aujourd'hui* (1901), l'enfant commence à travailler aux robes et aux tabliers et suit avec facilité la grande gymnastique.

1905 *(juillet)*. — Cette enfant a fait des progrès très notables surtout au point de vue classique. Elle lit couramment, commence à faire des dictées, connaît l'addition et la soustraction, s'intéresse beaucoup aux leçons de choses et à tout ce qui est enseigné. — Le caractère de notre malade serait peu patient, mais elle est gaie au possible toujours très joueuse; elle met beaucoup d'entrain dans ses jeux. Elle est très agile pour courir avec ses compagnes, fait de grandes promenades sans fatigue, elle qui, à l'âge de 4 ans, ne pouvait même pas se tenir debout.

Un changement merveilleux s'est opéré chez elle sous tous les rapports. Elle s'exprime avec une grande facilité, tient bien une conversation, a un bon raisonnement, elle a même des réparties spirituelles, relativement à son âge. Elle s'entend bien dans les soins du ménage, ainsi que pour les ouvrages manuels. Elle travaille dans tous les ateliers, mais préférerait la buanderie. Cette occupation rentre tout à fait dans son élément: l'enfant aime tout travail qui exige un certain développement de force. Elle est très leste et très agile pour la gymnastique. Cette enfant, au début *idiote*, *gâteuse* et *rachitique*, peut être classée aujourd'hui dans la catégorie des *arriérées intellectuelles*.

*Décembre*. — Les progrès continuent, ils sont sensibles au point de vue classique, l'orthographe se modifie. Elle commence à faire des rédactions, écrit et rédige elle-même ses lettres. — Le caractère est brusque mais non méchant. —

Elle prend un soin tout particulier de sa personne. En résumé les progrès s'accentuent partout.

XCVI. ROBER... (Marcelle), née le 24 décembre 1895, 5 ans. *Idiotie profonde, paralysie,* onanisme, incontinence d'urine. *A son entrée* (27 janvier 1901), à l'âge de 5 ans, elle offrait un aspect maladif. La physionomie était sans expression et n'inspirait que la pitié, le regard était triste et morne, le teint pâle. La parole était défectueuse, elle avait un défaut de prononciation (bégaiement), elle parlait peu, ne se servait que de mots pour désigner un objet quelconque, n'employait pas le verbe, ainsi au lieu de dire: « Donne-moi mes souliers », elle les désignait d'un geste en disant: mes souliers. Il en était ainsi pour tout ce qu'elle demandait. Vu sa paralysie, la marche était nulle, elle ne se tenait debout que sur le pied gauche tout en la maintenant assez fortement, ne pouvait rester longtemps dans cette position. Elle était triste, pleurait pendant des heures entières sans motif déterminé; très entêtée, elle ne cédait jamais. En classe elle n'avait aucune connaissance, voire même aucune aptitude.

1903-1904. — L'enfant a fait de réels progrès au point de vue physique et intellectuel. (*Fig. 54, 55, 56, 57, 58 et 59.*) La physionomie est *maintenant* éveillée, le regard expressif. Elle n'a plus de défaut de prononciation, ni de bégaiement. Elle construit des phrases et sait tenir une petite conversation; répond directement à ce qu'on lui demande. Elle marche bien, tout en traînant sa jambe malade, ce qui ne l'empêche pas de courir, de sauter, de monter et de descendre les escaliers. Elle aime beaucoup jouer à la corde; elle est vive et gaie.

En classe, ce n'est que dans le courant de cette année 1904 qu'elle a commencé à fixer son attention sur ce qui lui était enseigné. Elle a appris à connaître ses lettres, à syllaber et maintenant lit presque couramment. Elle sait écrire et faire des copies, elle commence à compter. Elle se prête volontiers aux exercices de la gymnastique. Elle est propre nuit et jour et n'a plus d'onanisme. — Cette enfant qui, à son entrée, était atteinte d'*idiotie* peut compter maintenant parmi les enfants simplement *arriérées,* par rapport à son âge naturellement.

1905. — *Nous n'ajoutons à la note de cette enfant que quelques mots.* — Elle est toujours en bonne voie d'amélioration, soit au point de vue physique, soit au point de vue intellectuel, comme l'indiquent du reste ses *photographies* et son *cahier mensuel.*

L'enfant a bon caractère; pas un brin méchante, elle a toujours le sourire sur les lèvres; elle est très affectueuse pour les




*Fig. 54.* — Robe... à 5 ans (1901.)

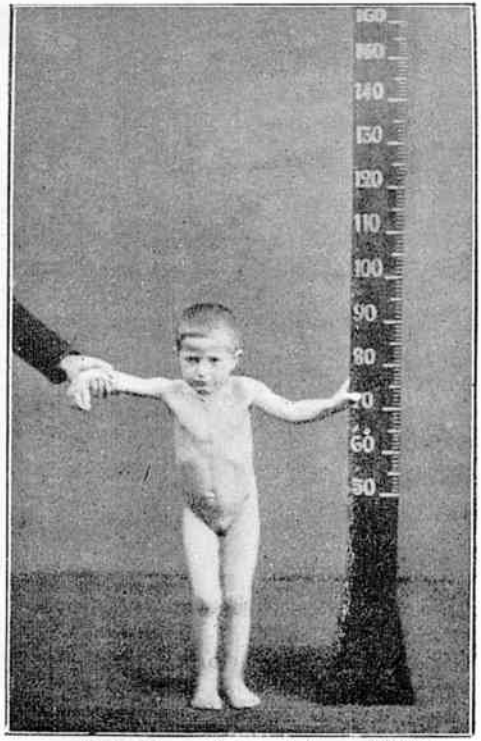



*Fig. 55.* — Robe... à 5 ans (1901.)




*Fig. 56.* — Robe... à 8 ans (1903 )




*Fig. 57.* — Robe... à 10 ans (1905.)

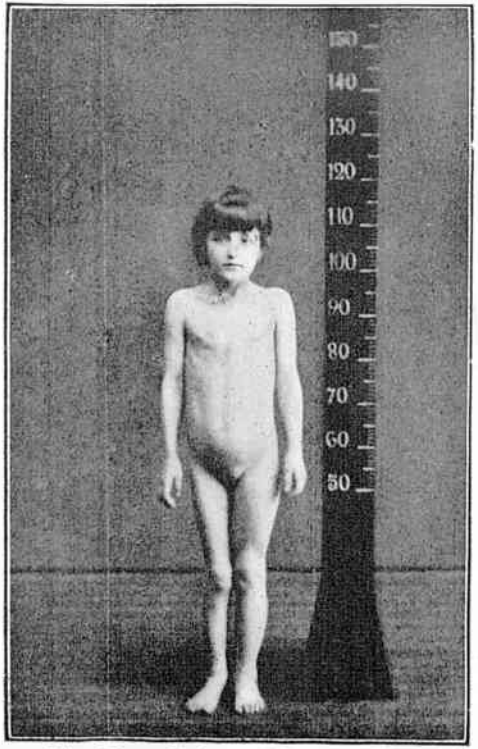



*Fig. 58.* — Robe... à 10 ans (1905.

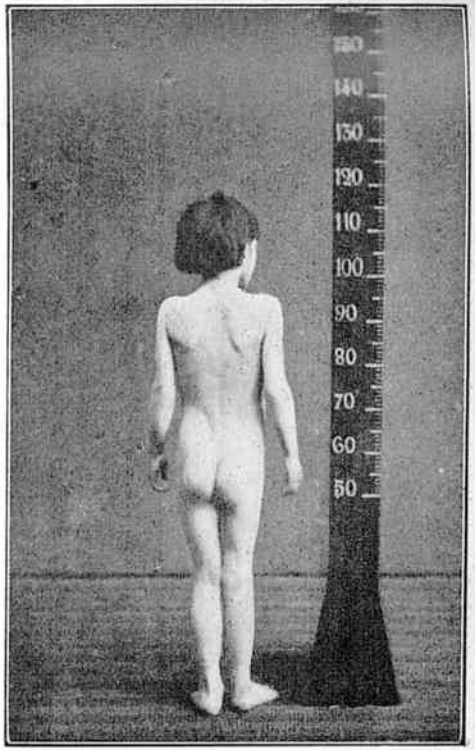



*Fig. 59.* — Robe... à 10 ans (1905).

personnes qui l'entourent. Elle est très propre, sa tenue ne laisse rien à désirer. Elle est très attentive en classe, s'intéresse à tout; on voit qu'elle est désireuse d'apprendre. Elle lit très couramment, fait des copies, connaît l'addition et commence la soustraction. *Amélioration notable.*

*Décembre.* — Cet enfant continue de s'améliorer sous tous les rapports. En classe, elle porte beaucoup d'attention sur tout ce qui est enseigné. Elle lit couramment, connaît l'addition, la soustraction et la multiplication. Elle apprend la grammaire et fait de petites dictées. Elle est heureuse lorsqu'après lui avoir donné une explication quelconque elle a pu la comprendre; son visage devient alors tout souriant, dans le cas contraire, elle se met à pleurer. Elle a une certaine difficulté pour apprendre relativement à son âge, mais elle a aussi une réelle bonne volonté. Elle est très affectueuse et reconnaissante, douée d'une extrême douceur; très sensible et craintive. Elle cherche à se rendre utile, fait son lit, ainsi que ceux de ses compagnes qui ne peuvent le faire et sait se donner les soins de toilette. — Elle aime la *gymnastique* et malgré son infirmité, elle aime se donner de l'exercice. *Amélioration.*

XCVII. Lefebv... (Marguerite), née le 3 septembre 1893, 3 ans à son entrée à la Fondation en 1896, atteinte d'*idiotie* et d'*épilepsie*. Elle parlait peu, mais n'avait pas de défaut de prononciation. Elle gâtait nuit et jour, ne s'aidait en rien, restait immobile quand il s'agissait de l'habiller et de la déshabiller. Elle était presque toujours grognon, un rien la faisait pleurer, elle restait indifférente à tout. Ses accès et vertiges survenaient par séries et étaient assez nombreux. L'enfant, traitée par le *bromure de camphre*, s'est beaucoup améliorée. Elle tombe de plus en plus rarement; il en résulte un développement très sensible. Son caractère s'est beaucoup modifié, elle n'est plus susceptible et maussade comme au début. Elle est devenue gaie, joueuse, active (1). Elle est propre nuit et jour, se donne tous les soins nécessaires.

Les progrès au point de vue scolaire n'ont pas été moins rapides; elle lit par syllabes, son écriture est lisible et bien formée. Elle fait des devoirs de grammaire, connaît l'addition, commence à coudre et suit la gymnastique avec facilité.

1904 (11 ans). — Lefebv... continue à s'améliorer à tous les points de vue. Elle travaille bien en classe, y met beaucoup de bonne volonté, de sorte que sa lecture est très courante, son écriture lisible et méthodique. Elle apprend la grammaire, les premiers éléments de la géographie, suit les dic-

tées du cours moyen, connaît les quatre opérations de l'arithmétique; en somme, elle est en bonne voie d'amélioration.

Au point de vue du caractère, l'enfant est tout à fait gentillette, pas un brin méchante. D'abord elle est toujours polie, très affectueuse et très attachée au personnel; elle est très complaisante et serviable, fait tout pour faire plaisir. Elle sait aussi se faire aimer de toutes ses compagnes, qui la réclament dans leurs diverses occupations. Elle sait mettre la paix quand il y a une dispute, de même que c'est elle qui organise les jeux. Avec un certain nombre de ses compagnes, aux heures de récréation, elle forme un petit groupe: c'est pour confectionner les effets de leurs poupées. Marguerite s'y entend très bien, c'est elle qui taille les robes, les jupons, les corsages et les fait passer tour à tour à ses compagnes: toutes sont heureuses de travailler sous sa direction.

D'après ces quelques détails, il est facile de voir que l'enfant a fait de notables progrès. En couture, elle travaille aux robes et aux tabliers. Elle repasse bien pour son âge; la buanderie ne le cède en rien aux autres ateliers. Marguerite est à la fois bonne élève et sérieuse apprentie. Elle fait très bien la gymnastique et est très souple dans ses mouvements.

Elle n'a pas eu d'accidents épileptiques depuis juillet 1902; de là le développement physique et intellectuel que nous constatons. — A son entrée elle était atteinte d'*idiotie avec gâtisme* et *épilepsie; aujourd'hui* nous pouvons la placer au nombre des enfants atteintes simplement d'*arriération intellectuelle.*

| | | |
|---|---|---|
| Lefebv... (Marguerite) est entrée en juillet 1896. | | |
| De là au 31 juillet, elle a eu 1 accès et 6 vertiges. | | |
| En 1897. . . . . | 3 accès | 15 vertiges. |
| En 1898. . . . . | 9 accès | 49 vertiges. |
| En 1899. . . . . | 23 accès | 96 vertiges. |
| En 1900. . . . . | 16 accès | 78 vertiges |
| En 1901. . . . . | 5 accès | 15 vertiges. |
| En 1902. . . . . | 4 accès | pas de vertige. |

*Elle n'a eu, nous le répétons, aucun accident épileptique depuis le* 1er juillet 1902, *jusqu'à ce jour.* Le *traitement* a consisté en *élixir polybromuré* (contre les accès), en *capsules de bromure de camphre* (contre les vertiges), hydrothérapie, bains, gymnastique, etc. Bien que Lef... n'eût plus d'accès ni de vertiges à partir de septembre 1902, nous avons continué l'élixir et le bromure de camphre jusqu'en juin 1903, dans le but de consolider sa guérison, de modifier, transformer son état nerveux. L'hydrothérapie, la gymnastique, le travail manuel continuent sans arrêt.




*Fig. 60.* — Prov... à 6 ans (1894.)




*Fig. 61.* — Prov. à 7 ans (1895)

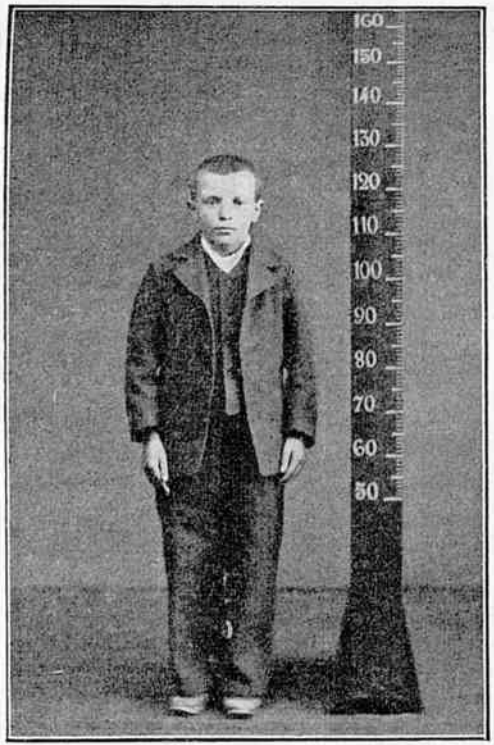



*Fig. 62.* — Prov... à 13 ans (1901.)

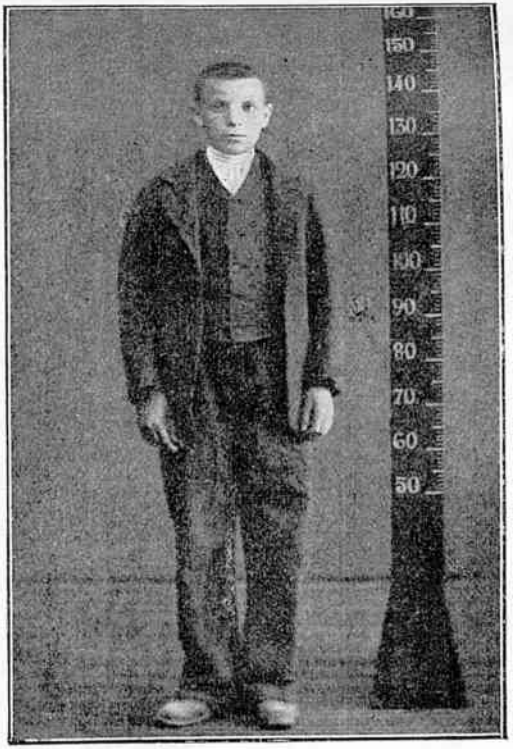



*Fig. 63* — Prov... à 17 ans (1895.)

1905. — Notre élève continue à faire des progrès sous tous les rapports: classe, ateliers, soins du ménage, tout marche de pair. Aucun accident nerveux à signaler, *très grande amélioration:* on pourrait dire *guérison*, si en fait d'épilepsie, il ne fallait pas être toujours réservé.

*Décembre* — Les progrès continuent sous tous les rapports. Marguerite sait s'attirer l'affection de ses compagnes et organise les jeux. Elle est gaie et tout plein gentillette. Elle se rend de bonne grâce dans tous les ateliers et prête attention à son travail. Si elle continue ainsi elle pourra plus tard être rendue à la société et vivre du fruit de son travail.

XCVIII. Provo... (Edm.), né en mars 1891, entré le 6 juin 1894: *Idiotie complète.* — Est arrivé gâteux, ne marchant et ne parlant pas (*Fig.* 60). Il ne s'aidait en quoi que ce soit pour l'alimentation, la toilette et l'habillement.

*Actuellement* (1903), sa tenue est propre et soignée et il se donne à lui-même tous les soins qui lui sont nécessaires. Très borné, obstiné surtout, il ne voulait rien apprendre. A présent il lit couramment, écrit lisiblement, fait les quatre opérations de l'arithmétique, dessine et possède d'assez bonnes notions sur la musique. Est apprenti tailleur et son travail, à l'atelier comme à la classe, est satisfaisant.

1895. — Est devenu propre et a appris à marcher (*Fig.* 61).

1897. — Amélioration notable. P... parle bien et très franchement, sa tenue est bonne. Il commence à s'habiller, à se déshabiller, à reconnaître les lettres, à écrire. Sait monter les escaliers, sauter.

1898. — Assemble les syllabes, forme bien les lettres et les chiffres, s'habille seul et convenablement, se lave.

1901. — Progrès un peu en tout. Parfois paresseux, grossier, répondeur. Est devenu enclin à fréquenter les enfants qui ne se conduisent pas bien, ce qui ne lui arrivait pas auparavant (*Fig. 62*).

1905. — P... est passé à la grande école en août 1904. Depuis, ses progrès ont été lents parce que le maître de sa classe ne s'en est que médiocrement occupé. Il n'a pas veillé à ce qu'il suive régulièrement les leçons de chant et de dessin. P... a continué à bien faire la gymnastique et à bien travailler à l'atelier du tailleur où il est l'un des meilleurs apprentis. Conduite générale bonne. Caractère gai et enjoué. Assez bon camarade, un peu taquin, non batailleur. En classe, les progrès ont été limités, mais la faute en est moins à lui qu'au maître qui ne s'attache que médiocrement à ses élèves (*Fig. 63.*)

. . .

Les notices qui précèdent se rapportent à des enfants encore présents dans notre service et dont il est loisible, par conséquent, de vérifier l'exactitude (1). Tous les malades sortis, garçons et filles, qui auraient pu nous fournir un très fort contingent, ont été écartés. Ils seront le substratum d'un mémoire spécial: *Ce que deviennent les enfants anormaux* sortis de Bicêtre et de Vallée.

Des faits que nous venons d'exposer sommairement, et qui confirment ceux que nous avons relatés dans nos *Comptes rendus* annuels, nous ne tirerons que de brèves considérations générales et quelques indications pratiques.

Commencer le *traitement médico-pédagogique* dès que les premiers signes de l'idiotie sont constatés. Enregistrer sur un *cahier spécial* toutes les manifestations intellectuelles qui se produisent et les nouveaux accidents pathologiques. Prendre le *poids* et la *taille* tous les six mois, la *photographie* tous les ans (2). Conseiller aux familles, comme le font malheureusement trop de médecins, d'attendre 7 ans, puis 12 ou 13 ans avant de commencer le traitement, est une faute grossière, préjudiciable aux malades, car on diminue les chances d'amélioration.

Occuper les malades du matin au soir, varier leurs occupations. S'appuyer sur ce que l'enfant possède pour aller en avant, arrêter les lésions en évolution, s'il y a lieu, développer ce qui reste de sain dans le cerveau.

L'application rigoureuse, persistante, prolongée du *traitement médico-pédagogique* permet, comme on l'a vu par les faits, d'obtenir des résultats incontestables.

(1) Nous sommes à la disposition des médecins, des éducateurs, tous les samedis à 9 h. 1/2 à la Fondation Vallée, 7, rue Benserade à Gentilly.

(2) C'est ce que nous avons conseillé de faire bien des fois pour tous les enfants.

Si nous insistons sur la nécessité d'une persévérance soutenue, c'est qu'il arrive quelquefois que ce n'est qu'au bout de 2 ans, 3 ans, que l'on observe les premiers éveils de l'intelligence. Il faut donc être réservé sur la déclaration de l'*incurabilité*. Le cas de Maz.... (p. 248), microcéphale à un degré très prononcé, et dont nous n'osions rien espérer, en est une preuve éclatante.

Notons : 1° la guérison du gâtisme, qui relève le malade, rend moins dégoûtante la besogne du personnel, et réalise des économies de linge pour l'administration ; — 2° l'éducation de la marche, de l'habillement, de la toilette, de la préhension des aliments qui fait que les enfants, suffisant à leurs besoins physiques, n'exigent plus un personnel aussi nombreux. Grâce à ces changements heureux, ils entrent en relation avec le monde, ne sont plus un chagrin, une humiliation pour les familles et la Société, et sont mis en mesure de suivre l'enseignement médico-pédagogique.

Signalons la création de la parole, la correction des vices de prononciation, des impulsions violentes, de l'irritabilité nerveuse (1), des perversions des instincts, de l'onanisme, du mensonge, de la coprolalie, de la coprophagie, des tics, des manies, de la chorée, de l'épilepsie, l'amendement du caractère, la guérison des accès de colère, le développement de l'affectivité, de la sociabilité, etc. A toutes ces améliorations, ajoutons pour un certain nombre, la guérison ou l'atténuation du *nanisme* et de l'*obésité* (*Traitement thyroïdien*).

Parallèlement, mentionnons les acquisitions scolaires, allant parfois jusqu'à l'obtention du certificat

(1) Les enfants chez lesquels l'*irritabilité nerveuse* constitue le symptôme le plus important, sont le fléau des familles, l'appoint des maisons de correction. Leur place est dans les asiles-écoles où, souvent en quelques mois, il serait possible de les guérir. L'*isolement* est la base du traitement encore plus pour cette catégorie de malades que pour les autres.

d'études ; l'aptitude aux travaux manuels : menuiserie, serrurerie, imprimerie, couture, cordonnerie, vannerie, cannage et paillage des chaises, *pour les garçons* ; travaux du ménage, blanchissage, repassage du linge, couture, tapisserie, broderie, etc., *pour les filles*.

On nous a demandé ce que nous entendions par les mots *améliorés*, *très améliorés* : nos observations fournissent la réponse. Qu'on nous donne des expressions plus précises et nous nous empresserons de les employer. Si nous ne mettons que rarement dans nos statistiques le mot *guérison*, c'est parce que, s'il survient quelque accident après la sortie, nous pouvons plus facilement intervenir pour en atténuer les conséquences judiciaires ; c'est aussi parce que nous ne pouvons pas revoir régulièrement nos anciens malades, nous assurer que le mieux se maintient et augmente : ainsi le veut la méthode scientifique dont on parle tant, mais qu'on ne suit guère.

Nous terminerons ce plaidoyer en faveur des enfants anormaux en reproduisant les conclusions de notre communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Rennes (août 1905).

L'*éducation collective* est préférable à l'éducation *individuelle*. Les femmes sont les meilleures éducatrices. — Les institutrices et instituteurs, les infirmiers et infirmières doivent être de premier ordre, au physique et au moral, doués d'un degré encore plus élevé de bienveillance, de patience, d'amour des enfants que les agents de même ordre des classes ou des hôpitaux ordinaires. Les efforts de tous, y compris les médecins, doivent viser à établir la sympathie entre eux et leurs malades. Le degré de l'intelligence, les aptitudes propres, doivent servir de base au groupement des malades plutôt que l'âge.

Il découle encore des faits que nous vous avons com-

muniqués que les *idiots les plus malades étant améliorables*, il en est de même, à plus forte raison, à un plus grand degré et dans une proportion plus considérable, des *imbéciles* et des *simples arriérés*. Les résultats obtenus justifient donc les sacrifices consentis par la société. Sous quelles formes doivent ils l'être? Les voici, selon nous :

1° L'*assistance* et l'*éducation dans les* ASILES-ÉCOLES comme Bicêtre, la Fondation Vallée, la Salpêtrière, l'Institut médico-pédagogique (1), etc., pour les enfants atteints d'*idiotie* au premier et au second degrés, les enfants atteints d'*imbécillité intellectuelle*, d'*imbécillité morale*, d'*irritabilité nerveuse avec impulsions violentes* et d'*épilepsie*.

2° L'*éducation* et l'*assistance* dans les CLASSES SPÉCIALES ou *écoles d'enseignement spécial* pour les enfants atteints : 1° d'*imbécillité légère*, d'*arriération intellectuelle ;* 2° d'*instabilité mentale et physique* (sans perversion des instincts) ; 3° et aussi pour les *enfants idiots et imbéciles qui auront été améliorés* dans les *asiles-écoles* et successivement d'*idiots* auront été transformés en *imbéciles* et en *arriérés*.

Nous serons récompensé de notre peine si nous sommes parvenu à dissiper les préjugés trop répandus au sujet de ces anormaux et à convaincre nos lecteurs de la possibilité du relèvement physique, moral et intellectuel de ces malheureux enfants (2).

(1) Notre communication au Congrès de Rennes, renfermant seulement 19 observations, a été reproduite *in extenso* dans les *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, du Dr Périer, et dans les *Tablettes médicales mobiles* du Dr Courtault. Nous les remercions vivement du concours qu'ils ont apporté à la réforme que nous poursuivons : l'*assistance*, le *traitement* et l'*éducation* des enfants anormaux. — Consulter sur les procédés qui constituent le *traitement médico-pédagogique*, la première partie de nos *Comptes-rendus* et notre brochure intitulée : *Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral*, 1905.

(2) Cet établissement est situé à Vitry-sur-Seine, 22, rue Saint-Aubin, près Paris.

# REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

LXVI. — **Pathogénie de la pseudencéphalie et de l'anencéphalie** (*Méningite fœtale*) ; par Rabaud. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 4, 5, 6.)

Important mémoire de 92 pages, illustré de nombreuses figures, où l'auteur résume l'évolution des idées sur la question, étudie ensuite : la morphologie externe et la constitution squelettique des pseudencéphaliens ; les particularités anatomiques et histologiques du système nerveux et du tissu pseudencéphalo-médullaire ; la répercussion de la méningite sur le développement du fœtus ; les causes de la méningite fœtale ; dans un dernier chapitre, il expose les conséquences et les conclusions de son travail.

La pseudencéphalie et l'anencéphalie sont le résultat, à des degrès divers, d'une même maladie inflammatoire destructrice de l'axe cérébro-spinal, la méningite fœtale, dont l'invasion semble avoir lieu entre le 3e et le 6 mois de la vie intra-utérine. Ces productions congénitales, qui ont une prédilection marquée pour le sexe féminin, ne sauraient donc être considérées comme des arrêts ou des anomalies de développement, ce sont des produits pathologiques. A l'origine de tout il y a la méningite cérébro-spinale, de nature infectieuse variable et souvent indéterminée mais certaine, et n'ayant rien à voir avec les faits d'adhérences placentaires ou amniotiques ; celles-ci, quand elles existent, en sont le résultat et non la cause. La méningite fœtale ne se distingue pas anatomiquement de celle de l'enfant et de l'adulte, mais elle en diffère par la durée, beaucoup plus longue chez le fœtus en raison de la vie parasitaire de celui-ci et de sa résistance à la mort, ce qui permet au processus inflammatoire d'évoluer beaucoup plus loin, d'aller jusqu'à la sclérose et à la destruction plus ou moins complète du névraxe On retrouve ici tous les caractères d'une méningite : épaississement de la pie-mère, néoformation et dilatation des capillaires, infiltration leucocytaire ; la prolifération vasculo-conjonctive gagne des méninges vers le névraxe

et concurremment avec des hémorrhagies détruit le tissu nerveux en se substituant à lui.

C'est la méningite qu'expriment les signes fonctionnels constatés : respiration de Cheynes-Stokes, crises convulsives intra et extra-utérines, contractures, attitude et type morphologique cette morphologie, assez constante et très caractéristique chez les pseudencéphaliens, est le produit direct des convulsions d'origine méningitique et des destructions anatomiques résultant de l'inflammation, sur des organismes en voie d'évolution ; ce sont les contractions musculaires, en effet, qui, répétées, fixent la tête et le cou dans l'attitude engoncée bien connue, et par traction sur les lames vertébrales opèrent la déhiscence du rachis ; c'est aussi de l'action mécanique et du processus destructif que le crâne tient ses dispositions particulières, lesquelles vont depuis l'existence d'une voûte plus ou moins incomplète jusqu'à l'hémicranie totale (1). F. TISSOT.

LXVII.—**Physio-psychologie des religienses de Port-Royal**; par Ch. BINET-SANGLÉ. (*Journ. de Neurologie*, 1905, n° 4.)

Des cinq religieuses étudiées dans ce travail, l'une appartenait à une famille présentant des signes de dégénérescence avancée (stérilité, mort précoce).

Chez deux, on relève divers signes de dégénérescence, chez une la surémotivité et la propension à la tristesse; chez toutes l'hypersuggestibilité.

Des deux dont la cause de la mort a pu être déterminée, l'une mourut d'une affection pulmonaire, probablement d'une pneumonie, une autre d'un cancer.

Des quatre dont l'âge de la mort est connu, la première succomba à 61 ans, la seconde à 66 ans et 11 mois, la troisième à 66 ans, 11 mois et 27 jours et la quatrième à 76 ans. La moyenne de la durée de la vie de ces quatre religieuses est de 67 ans. G. D.

LXVIII. — **Anatomie pathologique d'un cas de démence précoce** ; par G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND. — Les auteurs rapportent l'observation d'un cas de démence précoce avec examen nécropsique. Les lésions consistent surtout en une méningite chronique, avec néoformation vasculaire et quelques amas de cellules embryonnaires. Rapprochant ces cas des documents déjà publiés, les auteurs concluent que le syndrome démence précoce peut relever de deux ordres de lésions bien distinctes :

1° De lésions portant sur les méninges et les différents tissus du cortex ; 2° de lésions exclusives des cellules pyramidales.

(1) Voir Bourneville.

Dans le premier cas, c'est une affection accidentelle d'origine inflammatoire ou toxique ; dans le second cas, c'est une psychose constitutionnelle survenant chez des jeunes sujets débiles ou ayant de lourdes tares héréditaires. (*Revue neurologique*, avril 1905.) E. B.

LXIX. — **Rôle des excitations centripètes et centrifuges dans le fonctionnement et la nutrition des cellules nerveuses** ; par G. Marinesco.— D'après Walter, lorsqu'on sectionne un cordon nerveux, de manière à empêcher la réparation, le bout périphérique séparé de son centre trophique dégénère, tandis que le bout central, resté en rapport avec ce centre, demeure normal. Après section de la moelle et du nerf sciatique chez des lapins et des chiens, et l'étude des cellules radiculaires ainsi isolées, l'auteur a été amené à nier cette intégrité du bout central. Les modifications qu'il a constatées dans ces cellules consistent dans la multiplication ou l'hypertrophie des granulations nucléolaires conduisant à l'émission de granulations nucléolaires et même à la formation de nucléoles.

L'inconstance de ces lésions a conduit l'auteur à admettre qu'il doit intervenir un autre facteur dans la genèse de ces modifications, par exemple l'âge de l'animal. Ces données expérimentales peuvent trouver leur application dans la pathologie nerveuse. « J'ai eu l'occasion, écrit M. Marinesco, d'observer au cours des paraplégies flasques par compression de la moelle, des décubitus avec destruction des muscles fessiers. Or, dans ce cas, j'ai constaté une disparition presque complète des cellules constituant les centres des muscles détruits. Il m'est également arrivé d'étudier la moelle dans un cas de paralysie infantile et de maladie de Friedreich. Il ne restait pas la moindre trace de cellules dans le foyer de paralysie infantile. C'est probablement de la même manière qu'on devrait interpréter la marche rapide de certains cas de sclérose latérale amyotrophique et la durée relativement longue des polyomyélites chroniques chez l'adulte en rapport avec la durée plus courte de la sclérose latérale amyotrophique..... » (*Revue neurologique*, juillet 1904.) E. Blin.

LXX. — **Influence exercée par la section transverse de la moelle sur les lésions secondaires des cellules motrices sous-jacentes et sur leur réparation** ; par C. Parhon et M. Goldstein. — Les auteurs ont recherché quel est le sort d'une cellule qui, mise en état de réaction à distance par la section du nerf périphérique, est en même temps soustraite aux incitations venues des centres supérieurs par la section transversale de la moelle au-dessus de l'origine du nerf sur lequel on a opéré. Leurs expériences ont été faites sur des chiens, des chats et des lapins.

Elles leur ont montré que la section de la moelle a une influence certaine sur les phénomènes de réaction de la cellule nerveuse à la suite de la section de son cylindraxe et que la suspension de l'influx nerveux venu des centres supérieurs favorise l'intensité des altérations. De plus, la section de la moelle empêche la réparation des cellules en réaction placées au-dessous de la section et les condamne à une atrophie probablement définitive suivie de leur disparition. Ramon y Cajal considère ces lésions comme résultant de l'état de repos des cellules. Les auteurs pensent au contraire, avec Marinesco, qu'elles doivent être attribuées aux troubles nutritifs cellulaires qui suivent la suppression de l'influx cérébral. (*Revue neurologique*, février 1905.) E. B.

LXXI. — **Vitiligo et tumeur centrale de la moelle** ; par L. Ferrio. — De nombreuses observations cliniques ont démontré l'existence de relations importantes entre le vitiligo et les maladies nerveuses. L'auteur a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un malade atteint de vitiligo qui ne présentait à l'examen clinique aucun signe d'affection du système nerveux. Mais l'examen histologique de la moelle permit de découvrir un processus néoplasique, ayant envahi le canal central de la moelle dans toute sa longueur. A l'aide d'un fort grossissement, on voit que la tumeur est constituée par des cellules névrogliques, plongées dans une substance fibrillaire, qui se colore faiblement par le carmin, mais dont les noyaux volumineux se colorent intensivement par le carmin et l'hématoxyline.

Sans oser affirmer qu'il existe une relation directe entre la gliose centrale de la moelle et le vitiligo, l'auteur pense qu'il est intéressant de faire connaître ce nouveau cas de coïncidence entre un vitiligo et une lésion nerveuse. (*Revue neurologique*, 1905.)

E. B.

LXXII. — **Cas d'angiosarcome des méninges de la moelle chez un sujet porteur d'angiomes multiples** ; par Devic et Tolot. (*Rev. de méd.*, mars 1906.)

Quelle place convient-il d'assigner, dans la nomenclature des tumeurs, à cette néoformation sous-dure-mérienne des méninges de la moelle ? Quels rapports unissent cette néoformation aux angiomes multiples présentés par la malade ? Telles sont les questions complexes qui se présentent à propos d'une femme de 37 ans, amputée du bras gauche en 1899, pour une lésion probablement congénitale caractérisée par une augmentation progressive et considérable du volume du membre, un aspect éléphantiasique, des douleurs violentes et un développement très marqué des veines superficielles. Tumeur du sein gauche apparue

en 1900 et dont l'accroissement s'est fait par poussées successives, toujours accompagnées de douleurs spontanées très vives. En 1903, installation progressive en 6 semaines d'une paraplégie spasmodique précédée et accompagnée de douleurs spontanées et croissantes d'intensité sans modifications appréciables objectives de sensibilité, troubles des réservoirs, grosse rate, pas d'adénopathie, pas de leucémie.

Transformation de la paralysie spasmodique en paralysie flasque pendant la dernière semaine de la vie, coïncidant avec l'apparition des troubles de la sensibilité, à type syringomyélique. Hyperthermie terminale.

Résumé de l'autopsie. — Angiomes multiples du foie, de la rate et de la trompe gauche, angiomes développés dans le tissu cellulaire des régions voisines de cet organe et confinant en dehors à des lipomes du dos. Masses angiomateuses du médiastin et de l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein gauche. Hypertrophie notable de la rate due à des angiomes multiples de cet organe.

Tumeur du canal rachidien à la hauteur de la région dorsale supérieure ; l'une située entre le canal rachidien et la dure-mère, à laquelle elle adhère, est constituée par un tissu angiomateux pur, l'autre, située entre la dure-mère et la moelle dont la sépare la pie-mère ; cette dernière tumeur comprime la moelle, sans lui adhérer et est constituée par un tissu d'apparence sarcomateux sans formation angiomateuse ; elle se rapproche des endothéliomes d'après la nomenclature de Cornil et Ranvier. Il n'existe pas dans l'état actuel de la science d'observation probante de dégénérescence d'un angiome en tumeur cancéreuse ; cependant Cornil et Ranvier considèrent le fait comme possible, il est permis de supposer, que dans le cas présent, l'angiosarcome ait pu dériver d'un angiome primitif, mais rien ne le prouve.

L. WAHL.

LXXIII. —**Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux**; par LAIGNEL-LAVASTINE. (*Rev. de méd.* mars 1906.)

L'auteur commence par éliminer la méningo-encéphalite diffuse d'origine tuberculeuse, et les méningites bacillaires en plaques.

Il considère ensuite un premier groupe de lésions avec manifestations macroscopiques : a) tubercules solitaires de l'écorce ; b) méningites. Un second groupe est formé de lésions qui ne sont appréciables qu'au microscope : a) lésions cellulaires aiguës ; b) lésions dégénératives chroniques avec toutes les transitions jusqu'à l'état dit normal. Dans une deuxième partie, il étudie les diverses interprétations pathogéniques des lésions corticales cales : *a*) dans le tubercule solitaire ; *b*) dans les méningites ; *c*) dans

les processus toxiques aigus ; *d*) dans la cachexie phtisique. Il rapporte des observations cliniques et anatomo-pathologiques de ces différents cas et remarque qu'autour du tubercule solitaire il y a une réaction névroglique strictement limitée. Dans les méningites, on peut constater : 1° des cellules grossièrement et entièrement altérées ; 2° des lésions légères ; 3° des lésions très légères, l'affection clinique est d'autant plus rapidement mortelle que les lésions sont plus étendues et moins profondes.

Dans le groupe des lésions dégénératives figure en première ligne l'abondance du pigment noir qui est normal à un certain âge et qui indique ici une sénilité précoce de l'élément chez les cachectiques tuberculeux. Dans les processus toxiques aigus, la lésion n'a rien de spécifique et il y a généralement dégénérescence concomitante des cellules hépatiques, ce qui indique une action du foie dans la pathogénie de certains troubles délirants, ce qui nous ramènerait à la vieille théorie de la folie hépatique de Galien (μελας χολη).

En résumé, quelles que soient les circonstances de la vie des tuberculeux, les lésions cellulaires de son écorce cérébrale sont toujours sous la dépendance d'un empoisonnement hétéro ou autotoxique localisé ou généralisé, aigu, subaigu ou chronique.

L. Wahl.

LXXIV. — **Recherches expérimentales sur l'influence du sel sur le travail** ; par Féré. (*Rev. de méd.*, février 1906.)

C'est un excitant éphémère de l'activité qui, lui aussi, précipite la fatigue ; il n'est pas nécessaire à l'alimentation et peut même être nuisible, mais l'ingestion du sel donne une sorte de sensation de bien-être qui permet d'avoir l'illusion d'une augmentation de travail. On doit craindre la dépression consécutive ; le travail sans fatigue, la disparition de la fatigue grâce à un aliment quelconque sont des rêves. L. Wahl.

LXXV. — **Des altérations cytologiques du sang dans les maladies mentales** ; par Klippel et Lefas. (*L'Encéphale*, 1906 n° 1.)

Les auteurs rappellent et précisent la technique de l'hématologie clinique, puis ils passent en revue les résultats des recherches faites dans diverses formes mentales et dans certaines maladies nerveuses à complications psychopatiques. Ils concluent enfin que les modifications du sang sont en rapport avec la marche et le caractère spécial de la maladie causale. Il y a prédominance des polynucléaires dans les maladies infectieuses et toxiques aiguës, des mononucléaires et des lymphocytes dans les affections subaiguës ou chroniques ; l'éosinophilie est particulière aux maladies constitutionnelles, aux infections et intoxications chroni-

ques. Avec ces données il est souvent possible de confirmer la nature d'une maladie, soupçonnée pour d'autres raisons comme étant à l'origine des troubles mentaux : c'est ainsi que les délires des alcooliques, à part celui qui résulte de l'ivresse aiguë, sont le résultat direct non pas de l'alcool lui-même, mais d'une maladie surajoutée aux lésions préalablement provoquées par l'alcoolisme. F. Tissot.

LXXVI. — **Recherches expérimentales sur l'influence du sucre sur le travail** ; par M. Féré. (*Rev. de méd.* de janvier 1906.)

Le sucre est « le charbon du muscle », il a comme avantage de céder très facilement son énergie aux réactions vitales ; certains auteurs en font un agent de suralimentation (Toulouse), d'autres un stimulant de l'activité musculaire. Féré s'est livré à des expériences très précises sur lui-même à l'aide de l'ergographe de Mosso et avec des solutions titrées, il a constaté que le sucre produit une excitation éphémère peu de temps après son ingestion, qui fait bientôt place à une exagération de la fatigue ; c'est en somme l'analogue de ce que nous savons sur les autres « excitants diffusibles » thé, maté, alcool, café, etc. L. Wahl.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

*Séance du 7 juin* 1906. — Présidence de M. Ballet.

*Agénésie des deux radius.*

MM. Egger et Français montrent un sujet sans radius accusant les liens qui unissent le radius, le trapèze, le scaphoïde et le pouce.

*Hérédo-ataxie cérébelleuse.*

MM. Raymond et Dreyfus montrent une sœur et deux frères, qui, en outre des symptômes habituels, présentent des signes d'atteinte du cordon postérieur. L'hérédité vient du côté maternel seulement.

*Troubles vaso-moteurs hystériques.*

M. Claude montre un homme ayant eu de la fausse angine de poitrine puis des crises cardiaques et enfin de l'œdème de la main avec cyanose. Il s'y ajoute de la cyanose de la langue.

*Tabes fruste avec arthropathie hypertrophique.*

MM. Claude et Touchard. — L'arthropathie est fortement hypertrophique, chose rare dans un tabes aussi ancien (18 ans). Il s'y ajoute, à droite, de l'exagération du réflexe rotulien et le signe de Babinski, reliquats d'une hémiplégie ancienne.

*Syringomyélie atypique.*

MM. Ballet et Maillard montrent un homme qui, après des sensations d'engourdissement, présenta une parésie totale avec exagération des réflexes, clonus et phénomène des orteils, dissociation des sensibilités, abolition du sens musculaire et stéréognostique, mais conservation du sens des attitudes segmentaires. Surdité, anosmie et perte de la vision du vert à droite. Syringomyélie avec hystérie.

*Astasie-abasie associée à des troubles organiques.*

MM. Raymond et Lejonne. — Jeune fille abasique ayant en plus une parésie dans le domaine des 5e et 1re sacrées et une abondante lymphocytose. Importance pronostique. Les mêmes auteurs, avec MM. Egger, montrent un malade atteint d'hémianesthésie probablement due à une lésion corticale.

*Syndrome thalamique.*

MM. Déjerine et Roussy en précisent les caractères cliniques : 1° Une lésion intéressant le noyau externe du thalamus dans sa partie postéro-externe, les noyaux interne et médian, et le fragment correspondant de la capsule interne produit toujours le syndrome thalamique ;

2° Ce syndrome est caractérisé par la dissociation des phénomènes moteurs et sensitifs. Ce sont des hémiplégies avec un minimum de troubles moteurs et un maximum de troubles sensitifs, avec hémi-ataxie, astéréognosie, et souvent choréo-athétose.

*Astéréognosie avec intégrité des sensations élémentaires.*

M. Déjerine montre ce cas chez une ancienne hémiplégique sensitive hyperesthésique avec hémianopsie. Le mot aphasie tactile donné à ce phénomène est inexact.

*Hémiplégie spinale avec monoplégie radiculaire.*

MM. Déjerine et Camus montrent ce malade dont les cinq premières racines cervicales gauches sont en outre anesthésiées (pachyméningite pottique).

*Névrite hypertrophique.*

M. Marie présente deux malades, l'aîné et le cadet de 7 enfants atteints ainsi que le père de névrite interstitielle hypertrophique avec tremblement intentionnel et troubles de la parole.

*Clonus du pied.*

MM. Claude et Dreyfus ont essayé de différencier par la méthode graphique le clonus organique de celui des névroses. Le clonus organique est régulier et lent, celui des hystériques rapide et irrégulier.

*Hémorragie protubérantielle.*

MM. Marie et Moutier. — Deux vieillards hémiplégiques gauches avec déviation conjuguée, agnosie, raideur, myosis, morts en hyperthermie avaient une hémorrhagie au tiers moyen de l'hémipont droit, intéressant la moitié interne du ruban de Reil et repoussant les faisceaux moteurs.

*Arthropathies tabétiques.*

MM. Moutier et Deroide. — Arthropathie atrophique à la hanche et hyperthropique au genou avec capsule articulaire descendant au-dessous de la tête du péroné.

*Tabes et paralysie générale conjugale.*

M. Charpentier montre un mari et une femme consanguins et syphilitiques atteints l'un de tabes fruste et l'autre de paralysie générale.

*Myélomalacie incomplète avec ostéite raréfiante.*

MM. Raymond et Alquier. — Douleurs articulaires, paralysie flasque des bras, puis paraplégie spastique bilatérale avec hémianesthésie gauche, dissociation syringomyélique, œdème, incontinence.

*Méningite biliaire. Syndrome de Ménière.*

MM. Raymond et Baur. — Plaque de méningite chronique devant le bulbe et le pont englobant toutes les paires y compris la 8e. Aucune lésion de l'oreille interne.

*Malformation du cervelet.*

M. Rossi présente un cervelet de diplégie cérébrale infantile. Absence de l'échancrure marsupiale et de la scissure longitudinale médiane inférieure. F. Boissier.

---

# ASILES D'ALIÉNÉS

VII. — **Circulaire du ministre de l'intérieur aux préfets, relative à l'internement des aliénés (page 4153).**

L'idée que l'un de nos semblables peut être indûment retenu dans un établissement d'aliénés est intolérable à la conscience

humaine : il n'en est point qui soulève dans l'esprit public de plus vive et de plus juste émotion.

Sans aucun doute, les appréhensions de l'opinion publique sont le plus souvent mal fondées et, si de telles séquestrations se sont produites, leur nombre ne peut être que très minime ; mais n'y eût-il, dans tous les établissements privés et publics de France, qu'une personne saine et, par abus ou erreur, soumise à ce régime, que le devoir s'imposerait à nous impérieusement de faire cesser, d'urgence, un tel scandale.

On a, sur plus d'un point, et non sans raison, critiqué la loi de 1838 ; en dehors même des garanties judiciaires définies par l'article 29, et en vertu desquelles, sur le pourvoi de l'intéressé ou de tout parent ou ami, le tribunal peut, après vérification, ordonner la sortie immédiate, les garanties administratives qu'elle offre, au point de vue du respect de la liberté individuelle, ne seraient cependant point négligeables, si les articles qui les formulent étaient sérieusement appliqués ; il faut qu'ils le soient.

Les placements peuvent être, d'après le titre II de la loi de 1838, ou ordonnés par l'autorité publique, ou volontaires. Des premiers, vous êtes seul directement et personnellement responsable. C'est vous qui, d'office, ordonnez le placement dans le cas où vous estimez que « l'état d'aliénation de l'intéressé compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes », vos ordres doivent être motivés et énoncer les circonstances qui les ont rendus nécessaires ; ils sont inscrits sur un registre spécial. De plus, dans le premier mois de chaque semestre, vous devez recevoir du médecin de l'établissement, sur chaque personne ainsi placée par votre ordre, un rapport indiquant l'état du malade, la nature de sa maladie, les résultats du traitement ; en suite de quoi, vous avez le devoir de vous prononcer sur chaque cas individuellement, d'ordonner le maintien dans l'établissement ou la sortie.

Tous les ordres de ce genre que vous formulez doivent être transmis au procureur de la République, au maire du domicile des personnes soumises au placement, et celui-ci en avise, sans délai, les familles ; vous devez, en outre, m'en rendre compte.

Je me plais à penser que, sur tous ces points, les dispositions légales sont strictement observées.

Mais notre attention doit se porter, spécialement, sur les placements dits « volontaires ». D'après l'article 8 de la loi de 1838, tout directeur d'établissement privé ou public peut recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale si une demande d'admission lui est présentée, à cet effet, par un tiers, et si à cette demande est joint « un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de la maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée » ; à la vérité,

ce médecin ne peut être parent ou allié, au second degré inclusivement, du chef ou propriétaire de l'établissement ou de la personne qui fera effectuer le placement; mais cette réserve peut paraître une faible garantie contre certains abus possibles.

**L'honorabilité du corps médical n'est pas en cause** : elle est à mes yeux au-dessus de tout soupçon, mais dans toute collectivité humaine nombreuse, des indignes peuvent se glisser et la complicité directe ou indirecte, par intérêt ou par faiblesse, d'un médecin spécialement choisi à cet effet, suffit pour qu'un crime soit tenté. Certes, le directeur de l'établissement peut, quel que soit le prix de la pension qu'on s'offre à payer, ne pas recevoir le prétendu aliéné qu'on lui présente, et l'immense majorité d'entre eux repousserait rudement une telle source de profits. Mais la loi doit prévoir, surtout en si grave matière, les exceptions : aussi a-t-elle disposé, dans ses articles 8 et 9, d'une part, que le préfet doit recevoir, dans les vingt-quatre heures, avis de l'admission et copie du certificat médical qui a motivé celle-ci, en même temps qu'un certificat du médecin même de l'établissement; d'autre part, que si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet doit, dans les trois jours, charger un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée, de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ : il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Vous assumeriez une bien lourde responsabilité, si en toute circonstance vous ne veilliez pas au respect absolu de toutes ces dispositions.

Ce n'est pas tout. Après l'admission, la loi de 1838 donne encore au préfet un pouvoir très étendu. Ce pouvoir est défini par l'article 16, et les moyens de l'exercer le sont par l'article 4.

L'article 16 prescrit que « le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés ». C'est là un pouvoir absolu, discrétionnaire, et c'est une contre-partie nécessaire de la facilité avec laquelle l'admission a pu être prononcée. Cette décision est indépendante de celle du médecin de l'établissement, prévue à l'article 13, c'est-à-dire que, alors même que ce praticien aurait déclaré que la guérison n'est pas obtenue, le préfet peut, de sa propre autorité, s'il juge la décision de ce médecin contraire au droit humain, ordonner la sortie immédiate.

Comment, pour prendre une telle décision, le préfet s'informera-t-il? L'article 4 y pourvoit. « Le préfet, y est-il dit, et les personnes spécialement désignées à cet effet, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. »

On en doit conclure que, s'agissant surtout de placements dits volontaires, dès que vous êtes saisi ou par la rumeur publique, ou par quelque tiers honorable, de réclamations ou simplement de doutes au sujet de la réelle aliénation d'une personne enfermée, et, *a fortiori*, quand vous êtes en présence de protestations maintenues avec persévérance par des personnes dignes de foi et paraissant désintéressées, vous avez le devoir, par application de l'article 4, de vous rendre dans l'établissement d'aliénés, seul ou accompagné de tiers dont vous jugerez la présence utile à la manifestation complète de la vérité; vous avez le devoir de vous faire présenter l'intéressé, de l'interroger ou de le faire examiner, de comparer les observations ainsi soigneusement recueillies avec les déclarations antérieurement produites par le médecin ou le directeur médecin de l'établissement, et, selon votre conscience, de prendre une décision.

L'accomplissement de cette tâche ne laisse point d'être chose délicate; mais, puisque nous trouvons ici la plus précieuse garantie administrative prescrite par la loi de 1838 contre les abus ou erreurs dont la liberté individuelle peut être victime, ce serait pour vous une inexcusable faute de ne pas donner à ces dispositions tutélaires leur plein effet.

Je vous invite expressément à faire de ces instructions votre règle de conduite dans l'avenir.

Pour aujourd'hui, je juge indispensable de dissiper, d'urgence, toute appréhension et de procéder à une sorte de bilan moral des établissements d'aliénés. Vous aurez, en conséquence, faisant une large et exceptionnelle application de l'article 4, à nommer immédiatement une commission composée d'un petit nombre d'hommes, dont l'honorabilité, l'impartialité, la sûreté de jugement et la compétence seront hautement reconnues, d'hommes inaccessibles au désir ou à la peur de soulever des polémiques et sachant faire le bien avec simplicité.

Vous lui confierez la mission de recueillir, par les divers moyens que vous estimerez les plus efficaces, tous renseignements sur les aliénés placés volontairement dans des établissements privés et même publics, et spécialement sur ceux dont l'aliénation a été contestée, d'examiner, avec le plus grand soin, les protestations formulées à leur sujet, et, attachant une particulière importance aux informations présentées par le médecin de l'établissement, mais sans les tenir pour décisives, de procéder à une enquête approfondie sur les cas qui paraîtront douteux.

Aucun médecin ne se plaindra d'une telle enquête; elle n'est et ne peut être redoutée par ceux qui ont conscience de leurs devoirs : elle les délivrera même de suspicions qui, en se généralisant à la suite de quelques incidents particuliers, deviennent gravement injustes et leur pèsent.

Si cette enquête, discrètement, mais minutieusement conduite ainsi qu'il convient, ne révèle le maintien dans un établissement public ou privé d'aucune personne indûment retenue, il faudra se réjouir, hautement, d'une telle constatation. Si d'aventure, au contraire, elle aboutissait à la libération, ne serait-ce que d'une seule personne saine, et dont le maintien dans un établissement d'aliénés ne fût point justifié, chaque homme de cœur devra se féliciter d'avoir collaboré à une telle œuvre de justice.

Vous voudrez bien, monsieur le préfet, m'accuser réception de la présente circulaire (qui devra être publiée dans le Recueil des actes administratifs de votre département), me tenir au courant de toutes les dispositions que vous aurez prises pour en assurer la stricte application, me signaler les incidents qui pourraient se produire, m'informer notamment, et sans retard, des difficultés par lesquelles certains directeurs d'établissements privés pourraient avoir la fâcheuse idée d'essayer d'entraver son exécution, et porter à ma connaissance, dès que cela vous sera possible, d'une part le nombre des placements volontaires d'hommes ou de femmes existant, à l'heure actuelle, dans les divers établissements privés ou publics de votre département; d'autre part, la liste des personnes que vous aurez désignées comme devant faire partie de la commission.

*Le ministre de l'intérieur,*
G. CLÉMENCEAU.

VIII. — **L'organisation sanitaire de l'asile provincial d'aliénés de Naples** ; par FRAGNITO ; (*Annali di Neurologia*. Naples, 1904. Fasc. VI.) J. S.

IX. — **Notes sur l'asile départemental de Pau** ; par le Dr CROCQ. (*Bull. de la Société de Médecine mentale de Belgique*, 1905, n° 119.)

Le Dr Crocq montre au cours de ces notes que la création et les développements successifs de l'asile de Pau ont occasionné une dépense totale de 2.659.860 fr. à laquelle le département propriétaire n'a participé que pour 300.000 fr., le surplus 2.369.860 francs ayant été supporté par l'asile et soldé avec ses seules ressources provenant du pensionnat et de la main-d'œuvre que lui fournissent les indigents.

L'auteur attribue la prospérité de cet établissement aux efforts convergents de l'administration départementale et de l'administration économique et médicale de l'asile qui possède à sa tête un médecin-directeur actif et dévoué. Il proclame hautement la nécessité de réunir les fonctions de directeur et celles de médecin dans tous les asiles d'aliénés et exprime le vœu que les asiles publics belges soient placés

sous l'autorité immédiate de la province dans laquelle ils sont situés. G. D.

---

# BIBLIOGRAPHIE

## Revue des thèses de Bordeaux.

XI. — *Paraphasie, jargonaphasie et démence* ; par Henri Dumora. (*Thèse de Bordeaux*, 1905-1906, n° 16.)

Ce travail est basé sur l'étude de dix observations de paraphasiques, toutes inédites, six avec autopsie ; et parmi ces dernières quatre contiennent les résultats de l'examen microscopique. A la paraphasie et à la jargonaphasie correspondent habituellement des lésions du tiers postérieur des deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales. L'étendue de ces lésions ne peut être mesurée que par le microscope; la lésion microscopique s'étendant parfois loin du foyer macroscopique. Les lésions peuvent n'être que microscopiques sans cesser d'être destructives fonctionnellement.

La démence complique presque toujours la paraphasie et la jargonaphasie Elle s'explique moins par l'atteinte d'un territoire cérébral de première nécessité que par l'association d'un processus d'encéphalite corticale diffuse aux lésions destructives des circonvolutions temporo-sphénoïdales. La démence avec jargonaphasie par lésion scléreuse localisée est le terme de transition qui unit la démence organique à la démence sénile par encéphalite scléreuse diffuse. Jean Abadie.

XII. — *L'altruisme morbide dans la paralysie générale* ; par Maurice Blain. (*Thèse de Bordeaux* 1905-1906.)

On observe, chez les paralytiques généraux, un trouble particulier du caractère, communément désigné sous le nom de *bienveillance*. On peut substituer au mot bienveillance celui d'*altruisme morbide* qui paraît mieux désigner les dispositions habituelles de ces malades. L'altruisme morbide se rencontre fréquemment dans la paralysie générale, à toutes les périodes de la maladie, dans les formes soit démentielle, soit délirante ; il se retrouve dans les idées, dans les sentiments et dans les actes des malades atteints de cette affection. Plus souvent noté en clinique que l'égoïsme et l'indifférence, avec lesquels il s'associe parfois, l'altruisme s'accompagne la plupart du temps d'un état

d'euphorie bienveillante, d'optimisme, de contentement niais, de satisfaction béate. Il est un élément précieux de diagnostic entre divers états psychopathiques et différencie en particulier la paralysie générale expansive au début de la période d'excitation maniaque, de la folie à double forme. Exceptionnellement, les paralytiques généraux sont dangereux, se livrent à des attentats contre les personnes, commettent des meurtres : ces faits n'infirment pas cette vérité que ces malades sont au nombre des aliénés les plus inoffensifs pour la vie d'autrui. Il est permis de se demander si chez les paralytiques généraux violents et meurtriers, d'autres facteurs tels que l'hérédité vésanique et surtout l'alcoolisme, qu'on y rencontre d'habitude, ne sont pas venus modifier de façon fâcheuse les dispositions du sujet. Cette thèse, inspirée par Régis, est une réponse à la thèse de Bonhomme (Paris, 1905, n° 408.) sur la *prétendue bienveillance* des paralytiques généraux.

J. Abadie.

XIII. — *L'âge du discernement. Considérations juridiques et médico-légales sur la responsabilité de l'Enfance coupable*; par Sibenaler. (*Thèse de Bordeaux*, 1905-1906, n° 82.)

Les conclusions de l'auteur de ce travail sont les suivantes : Le problème du discernement, tel qu'il est compris dans la législation française, ne permet pas de donner une solution à tous les cas qui peuvent se présenter. Si un enfant âgé de plus de seize ans n'a pas la faculté de discerner, elle ne prévoit aucune mesure de correction pour cet enfant, ni de protection pour la Société. La fixation d'une limite à l'âge du discernement est arbitraire, mais malgré cela il y a lieu d'approuver : 1° le projet de réforme du Code pénal, établissant une période d'irresponsabilité absolue de l'enfance jusqu'à dix ans ; 2° le projet de loi Cruppi retardant à dix-huit ans la limite de l'âge du discernement, en formant le vœu que l'on ajoute au projet une clause permettant au juge de retarder cette limite lorsqu'une expertise médico-légale en aura établi la nécessité. Il paraît indiqué de supprimer toute peine pour un adolescent de moins de dix-huit ans, mais de le placer dans une maison de correction et de l'y maintenir jusqu'à vingt et un ans dans tous les cas où la chose serait nécessaire.

Il y a lieu de former le vœu que l'on institue en France, comme dans certains pays étrangers, des juridictions spéciales pour les enfants, ou tout au moins que l'on juge les mineurs sans publicité, en présence seulement des témoins, des parents, des défenseurs. Les maisons de correction, telles qu'elles existent actuellement, ont une organisation insuffisante. L'éducation de l'enfance coupable demande la création de classes spéciales pour enfants dégénérés ou retardés, l'augmentation du nombre d'établissements

d'amendement et de réforme, médico-pédagogiques, tels qu'il en existe à l'étranger. J. ABADIE.

# VARIA

SEIZIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Ce Congrès doit se tenir à Lille, du 1er au 7 août 1906, sous la présidence de M. le professeur GRASSET, de Montpellier. Pour tout ce qui concerne les adhésions, cotisations, communications et renseignements, prière de s'adresser au *Secrétaire général :* Dr G. CHOCREAUX, médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Bailleul (Nord). Nous prions les auteurs de communications à ce Congrès de bien vouloir nous en envoyer le résumé *avant le* 5 *août*.

CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

Le Comité organisateur central de ce Congrès, qui aura lieu à Milan du 26 au 30 septembre prochain, a délibéré de joindre au Congrès une exposition de plans et de documents illustratifs de tout genre des principaux asiles d'aliénés. J'ai donc l'honneur de vous inviter — au nom du comité — à vouloir bien déclarer si vous vous proposez de prendre part à ladite exposition et de nous renseigner sur le genre de documents que vous avez l'intention d'exposer et sur leurs dimensions approximatives. Le Comité, après avoir reçu votre réponse — qu'il souhaite favorable — s'empressera de vous faire connaître les conditions les plus convenables pour l'expédition des objets et les possibles réductions des prix du transport. Le Président : A. TAMBURINI.

SECOND CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE
(Bruxelles, 29 au 31 août 1906.)

Présidents : Mlle le Dr STEFANOWSKA, présidente de la Société de Neurologie, M. le Dr CROCQ, président de la Société de Médecine mentale ; Vice-Présidents : M. le Dr BIENFAIT, vice-président de la Société de Neurologie ; M. le Dr MABILDE, vice-président de la Société de Médecine mentale ; Secrétaire général : M. le Dr MASSAUT, secrétaire de la Société de Médecine mentale ; Secrétaires des Séances : MM. les Drs BOULENGER, DERODE, P. MASOIN et SANO, secrétaires et bibliothécaire des Sociétés de Neurologie et de Médecine mentale.

1° RAPPORTS. — Ces rapports, au nombre de trois, seront distribués au moins trois semaines avant la réunion du Congrès, de manière à pouvoir être attentivement étudiés par ceux qui désirent prendre part à la discussion. Les questions choisies pour a session de 1906 sont :

*a*) Psychiatrie : *Les aliénés dissimulateurs.* — Rapporteurs M. le Dr De Moor, médecin en chef de l'hospice Guislain, à Gand et M. le Dr Duchateau, médecin de la Maison de santé pour femmes, à Gand.

*b*) Neurologie : *La théorie du neurone.* — Rapporteur : Mlle le Dr Stefanowska, assistante au laboratoire de psychologie de l'Université de Bruxelles.

*c*) Psychologie : *Les tests mentaux chez les enfants.* — Rapporteurs M. le Dr Decroly, directeur de l'Ecole d'enseignement spécial de Bruxelles, et M. le Dr Boulenger, médecin adjoint de l'Asile d'aliénés, au Fort Jaco, à Uccle.

2° Communications diverses. — Une place importante est réservée aux communications originales sur un sujet quelconque de neurologie ou de psychiatrie, avec présentation de malades, de pièces anatomiques et microscopiques. Les membres qui désirent faire une communication au Congrès sont priés d'en envoyer le titre et le résumé au secrétaire général avant le 30 juin 1906. Les séances du Congrès seront combinées avec la visite d'Instituts scientifiques et hospitaliers. Des réductions de prix seront demandées sur les chemins de fer français.

Le prix de la cotisation est de 10 francs. Envoyer les adhésions à M. le Dr Massaut, secrétaire général, médecin directeur de la colonie d'aliénés de Lierneux. Les praticiens de toutes nationalités peuvent faire partie de ce Congrès ; la seule restriction imposée est l'usage d'une des langues usitées en Belgique.

---

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

---

Shepherd Ivory Franz. — *The effects of exercise upon the retardation in conditions of depression.* In-8° de 18 pages. *American Journ. of insanity.*

Shepherd Ivory Franz. — *The time of mental processus in the retardations and excitement of insanity.* In-8° de 12 pages (Mc Lean Hospital, Waverley, Mass.)

*Rapport médical et compte-rendu administratif de l'asile de Dury-lès-Amiens*, par le Dr Charon, médecin en chef directeur. In-8° de 63 pages. Librairie G. Redonnet fils, à Amiens.

*Revue philosophique.* — Sommaire du n° de mai 1906 (31e année). — Naville (Adrien). La sociologie abstraite et ses divisions. — Th. Ribot. Qu'est-ce qu'une passion ? — Mauxion. L'intellectualisme et la théorie physiologique des émotions. — Probst Biraben. Contribution à l'étude du mysticisme universel. — B. Bourdon. Sur le rôle de la tête dans la perception de l'espace. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. Abonnement, du 1er janvier : Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La livraison : 3 fr. Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

*Le rédacteur-gérant :* Bourneville.

---

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

# TABLE DES MATIÈRES


**Abcès.** Voir Cerveau. — Note sur l'histologie pathologique de la paroi de l'— cérébral, par Miralié, 451.

**Absinthe.** L'— à l'école, 416.

**Accidents** psychiques. V. Oreille. — du travail. Voir Folie.

**Accouchement.** Peut-on provoquer l'— par la suggestion hypnotique, par Bonjour, 228.

**Achondroplasie** atypique, par Dufour, 224.

**Acromégalie.** Un cas d'— avec lésions hyperplasiques du corps pituitaire, du corps thyroïde et des capsules surrénales, par Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine, 198.

**Addison.** Maladie d'— avec troubles sympathiques, par Chavigny, 215. — Un cas de maladie d'— avec troubles sympathiques, par Courmont, Lesieur et Thevenot, 215.

**Affections** cérébrales. Voir Mouvements de compensation. — — nerveuse. Voir Myotonie. — — familiale congénitale, par Ballet et Faguet, 224.

**Age.** L'— de discernement. Considérations juridiques et médico-légales sur la responsabilité de l'Enfance coupable, par Sibenaler, 510.

**Agénésie** des deux radius, par Egger et Français, 502.

**Aichmophobie** fraternelle. Phobie des objets pointus chez deux frères non jumeaux, par Roch, 54.

**Alcool.** L'— en thérapeutique, par Barr, 55.

**Alcoolisme.** Voir Délire. — L'—, 160, 416, 428.

**Alcoolique.** Voir Hémorrhagie.

**Aliénés** ou demi-aliénés vénérés comme marabouts, par Bouhageb, 63. — Les — dans les hospices, 77. — Les — en liberté, 239, 428. — — Voir circulaire.

**Aliénistes.** Voir Congrès.

**Alimentation.** Le refus d'— dans la démence catatonique, par Barbé, 161.

**Altérations.** Voir Tissu cérébral.

**Altruisme morbide.** L'— — dans la paralysie générale, par Blain, 509.

**Amencéphalie.** Voir Pseudencéphalie.

**Angiosarcome.** Cas d'— des méninges de la moelle chez un sujet porteur d'angiomes multiples, par Devic et Tolot, 499.

**Aphasie,** par tuberculose, par Pron, 223. — Un cas d'— tactile, par Raymond et Egger, 422.

**Aphasique.** Voir Dyslalie.

**Artère** pulmonaire. Voir Rétines.

**Arthropathie.** Voir Tabes. — — tabétiques, par Moutier et Deroide, 504.

**Asiles** d'aliénés. Nominations et promotions, 79, 236. — — Mouvement de janvier, 158. — — de mars, 237. — — promotion, 337, 426.— Avril, 305, 426. — Sixième — — de la Seine, 345. — Un — — au Caire en 1839, 345. — L'organisation sanitaire de l'— provincial d'aliénés de Naples, par Fragnito, 508. Note sur l'— départemental de Pau, par Crocq, 508. — A. belges, 159.

**Astasie-abasie** associée à des troubles organiques, par Raymond et Lejonne, 503.

**Astéréognosie** avec intégrité des sensations élémentaires, par Déjerine, 503.

**Ataxie.** Note sur deux cas familiaux d'— cérébro-spinale (type Friedreich 2) ne présentant aucune particularité rare, par Cerlitti et Perusini, 213.

**Atrophie abarticulaire.** Un cas d'— — par Deroubaix, 44. —

Contribution à l'étude de l'— musculaire progressive, par Préobrajenski, 148. — — lamellaire des cellules de Purkinje, par Thomas, 325. — — musculaire et osseuse chez des nègres, par Brumpt, 424.
**Auréoles névropathiques,** par Féré, 142.
**Auscultation.** Voir Muscle.
**Avellis.** Syndrome d'—. Voir syringobulbie.

**Baiser.** Hygiène du —, par Féré, 141.
**Basedow.** L'hypophyse et la pathogénie de la maladie de —, par Salmon, 418. — Voir Dégénérescence mentale.
**Basophobie.** Observation d'un cas de — à type myotonique, par Roger Mignot, 142.
**Bégaiement.** Le — épileptique, par Ch. Féré, 418.
**Bénédik.** Ses mémoires, par Leduc, 157.
**Bérillon.** Banquet en l'honneur du Docteur —, 426.
**Boiterie intermittente.** Contribution à l'étiologie et à la symptomatologie de la — —, par Goldflam, 148.
**Borborygmes** guéris par la suggestion hypnotique, par Le Menant des Chesnais, 229.
**Brouardel.** Hommage au Docteur —, 426.

**Cajal.** Voir Fibrilles colorées.
**Calices.** Note sur les — de Held dans le noyau du corps trapézoïde, par Ansalon, 204.
**Calotte pédonculaire.** Syndrome de la — —, par Gruner et Bertolotti, 198.
**Canalicules.** Voir Cellules.
**Cécité.** Relations cliniques de la — avec la paralysie générale et le tabes, par Léri, 53. — — corticale, par Collet et Gruber, 214. — — Voir Méningo-encéphalite.
**Cellules.** Les — plasmatiques de la paralysie générale, par de Buck, 40. — Sur la présence d'un réseau spécial dans la région pigmentée des — nerveuses, par Marinesco, 41. — Nouvelles méthodes de coloration des — nerveuses, appoint à la question des canalicules séreux, par Passek, 139. — Recherches sur l'origine des prolongements protoplasmiques de la — nerveuse, par Fragnito, 201. — Structure fibrillaire de la — nerveuse à l'état normal et à la suite des lésions des nerfs, par Pariani, 207. — Des groupes de — motrices du renflement cervical chez l'homme déterminés chez un amputé, par Bloumenaou et Nielsen, 323. — Rôle des excitations centripètes et centrifuges dans le fonctionnement et la nutrition des — nerveuses, par Marinesco, 498. — Influence exercée par la section transverse de la moelle sur les lésions secondaires des — motrices sous-jacentes et sur leur réparation, par Parhon et Goldstein, 498.
**Centres moteurs.** Voir poliomyélite.
**Cerveau.** Abcès du — à symptomatologie fruste, par Pallard, 44. — Pathogénie et ontogénie du système commissural du — élémentaire, par Kastanaiann, 133. — Voir Cholestéatome.
**Cervelet.** Voir Hétérotopie. — Malformation du —, par Rossi.
**Charles V.** Emploi du temps de —, 304.
**Choc moral.** Voir Folie.
**Cholestéatome** du cerveau, par Roussy, 154.
**Chorée.** Voir Grossesse. — La — chronique progressive, par Daddi, 213.
**Circulaire** du ministre de l'intérieur aux préfets, relative à l'internement des aliénés, 504.
**Clonus** du droit abdominal dans un cas de mal de Pott, par Parhon et Papinian, 42. — — du pied, par Babinski, 226. — — du pied, par Claude et Dreyfus, 504.
**Coloration.** Voir Cellules.
**Comité** pour l'étude et la protection de l'Enfance anormale, 348.
**Commission des prix,** 223.
**Compression.** Syndrome de — cérébrale et radiculo-ganglionnaire, par Raymond et Lejonne, 223. — radiculaire par projectile, par Raymond et Dreyfus, 422.

**Concours.** Le projet de — spécial pour les médecins des asiles de la Seine, par Coulonjou, 32. — — pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, par Dubief, 75, 159. — — d'adjuvat des asiles publics d'aliénés, de 1906, 343.
**Congrès** des aliénistes et neurologistes, 78, 430. — Second — belge de neurologie et de psychiatrie (Bruxelles, 29 au 31 août 1906), 511.
**Contractures** précoces et permanentes dans un cas d'hémiplégie de l'adulte, par Gaussel, 336.
**Convulsionnaires.** Examens des — au XVIIIe siècle, par de Coynard, 228.
**Cordons.** Voir Moelle.
**Corne d'Ammon.** Anatomie comparée et physiologie de la — — (hippocampe), par Kastanaiann, 139.
**Courants.** Des — magnéto-électriques et sinusoïdaux au point de vue de l'électro-diagnostic, par Bernhardt, 126. — — continus. Voir Névralgie.
**Courbature.** Note sur la — comme équivalent épileptique, par Féré, 141.
**Crampe** des écrivains et torticolis d'origine mentale, par Bonnus, 332.
**Crétinisme.** Le — sporadique, par Lugaro, 211.
**Cyanose.** Voir Rétines.

**Déformation.** Un cas de — thoracique précoce consécutive à une pleurésie aiguë, 200.
**Dégénérescence mentale** et maladie de Basedow, par Dromard et Levassort, 26.
**Délire** alcoolique continu ou hallucinose continue dans l'alcoolisme chronique, par Soukhanoff, 53. — Enfants martyrs d'une mère atteinte du — de persécutions, par Dromard et Levassort, 149. — Un cas de — par intoxication sulfo-carbonée, par Vigouroux et Collet, 151.
**Delirium tremens.** Affusions froides dans le — —, par Broadbent, 56.
**Démence** précoce. Voir moelle. — La — précoce dans l'armée, par Kagi, 157. — — catatonique. Voir Alimentation. — Anatomie pathologique d'un cas de — précoce, par Doutrebente et Marchand, 497.
**Dercum.** Maladie de — sans troubles psychiques, par Le Play, 153.
**Désensorcellement** et métallothérapie au IXe siècle d'après Huon de Villeneuve, 427.
**Désintégration cérébrale.** Etude clinique et anatomo-pathologique sur les lacunes de — —, par Catola, 132.
**Déviation conjuguée.** Théorie sensorielle de la — — de la tête et des yeux, par Dufour, 152.
**Distinctions honorifiques,** 80, 159, 239.
**Doigts.** L'action électromotrice des —, par Sommer, 138.
**Dormeuse.** La — de Ran Semo, par Farez, 60.
**Douleur.** Les marques vasculaires de la — physique au point de vue de la psychologie expérimentale, et de la séméiotique de la simultation, par Cesare Colucci, 203.
**Dyslalie** chez un aphasique rééduqué, par Lamy, 224.

**Ecole** de psychologie. Cours, 350.
**Ecorce.** Etat vermoulu de l'—, par Marie, 154. — Recherches histologiques sur l'— cérébrale du dauphin, par Vincenzo Bianchi, 200. — Recherches histologiques sur l'— cérébrale des tuberculeux, par Laignel-Lavastine, 500.
**Electro-diagnostic.** Voir Courants.
**Emotivité.** Voir Timidités.
**Empoisonnement.** Voir Polynévrite.
**Encéphalocèles.** Des — de l'angle interne de l'orbite, par Clair, 230.
**Enfance.** Voir Age.
**Enfants anormaux.** Aveugles et sourds-muets, 349.
**Epilepsie.** Voir Kyste. — — cardiaque et phénomènes de rappel, par Rueff, 143. — — et rétrécissement mitral, par Pauly, 215. — L'— et la migraine, par Kovalesky, 365.
**Epileptique.** Un — incendiaire in-

terné, 67. — — Voir Grossesse. — — sympathitectomisée pour névralgie de la face et guérie depuis deux mois, par Pinatelle, 221.
**Epithélioma** primitif du cerveau, par Cestan, 424.
**Euphorie** délirante et onirisme chez un phtisique.
**Excitabilité.** Valeur des recherches relatives à l'— mécanique des muscles ou aux soi-disant réflexes musculaires dans les maladies nerveuses, par Bechterew, 330.
**Excitations centripètes.** Voir Cellules nerveuses.
**Exophtalmie** par épaississement des muscles de l'œil, par Rochon-Duvigneaud, 223.
**Exposition** internationale de Liège, 240.

**Fatigue.** Des phénomènes subjectifs de la — dans le travail volontaire, par Trèves, 205.
**Fibres.** Du déplacement des — des pyramides dans les cordons postérieurs chez l'homme, par Bumke, 121.
**Fibrilles colorées.** Lésions cadavériques des — — par la méthode de Cajal, par Ballet, 153.
**Fièvre typhoïde.** Complications méningitiques de la — — chez l'enfant, par Giraudet, 74. — — Voir Hystérie.
**Folie** et choc moral, par Pelletier, 188. — traumatique et accidents du travail, par A. Marie, 305, 353.
**Foudre.** Voir Troubles oculaires.

**Gangrène.** Voir Névrite.
**Gasser.** Voir Névralgie.
**Gastrite hystérique.** Un cas de — — traité par la psychothérapie, par Mme Lipinska, 105.
**Gérontophilie.** Voir Instinct sexuel.
**Grossesse** et puerpéralité chez une épileptique atteinte de chorée ancienne, par Arsinole, 171.

**Habitude.** Les phénomènes morbides d'—, par Crocq, 44.
**Held.** Voir Calices.
**Hémianesthésie.** Voir Hémiplégie.
**Hémiatrophie** linguale. Voir paralysie faciale. — faciale droite, sclérodermie probable, par Lannois, 211. — — Voir Méningo-encéphalite.
**Hémioculomoteurs.** Voir Paralysie.
**Hémiparésies.** Voir Réflexes.
**Hémiplégie** traumatique tardive, par Souques, 153. — — et hémianesthésie d'origine centrale, par Claude et Lejonne, 153. — — et rhumatisme déformant, par Achard, 224. — — organique et fonctionnelle, par Babinski, 225. — — Voir Contractures. — — spinale avec monoplégie radiculaire, par Déjerine et Camus, 503.
**Hémiplégiques.** Voir Pandiculation.
**Hémorrhagie** méningée sous-arachnoïdienne bilatérale chez un alcoolique brightique, crises épileptiformes, par Tolot, 134. — — protubérantielle par Marie et Moutier, 504.
**Hérédité.** Une triste —, 350.
**Hérédo-ataxie** cérébelleuse, par Raymond et Dreyfus, 502.
**Hémispasme** facial chez un vieillard, par Dupré et Lemaire, 154. — — facial gauche, par Abadie et Dupuy-Dutemps, 224.
**Hétérotopie.** Nouveau cas de soi-disant hétérotopie du cervelet, par Boussy, 155.
**Hippus** monolatéral dans une paralysie du moteur oculaire commun, par Aurand, 337.
**Hypertonie.** Voir Hypotonie.
**Hypersuggestibilité.** L'—, par Pamart et Berillon, 62.
**Hypnotisme.** Voir Vomissements.
**Hypochondriaques.** Evolution des états —, par Taty et Chaumier, 55.
**Hypothermie** chez un paralytique général, par Marchand et Olivier, 52.
**Hypotonie** et hypertonie chez un même malade, par Bychowski, 130.
**Hystérie** et fièvre typhoïde, par Roques et Corneloup, 216. — — et rétrécissement mitral, par Roque et Corneloup, 217.
**Hystériques.** Voir Troubles. — — (Phénomènes spasmodiques).

**Idiotie** amaurotique familiale, 158.

**Idiots.** Traitement des — et des imbéciles, 158. — — Voir Malformation). — L'— ou l'innocent, 427.
**Imbécillité.** Voir Kyste.
**Impulsion sexuelle.** Essai sur la psychologie de l'— —, par Vaschide et Vurpas, 50.
**Infantilisme** dysthyroïdien, thyroïdo-éréthisme chirurgical, par Cotte, 219.
**Infections.** Voir Sympathique abdominal.
**Innervation** corticale de la vessie urinaire, par de Franckl-Hochwart et Frœhlich, 123. — Physiologie de l'— de la vessie, par Rotmann, 123.
**Instinct sexuel.** Note sur une anomalie de l'— —, gérontophilie, par Ch. Féré, 51.
**Intelligence** chez les animaux, par Minette, 62.
**Intoxication.** Voir Délire.

**Journal.** Nouveau —: Education moderne, 349.

**Korsakoff.** Syndrome de — chez un lépreux, par de Beurmann, Roubinowitch et Gougerot, 226.
**Kyste.** Imbécillité et épilepsie consécutives à un — hydatique de la dure-mère à parois ossifiées, par Aubry et Lucien, 89. — Voir Troubles fonctionnels.

**Laboratoires.** Organisation des — et technique histologique employée à l'étranger pour l'étude du système nerveux pathologique, par Carrier, 237.
**Laminectonie** des 3e et 4e vertèbres lombaires pour lésion de la queue de cheval, par Roberto Alexandri, 221.
**Landry.** Syndrome de — avec lymphocytose, par Armand Delille et Denécheau, 224. — Syndrome de —, par Sicard et Bauer, 423.
**Langage** musical. Voir Troubles.
**Lépreux.** Voir Korsakoff.
**Lésions cellulaires** par sérum névrotoxique, par Armand Delille, 424.
**Lézard.** Voir Paysanne.
**Localisation** spinale. Recherches sur la — — des muscles du périnée et du rectum (chez l'homme), par Irimesco et Parhon, 42. — Recherches de la — motrice du membre inférieur dans la moelle de l'homme, par Parhon et Goldstein, 321.
**Locus minoris.** Le — — resistentiae de la moelle épinière, par Astwatzatourow, 137.
**Loi militaire.** La nouvelle — — dite — de deux ans et le personnel secondaire des asiles d'aliénés, par Lagriffe, 193.
**Lombo sciatique.** Voir Scoliose.
**Lymphocytose.** Voir Landry.

**Magnan.** Hommage au Dr —, 347.
**Main bote.** De la — — congénitale, par Grandjean, 231.
**Mal perforant** et paralysie générale, par Marie et M. Pelletier, 112.
**Malformation** congénitale unilatérale de la face chez un idiot épileptique, par Hamel, 223.
**Marabouts.** Voir Aliénés.
**Médecins** des asiles. Voir Concours.
**Médecine.** La psychologie de la — hindoue, par Valentino, 63.
**Ménière.** Voir Méningite.
**Méningite.** De la — tuberculeuse à forme délirante chez l'enfant, par Weill et Péhu, 211. — Les rémissions prolongées de la — chez l'enfant, par Carrière et Lhote, 417. — — biliaire, syndrome de Ménière, par Raymond et Baur, 504.
**Méningo-encéphalite.** Deux cas de — — chronique avec cécité, par Bourneville et Perrin, 1. — — diffuse et hémiatrophie cérébelleuse chez un chien, par Marchand, Petit et Coquat, 336.
**Métallothérapie.** Voir Désensorcellement.
**Microbisme** latent et autotoxi-infection, leur rôle dans la pathogénie des neurasthénies; psycho-névroses et maladies organiques du système nerveux, particulièrement celles dues à un choc physique ou moral, par Longpretz, 340.
**Microcéphale.** Présentation d'un —, par Guéniot, 430.

**Microgyrie.** La —, par Oeconomakis, 324.
**Migraine.** Voir Rêves, épilepsie.
**Moelle.** Voir Processus. — Contribution à l'étude du trajet de quelques cordons de la —, par Dydynski, 124. — Lésions de la — dans la démence précoce, par Klippel et Lhermitte, 155. — Voir locus minoris, Reticulum neurofibrillaire, localisation motrice, angiosarcome, cellules motrices. — Recherche sur l'origine et les rapports réciproques des éléments nerveux dans la — épinière du poulet, par La Pegna, 327. — Vitiligo et tumeur centrale de la —, par Ferrio, 499.
**Mouvements de compensation.** Des — — ou de remplacement dans les affections cérébrales, par de Bechterew, 122.
**Muscle.** Auscultation du —, par Link, 127. Voir Localisation spinale.
**Mutisme** hystérique guéri en une séance de suggestion hypnotique, par Damoglou, 228.
**Myasthénie** hypotonique mortelle, par Dupré et Pagniez, 336. — Deux cas de — bulbo-spinale, par Raymond et Lejonne, 423.
**Myélite** syphilitique, par Lajoue, 231.
**Myélomalacie** incomplète avec ostéite raréfiante, par Raymond et Alquier, 504.
**Myoclonie.** La — familiale d'Unverricht est-elle une entité clinique justifiée en nosologie, par Lundborg, 144.
**Myosthésiomètre.** Voir Troubles.
**Myotonie** congénitale, par Meeus, 108. — D'une forme d'affection nerveuse présentant les signes extérieurs de la —, par Bechterew, 147.
**Myxœdème.** Sur un cas de — infantile avec quelques considérations sur sa pathogénie, par Obregia, Parhon et Florian, 54.

**Nécrologie,** 234, 235, 236.
**Nerf.** L'inéquivalence biologique de la racine postérieure et du — sensitif périphérique, par Koester, 129. — Les — articulo-moteurs des membres, leur triple action sur les muscles : contraction, raccourcissement, relâchement, allongement, fixation. Contraction stérile de stabilisation. Les — physiologiques définis par leur unité fonctionnelle et leur centre cortical substitués aux — anatomiques définis par leur situation topographique à la périphérie, par Grasset, 131. — Contribution à la biologie de la dégénérescence des —, résultats d'expériences de transplantation, par Merzbacher, 135. — — sensitifs. Voir Voltage. — Régénération des —, par Médéa, 424.
**Neurasthénie.** Deux cas de — grave guéris par la suggestion hypnotique, par Damoglou, 339. — Contribution à l'étude de la — sexuelle, par Ch. Féré, 418.
**Neuro-fibrilles.** Lésions des — — dans certains états pathologiques, par Marinesco, 42.
**Névralgie.** Voir Epileptique. — — faciale et tumeur du ganglion de Gasser, 420. — Les courants continus dans la — du trijumeau, par Babinski et Delherme, 424.
**Névrite** optique, par Jameson Evans, 46. — Des — périphériques blennorrhéiques, par Iaroschewski, 146. — — inflammatoire tuberculeuse des nerfs optiques, par Dor, 217. — — alcoolique avec gangrène symétrique des extrémités, par Lépine et Porot, 218. — — ascendante, par Déjerine et Noréro, 225. — — hypertrophique, par Marie, 503.
**Noyau mésocéphalique.** Le — — des oculogyres, par Gaussel, 419.

**Oculogyres.** Voir Noyau mésocéphalique.
**Œdèmes.** Les — circonscrits aigus et chroniques sous la dépendance du système nerveux (rôle de la sécrétion lymphatique dans leur pathogénie), par Valobra, 199.
**Œil.** De l'— chez le vieillard, par Bosment, 231.
**Onirisme.** Voir Euphorie.

**Ophtalmoplégies** systématisées, par Ballet, 225.
**Otosclérose** avec troubles labyrinthiques, par Bonnier, 422.
**Oreille.** Des accidents psychiques liés aux maladies de l'— et de ses annexes, par Jacques, 71.
**Orne** (département de l'—). Voir Paralysie générale.
**Orteils.** Voir Réflexes. — De l'inversion unilatérale du phénomène des —, par Bard, 326.

**Pachyméningite** interne post-traumatique, par Rose, 81.
**Paget.** Maladie osseuse de —, trois cas observés dans une même famille, par Œttinger et Agasse-Lafont, 333.
**Pandiculation.** Etude sur la — automatique des hémiplégiques, par Mario Bertolotti, 334.
**Paralysie** générale. Voir Cellules plasmatiques. — —, poliomyélite. — Discussion sur les rapports de la — générale et de la syphilis, par Wahl, 50. — Quelques réflexions sur le développement de l'étiologie de la — générale dans le département de l'Orne, par Coulanjou, 50. — — générale. Voir Cécité, — —, mal perforant. — — faciale et hémiatrophie linguale, par Huet et Lejonne, 154. — Contribution anatomo-pathologique et clinique à l'étude des rapports de la syphilis et de la — générale, par Rodolfo Stanziale, 200. — Etude pathogénique de la — pneumococcique expérimentale, par Luigo Panichi, 206. — Des deux hémioculomoteurs, par Grasset et Gaussel, 419. — — du tibial antérieur, par Bruel, 422. — — pseudo-bulbaire chez un enfant, 423.
**Paralytique** général Voir hypothermie. — — Voir Hippus, Sclérose.
**Paramyoclonus multiplex.** Recherches histo-pathologiques sur le — —, par Edvardo-Poggio, 205.
**Paraphasie,** jargonaphasie et démence, par Dumora, 509.
**Parkinson.** Considérations sur certains symptômes de la maladie de —, par Catola, 145. — Note d'histologie pathologique (par biopsie) sur la fibre musculaire striée dans la maladie de —, par Sanna Salaris, 208.
**Paysanne.** La —, le lézard et le crémier, 429.
**Pédagogie.** La psychologie à **l'usage d'une — correctionnelle, par Césare Collucci,** 221.
**Pellagre.** Nouveau cas de — accompagnée de rétraction de l'aponévrose palmaire, par Parchon et Goldstein, 417.
**Pensées** inconscientes et vision de la pensée, par Adamkiewicz, 341.
**Périnée.** Voir Localisation spinale.
**Personnel secondaire.** Voir Loi militaire.
**Phénomènes.** Voir Habitude.
**Phénomènes** spasmodiques chez une hystérique, par Déjerine, 223. — — Voir Ortils, Tabes. — — du genou. Voir Tabes.
**Phtisique.** Voir Euphorie.
**Physio-psychologie** des religieuses de Port-Royal, par Binet-Sanglé, 497.
**Pied.** Voir Réflexe.
**Pleurésie.** Voir Déformation.
**Poliomyélite.** Rapports qui existent entre la topographie des paralysies et celles des altérations des centres moteurs dans la — antérieure aiguë de l'enfance, par Parhon et Papinian, 43. — — antérieure aiguë, par Raymond et Lejonne, 225. — Deux cas de — antérieure aiguë, par Huet et Lejonne, 424.
**Polynévrite** succédant à l'empoisonnement arsenical aigu, par Raymond et Lejonne, 154.
**Polymyosite.** Etude de la —, par Margoulès, 142.
**Pott** (Mal de —). Voir Clénus.
**Processus.** Des — compensateurs dans la moelle humaine, par Pick, 122.
**Prix** de l'Académie de médecine, 346.
**Prophètes.** Les — juifs, par Binet-Sangle, 67.
**Pseudencéphalie.** Pathogénie de la — et de l'anencéphalie, par Rabaud, 496.
**Pseudomélie** paresthésique sym-

plomatique d'une affection cérébrale dans le territoire du noyau lenticulaire, par de Bechterew, 124.
**Pseudo-bulbaire.** Syndrome — — d'origine névritique, par Comte, 155.
**Pseudosclérose.** La maladie de Westphall-Strümpell, à type Westphall, c'est-à-dire due à la —, et à type Strümpell, due à la sclérose diffuse, par Renato Rebizzi, 213.
**Psychiatrie.** Précis de —, par Régis, 68.
**Psychose.** Réflexions à propos de cinq cas de — aiguë étudiés histologiquement, par Deroubaix, 52. — De la — aiguë post-infectieuse avec troubles du langage chez l'enfant, par Daiche, 232. — Etude des — d'insolation, par Meignié, 510.
**Psychothérapie.** La —, par Grasset, 57. — Voir Gastrite hystérique, Sommeil.
**Puerpéralité.** Voir Grossesse.
**Purkinje.** Voir Atrophie lamellaire.

**Queue de cheval.** Voir Laminectonie.

**Racine postérieure** Voir Nerf.
**Rage.** Altération spéciale nucléaire dans la —, par Siciliano, 207.
**Raideur** juvénile, par Mme Nageotte-Wilbouchewitch, 144.
**Rectum.** Voir Localisation spinale.
**Recklingausen.** Maladie de. — avec dystrophies, par Klippel et Maillard, 153.
**Réflexes.** Deux nouveaux — cutanés sur les membres inférieurs, par Redlich, 123. — Exagération des — cutanés sur le côté parétique dans les hémiparésies organiques, par Redlich, 123. — Contribution à la question du — cornéo-mandibulaire, par J. Kaplan, 126. — — patellaire supérieur et sa signification, par Stembo, 129. — Nouveau — émané du dos du pied, par Mendel, 134. — Nouveau — spécial de flexion des orteils, par Bechterew, 134, par Mendel, 134. — Du — cochléo-facial, par Naoumann, 136. — Un — spécial de l'ouïe ou — acoustico-palpébral, par Bechterew, 136. — Nouveau — sur la plante du pied, 140. — Des — aponévrotiques des extrémités inférieures, par Bechterew, 140. — Le — de l'extenseur commun des doigts, par Arturo Morselli, 205. — dans l'hystérie. Valeur sémiéiologique de la dissociation des — plantaires et rotuliens, par Teissier, 209. — Contributions à la nature du — orbitaire, par Hudovernig, 324. — — musculaire. Voir Excitabilité.
**Repos.** Le — et le travail intellectuel, par Dauriac, 230.
**Réticulum neurofibrillaire.** Le — — des cellules motrices dans la moelle épinière des animaux tétanisés, par Tiberti, 208.
**Rétines.** De la cyanose des — dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire, par Babinski et Toufesco, 199. — La structure de la —, par Renato Rebizzi, 206.
**Rétrécissement** mitral. Voir Epilepsie. — — Voir Hystérie.
**Rêves.** Note sur les — précurseurs de la migraine ophthalmique, par Ch. Féré, 142. — Note sur les — épileptiques, par Ch. Féré, 418.
**Rhumatisme.** Voir Hémiplégie.
**Rigidité.** De la — spasmodique infantile, par Canel, 233.
**Rire.** Le — hystérique, par Mlle Deschamps, 73.

**Sang.** Des altérations cytologiques du — dans les maladies mentales, par Klippel et Lefas, 501.
**Sarcoplasma.** Voir Thomsen.
**Sclérodactylie.** Voir Syringomyélie.
**Sclérodermie.** Voir Hémiatrophie.
**Sclérose.** Quelques modalités de la — en plaques à évolution peu connue, par Mueller, 145. — — Voir Pseudosclérose. — — en plaques, par Lejonne, 223. — Quelques symptômes nouveaux dans la — en plaques, par Claude et Egger, 225. — Dix-huit cas de — latérale amyotrophique avec autopsie, par Raymond et Cestan, 333. — Les —

combinées médullaires des paralytiques généraux, par Vigouroux et Laigne-Lavastine, 335. — — latérale amyotrophique, par Rossi et Roussy, 423. — — latérale amyotrophique anormale, par Lejonne et Lhermitte, 424. — — latérale. Voir Troubles mentaux.
**Scoliose** alternante avec lombo-sciatique droite, par Meige, 335.
**Sel.** Influence du — sur le travail, par Féré, 501.
**Sommeil.** Crises de — hystérique, par Barbier, 226. — Valeur propre du — provoqué en psychothérapie, par Berillon, 339.
**Strümpell.** Voir Pseudo-sclérose.
**Sucre.** Recherches expérimentales sur l'influence du — sur le travail, par Féré, 502.
**Suggestion** hypnotique. Définition de la —, par Félix Régnault, 65. La qualité de la voix dans la pratique de la —, par Gallia, 227. — — Voir Mutisme, Timidité, Accouchements, Borborygmes. — A propos de la définition de la —, par Favre, 229. — — Voir Troubles fonctionnels, Neurasthénie.
**Suicide** d'adolescents et d'enfants, 350, 431.
**Sympathique.** Contribution à l'étude anatomo-pathologique du — abdominal dans les infections, par Laigne-Lavastine, 130.
**Sympathitectomie.** Voir Epileptique.
**Syndrome** myopathique guéri chez un enfant, par Armand Delille et Albert Weill, 224. — — Voir Landry, Korsakoff. — — thalamique, par Déjerine et Roussy, 503.
**Syphilis.** Voir Paralysie générale.
**Syringobulbie.** Un cas de — Syndrome d'Avellis, par Raymond et Guillain, 154.
**Syringomyélie.** Sur la —, par Bradsow, 45. — — avec sclérodactylie, par Klippel et Maillard, 153. — — à disposition radiculaire, par Leenhard tet Norero, 223. — — à symptomatologie sensitive, par Raymond et François, 225. — — spasmodique avec attitude particulière, par Raymond et François, 422. — — atypique, par Ballet et Maillard, 503.
**Système** commissural. Voir Cerveau. — — nerveux. Voir Œdèmes, Laboratoires.

**Tabès.** Nature du —, par Gowers, 45. Voir Cécité. — Retour du phénomène du genou dans le — dorsal, sans complication d'hémiplégie, par Donath, 329. Voir Troubles. — Etude critique sur le — infantile juvénile, par Hirtz et Lemaire, 420. — chez un hémiplégique, par Déjerine et Leenhardt, 423. — Origine syphilitique du — et de la paralysie générale, par Marinesco, 423. — — fruste avec arthropathie hypertrophique, par Claude et Touchard, 503. — — et paralysie générale conjugale, par Charpentier, 504.
**Tarde.** La philosophie de —, par Lionel Dauriac, 339.
**Tétanie.** Sur un cas de — à forme de rhumatisme musculaire, par Piery, 214.
**Tétanos.** Etude du — dit médical ou spontané, influence de la chaleur, par Kelsch, 421.
**Tête.** Voir Yeux, Déviation.
**Thomsen.** Un cas de maladie de —, par Meeus, 46. — Maladie de — et Sarcoplasma, par Levi.
**Thyroïdo-éréthisme.** Voir Infantilisme
**Tics.** Le traitement des — par la rééducation, par Porot, 219. — — convulsif du cou, par Cruchet, 226. — — convulsif et injections d'alcool, par Lévy et Baudoin, 424.
**Timidités.** Les — Indications de la suggestion hypnotique, par Berillon, 61. — Les — Les localisations fonctionnelles de l'émotivité, par Berillon, 65.
**Tissu crérébral.** De quelques altérations du — — dues à la présence de tumeurs, par Weber et Paradaki, 197.
**Torticolis.** Voir Crampe.
**Tubercule protubérantiel,** par Alquier, 423.
**Tuberculeux.** Voir Ecorce cérébrale.
**Traitement** médicopédagogique

des idioties les plus graves, par Bourneville, 241, 380, 460.
**Transplantation.** Voir Nerf.
**Tremblement** intentionnel limité du membre supérieur gauche, par Bouchaud, 46.
**Troubles** du langage musical chez les hystériques, par Ingégnières, 152. — — du langage musical, par Nathan, 224. — Des — oculaires surtout fonctionnels causés par la foudre, par Rosenthal, 230. — congénitaux des mouvements des yeux, par Axenfeld, 329. — — de la sensibilité musculaire dans le tabès et autres états pathologiques myosthésiomètre, par Bechterew, 330. — — fonctionnels causés par un kyste hydatique de l'estomac, intervention de la suggestion hypnotique, par Pamart, 339. — Enquête scolaire sur les — de la parole chez les écoliers belges, par Romna, 425. — — mentaux dans la sclérose latérale amyotrophique, par Cullerre, 433. — — vaso-moteurs hystériques, par Claude, 502.

**Unverricht.** Voir Myoclonie.
**Urhydrie.** L'— céphalo-rachidienne et labyrinthique, par Bonnier, 327.

**Védie.** Le Docteur — candidat à la présidence de la République, 79.
**Vélocipédistes.** Recherches neurologiques sur les —, par Ruerbach, 146.
**Vertiges.** Les — par symphyses salpingo-pharyngiennes. Notions nouvelles pour le diagnostic et le traitement des —, par Royet, 47.
**Vessie.** Voir Innervation.
**Vitiligo.** Voir Moelle.
**Voix.** Voir Suggestion. — Psychologie de la —, par Demonchy.
**Voltage.** L'importance du — initial dans l'examen électrique des nerfs sensitifs, par Gramegna et Segre, 268.
**Vomissements** incoercibles datant de 3 ans, guéris par l'hypnotisme, par Joire, 59.

**Weber.** Coup de fleuret dans l'orbite droit. Syndrome de —, hystéro-traumatisme probable, par Richelomme et Boucarut, 141.
**Westphall.** Voir Pseudosclérose.

**Yeux.** Pathogénie de la déviation conjuguée des — et de la tête, par Debray, 56. — Voir Déviation.

**Zona**, par Souques.

# TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS


Abadie, 224.
Achard, 224.
Agasse-Lafont, 332.
Alexandri, 221.
Alquier, 423, 504.
Ansalone, 204.
Arsimoles, 171.
Astwatzatourow, 137
Aubry, 89, 340.
Aurand, 337.
Auerbach, 146.
Axemfeld, 329.

Babinski, 153, 199, 225, 226, 424.
Ballet, 153, 198, 224, 225, 503.
Barbé, 161.
Barbier, 326.
Bard, 326.
Barr, 55.
Baudoin, 422, 424.
Bauer, 423.
Baur, 504.
Bechterew (de), 122, 124, 134, 136, 140, 147, 330.
Bénédikt, 155.
Berillon, 61, 62, 65, 339.
Bernhardt, 126.
Bertolotti, 198, 334.
Beurmann (de), 226.
Bianchi, 202.
Binet-Sanglé, 67, 497.
Blain, 509.
Bloumenaou, 3.
Bonjour, 228.
Bonnier, 327.
Bonnus, 332.
Bosment, 231.
Boucarut, 141.
Bouchaud, 46.
Bouhageb, 63.
Bourneville, 1, 241, 342, 380, 461.
Boussy, 155.
Bradsow, 45.
Briand, 222.
Brissaud, 153.
Broadbeuf, 56.
Bruel, 422.
Brumpt, 424.
Buck (de), 40.
Bumke, 121.
Bychowski, 130.

Camus, 155, 503.
Canel, 233.
Cardenac, 420.
Carrière, 417.
Catola, 132, 145.
Cerlitti, 213.
Cestan, 333, 424.
Charpentier, 504.
Chaumier, 55.
Chavigny, 215.
Clair, 230.
Claude, 153, 225, 502, 503, 504.
Collet, 151, 214.
Colucci, 203, 221.
Comte, 155.
Coquot, 336.
Corneloup, 216, 217.
Cotte, 219.
Coulanjou, 32, 50.
Courmont, 215.
Coynard (de), 228.
Crocq, 44, 508.
Crouzon, 154.
Cruchet, 226.
Cullerre, 433.

Daddi, 213.
Daiche, 232.
Damoglou, 228, 338.
Dauriac, 230, 338.
Debray, 56.
Dejerine, 154, 223, 225, 423, 503.
Delherme, 424.
Delille, 224, 424.
Demonchy, 338.
Denécheau, 224.
Deny, 149.
Deroide, 504.
Deroubaix, 44, 52.
Mlle Deschamps, 73.
Devic, 499.
Donath, 328.
Dor, 217.
Doutrebente, 497.
Dreyfus, 422, 502, 504.
Dromard, 26, 149.
Dufour, 152, 224.
Dumora, 508.
Dupré, 153, 154, 155, 336.
Dupuy-Dutemps, 224.
Dydynski, 124.

Egger, 225, 422, 424, 502.
Evans, 46.

Faguet, 224.
Farez, 60.
Favre, 229.
Féré, 51, 141, 142, 143, 418, 501, 502.
Ferrio, 499.
Florian, 54.
Fournier, 47.
Fragnito, 201, 508.
Français, 225, 422, 502.
Frankl-Hochwart (de), 123.
Froehlich, 123.

Galiia, 227.
Gaussel, 336, 419.
Giraudet, 74.
Goldflam, 148.
Goldstein, 321, 417, 498.
Gourerot, 226.
Gowers, 45.
Gramegna, 208.
Grandjean, 231.
Grasset, 57, 131.
Grenier, 420.
Gruber, 214.
Gruner, 198.
Guillain, 154.

Hirtz, 420.
Hudovernig, 324.
Huet, 154, 424.

Iaroschewski, 146.
Ingégnières, 152.
Irimesco, 153.

Joire, 59.

Kagi, 157.
Kaplan, 126.
Kastanaiann, 133, 139.
Kelsch, 421.
Klippel, 153, 155, 501.
Koester, 129.
Kovalesky, 365.

Lagriffe, 193.
Laignel-Lavastine, 130, 198, 335, 500.
Lajoue, 231.
Lamy, 154, 221, 225.
Lannois, 211.
Le Pegna, 327.
Leenhardt, 154, 223, 423.
Lefas, 501.
Lejonne, 153, 154, 223, 225, 423, 424, 503.
Lemaire, 154.
Le Menand des Chesnais, 229.
Lépine, 218.
Le Play, 153.
Léri, 53.
Lesieur, 215.
Levassort, 26, 149.
Lévi, 333.
Lévy, 422, 424.
Lhermitte, 155, 424.
Lhote, 417.
Link, 127.
Lipinska, 105.
Lucien, 89.
Lugaro, 211.
Lundborg, 144.

Maillard, 152, 503.
Marchand, 52, 336.
Margoulès, 142.
Marie (A.), 112, 305, 353, 503, 504.
Marie (P.), 153, 154.
Marinesco, 41, 42, 423, 498.
Matignon, 200.
Médea, 424.
Meeus, 46, 108.
Meige, 227, 335.
Meignié, 510.
Mendel, 134.
Merzbacher, 135.
Mignot, 142.
Mirallié, 451.
Morselli, 205.
Moutier, 504.
Mueller, 145.

Nageotte-Wilbouchewitch (Mme), 144.
Nathan, 224.
Nielsen, 323.
Nerero, 223, 225.

Obrégia, 54.
OEttinger, 324.
OEconomakis, 324.
Olivier, 52.

Pagniez, 336.
Pallard, 44.
Pamart, 62, 338.
Panichi 206.
Papadacki, 197.
Papinian, 42, 43.
Parhon, 42, 54, 321, 417, 498.
Pariani, 207.
Passek, 139.
Pauly, 215.
Péhu, 210.
Pelletier (Mme), 112.
Perrin, 1.
Perusini, 213.
Petit, 336.
Pinatelle, 221.
Pick, 122.
Piery, 214.
Poggio, 205.
Porot, 218, 219.
Preobrajenski, 148.
Prou, 223.

Rabaud, 496.
Raymond, 154, 223, 225, 333, 422, 423, 502, 503, 504.
Rebizzi, 206, 213.
Redlich, 123.
Régis, 68.
Richelomme, 141.
Roch, 54.
Rochon-Duvigneaud, 223.
Romma, 4 5.
Roques, 216, 217.
Rose, 81.
Rossi, 423, 504.
Rosenthal, 230.
Rothschild (Mme de), 341.
Rotmann, 123.
Roubinowitch, 226.
Roussy, 154, 226, 423, 503.
Royet, 47.

Salaris, 202.
Salmon, 418.
Segre, 208.
Sibenaler, 510.
Sicard, 423.
Siciliano, 207.
Soelder, 126.
Sommer, 138.
Soukanoff, 53.
Souques, 153, 423.
Stanziale, 200.
Stembo, 129.

Taty, 55.
Teissier, 209.
Thévenot, 215.
Thomas, 226, 325
Tiberti, 208.
Tolot, 134, 499.
Touchard, 503.
Toufesco, 199.
Trèves, 205.

Valentino, 63.
Vallon, 222.
Valobra, 199.
Vaschide, 50.
Vigouroux, 151, 335.
Vitek, 140.
Vurpas, 50.

Weber, 197.
Weill, 210, 224.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.