

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

REVUE
DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. BALLEZ, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLANCHARD, BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU,
BRIAND (M.), BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CAT SARAS, CHARPENTIER,
COTARD, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DENY, DUMÉNIL, DURET, DUVAL (MATHIAS),
FERRIER, GAUTIEZ, CÉRENTE, GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET,
HUCHARD, JOFFROY (A.), KAHN (T.), KELLER, KÉRAVAL (P.), KOJEWNIKOF,
LANDOUZY, LEGRAND DU SAULLE, MAGNAN, MAIRET, MARANDON DE MONTYEL,
MARIE, MAYGHIÈRE, MAYOR, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, PARINAUD, PETEL,
PIERRET, PIGNOL, PITRES, POPOFF, RAYMOND, REGNARD (P.), REGNARD (A.),
RICHER (P.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SIKORSKY, TALAMON, TARNOWSKY,
TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIÈRE (E.), VAILLARD, VIGOUROUX (R.),
VOISIN (J.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRE**

Dessinateur : **LEUBA.**

Tome X. — 1885.

Avec 3 planches et 9 figures dans le texte.



PARIS
BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes.

1885

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

NEUROLOGIE

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

DEUX NOUVEAUX CAS DE SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE SUIVIS D'AUTOPSIE;

Par J.-M. CHARCOT et P. MARIE.

La nature essentiellement systématique de la sclérose latérale amyotrophique est actuellement admise par la grande majorité des auteurs; et la localisation toute spéciale des lésions dans la moelle et le bulbe est trop bien connue pour qu'il soit nécessaire d'en parler plus longuement.

Depuis quelques années, la question a fait de nouveaux progrès. La lésion du faisceau pyramidal dans tout le segment de l'axe cérébro-spinal situé au-dessus du bulbe, est aujourd'hui un fait absolument démontré.

C'est d'abord dans les pédoncules que cette lésion a été observée (Charcot, Kahler et Pick¹), elle avait aussi été constatée dans la protubérance, et M. Leyden lui-

¹ Kahler et Pick. — *Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems*, Leipzig. 1879.

même la signala dans ses cas de paralysie bulbaire, qui, comme l'a démontré l'un de nous, *rentrent tout naturellement dans le cadre de la sclérose latérale amyotrophique*.

En même temps que la sclérose du pied des pédoncules, Kahler et Pick notaient une certaine atrophie des circonvolutions motrices et émettaient l'opinion que cette diminution de volume était probablement l'indice de lésions dégénératives du même ordre que celles qui existaient dans les autres points du faisceau pyramidal ; mais ces auteurs n'avaient pas constaté directement l'existence de ces lésions dans les circonvolutions. Il restait donc là une lacune, elle fut comblée en 1883 par le mémoire de Kojewnikoff¹, qui, dans une autopsie minutieusement conduite, constata dans la substance blanche du cerveau l'existence de nombreux corps granuleux situés, à n'en pas douter, sur le trajet du faisceau pyramidal, ainsi qu'il résulte de la description de l'auteur¹ et des planches annexées à son travail.

A ce cas unique, nous pouvons maintenant en ajouter deux autres, dans lesquels la présence des corps granuleux dans les différentes parties du trajet intra-cérébral du faisceau pyramidal était des plus nettes (capsule interne, — circonvolutions motrices). Mais, de plus, dans ces deux cas, nous avons pu, pour la première fois constater la disparition des grandes cellules pyramidales qui existent normalement dans la région de l'écorce située au niveau du lobe paracentral.

La démonstration est donc aujourd'hui complète :

¹ Kojewnikoff. — *Archives de Neurologie*, 1883, VI, 356.

non seulement la sclérose latérale amyotrophique est étroitement localisée à un système ; mais encore elle affecte toute la hauteur de ce système depuis la grande cellule pyramidale de l'écorce jusqu'à la grande cellule des cornes antérieures de la moelle, d'où elle s'étend finalement jusqu'à l'élément musculaire périphérique.

OBSERVATION I. — *Début par raideur de la jambe gauche. Six mois après, parésie du bras droit. — Gêne légère de la parole. — Deux mois plus tard, atrophie de l'éminence thénar droite, augmentation des troubles de la parole. — Puis paralysie complète avec phénomènes spasmodiques qui disparaissent ensuite. — Augmentation de l'atrophie des mains. — Troubles de la déglutition, de la respiration, de la circulation. — Mort un an après le début. — Corps granuleux dans toute la hauteur du faisceau pyramidal, y compris les circonvolutions motrices. — Disparition des grandes cellules pyramidales de l'écorce.*

Dupont (Sébastienne), soixante ans, couturière, née à Lyon, entre à l'hôpital Tenon, salle Magendie, 6, le 31 juillet 1883 dans le service de M. HUCHARD, qui a bien voulu nous communiquer les notes qui suivent.

Antécédents. — La grand'mère paternelle serait morte hémiplegique ; sa mère est morte de chagrin (?) à l'âge de trente-six ans. Son père mort à soixante-dix-neuf ans. Frère mort de la poitrine à l'âge de dix-neuf ans et demi.

Elle a été réglée à douze ans, mariée à quinze ; elle eut treize enfants dans l'espace de dix-neuf ans. Dix de ses enfants sont morts en bas âge, trois sont bien portants. Ménopause à l'âge de quarante-cinq ans.

Aucune maladie antérieure ; elle a, jusqu'il y a huit mois, toujours joui d'une excellente santé.

A ce moment (commencement de décembre 1882), elle remarque que sa jambe gauche devient *raide* quand elle est assise. Ce phénomène se montrait de temps à autre durant une demi-heure en moyenne, et ne se produisait jamais pendant la marche ; en même temps que ces contractures passagères il existait quelques douleurs de reins.

Un mois avant d'entrer à l'hôpital Tenon, elle éprouvait une certaine difficulté pour se peigner de la main droite ; elle prononçait mal certains mots, la parole était quelquefois embarrassée. Elle alla à la Salpêtrière pour consulter M. le professeur Charcot, celui-ci étant absent, elle entra à l'hôpital Saint-Antoine, chez M. Dujardin-Beaumetz, elle n'y resta que quelques jours.

Au moment de son entrée à l'hôpital Tenon, elle accuse des douleurs dans les membres inférieurs, dans les genoux, dans les épaules, etc... Les contractures étaient intermittentes dans la jambe gauche ; il n'y en a jamais eu du côté droit. On ne constate pas d'atrophie des membres ; la marche n'est possible qu'avec une chaise que la malade pousse devant elle ; les jambes se détachent péniblement du sol, elles y sont comme clouées, suivant l'expression de la malade. Exagération des réflexes rotuliens. Pas de tremblement épileptoïde spontané ou provoqué. Sensibilité intacte au toucher, à la douleur et à la température. Le mouvement d'élévation des bras est impossible.

Le facies ne présente aucun caractère particulier. Yeux noirs, assez vifs, langue normale, tremblant un peu. La parole est légèrement embarrassée, certaines consonnes sont pour ainsi dire escamotées, parler lent, monotone, non scandé. Pas de tremblement des mains. Jamais de maux de tête, ni vertiges. L'appareil de la vision semble normal. Appétit excellent, digestions régulières. Pas de fièvre. Poumons et cœur en parfait état.

Lorsque la malade est entrée dans le service le 31 juillet, elle se plaignait surtout de douleurs dans les membres au niveau des jointures et des masses musculaires, douleurs pour lesquelles on prescrit 4 grammes de salicylates de soude par jour. La malade prend ce médicament deux jours seulement et l'on voit se produire certains symptômes bizarres que l'on hésite à mettre sur le compte du salicylate. Ce sont du délire, de violents maux de tête, un embarras plus prononcé de la parole, une accélération du pouls sans fièvre, des étouffements. La suppression du médicament et quelques jours de repos mettent fin à ces accidents.

On remarque alors (8 août) que l'éminence thénar du côté droit est un peu moins volumineuse que du côté gauche ; les mouvements d'opposition du pouce sont lents, difficiles, de

même le premier métacarpien tend à se mettre sur le même plan que les autres métacarpiens ; l'abduction du pouce n'est possible que si la malade prend le pouce avec l'autre main pour le mettre dans la position voulue.

La malade est soigneusement examinée à nouveau, elle se plaint d'avoir ressenti des tremblements fibrillaires dans les régions thénar des deux côtés. Ces mouvements n'ont pu être constatés.

Les contractions primitivement localisées dans le membre inférieur gauche gagnent la jambe droite. Dans ces moments, les membres sont dans l'extension, le bord interne du pied porté en dedans et relevé. Les jambes sont des barres rigides qui retombent tout d'une pièce sans flexion du genou ; jamais il n'y a eu de rapprochement spasmodique des genoux

Quelques jours plus tard, on remarque que la lèvre supérieure a beaucoup perdu de sa mobilité, les consonnes labiales sont mal accentuées ; certains mots dans les phrases sont absolument incompréhensibles. La langue est normale comme volume, elle peut être facilement relevée, creusée en gouttière, sortie et ramenée dans la bouche. Quelques tremblements fibrillaires à la pointe.

L'atrophie de l'éminence thénar droite se prononce *rapidement* ; elle se dessine également à gauche ; les muscles de ces éminences s'atrophient avec une grande rapidité, en même temps que les mouvements du pouce se restreignent de plus en plus chaque jour.

Peu à peu, les pouces sont rejetés en abduction, écartés de la paume de la main, il n'y a plus ou à peine d'opposition ni d'adduction ; les premiers métacarpiens se mettent sur le plan des autres métacarpiens ; les espaces interosseux commencent à se dessiner.

Les muscles des éminences thénar répondent faiblement aux courants induits.

La main n'a pas d'attitude particulière, sauf une demi-pronation.

Pendant le mois de septembre 1883, l'atrophie des éminences thénar des deux côtés a fait des progrès considérables, de même que l'impotence fonctionnelle s'est accentuée.

Les membres inférieurs sont contracturés dans l'extension et l'adduction pendant des heures et quelquefois des journées entières, mais sans douleur.

Absence de trémulation épileptoïde.

Pas d'atrophie des membres inférieurs.

La malade est obligée de garder le lit à partir du commencement d'octobre; elle peut aussi à peine se servir de ses mains, quoique celles-ci ne soient pas déformées. Les mouvements du cou sont lents, la rotation est pénible.

La parole s'embrouille, la paralysie et l'atrophie de la lèvre supérieure sont de plus en plus visibles. Toujours rien de manifeste du côté de la langue et du voile du palais; la voix n'est pas nasonnée.

Jamais d'engouement pendant les repas, ni de retour des aliments par le nez. Les fonctions digestives s'accomplissent bien. La malade urine bien, demande le bassin tous les jours ou tous les deux jours. La nuit, elle dort assez bien, mais la salive s'écoule un peu sur ses vêtements. Quand la malade ne parle pas, ses lèvres sont rapprochées, la bouche est fermée, elle n'a pas « l'air pleurard »; toutefois les sillons naso-labiaux paraissent s'accentuer dans les premiers jours d'octobre. A cette époque les deltoïdes sont mous, flasques, très atrophiés; un contraste frappant existe entre les membres inférieurs et les supérieurs; ces derniers sont devenus grêles; les premiers, au contraire sont volumineux et assez adipeux.

Les battements du cœur ont toujours été réguliers. Respiration normale dans les deux poumons.

16 octobre.— Tous les symptômes sont encore plus accusés; depuis quelques jours seulement les mains ont commencé très rapidement à prendre l'attitude de la griffe; les phalanges sont fléchies, la main est presque continuellement dans la pronation, les mouvements de supination sont très limités et presque impossibles, les fléchisseurs des doigts forment, au niveau du poignet, des reliefs très marqués, par suite de l'état de contracture des muscles; les mouvements d'élévation du bras sont impossibles, et lorsqu'on imprime des mouvements de flexion ou d'extension au membre au niveau de l'articulation du coude et du poignet, on sent une certaine raideur, une certaine résistance, ce qui prouve que les fléchisseurs et les extenseurs sont à peu près également contracturés.

Les membres inférieurs sont depuis trois jours, le siège d'un œdème assez considérable, œdème très probablement paralytique et qui ne semble pas devoir être attribué aux troubles cardiaques constatés aujourd'hui seulement. Ces troubles car

diaques qui n'existaient certainement pas les jours précédents, consistent en irrégularités et inégalités et intermittences cardiaques. Aucun bruit de souffle n'est perçu ; la malade ne s'est jamais plainte de palpitations.

La lèvre supérieure paraît atrophiée ; la malade mange avec maladresse, elle laisse échapper, en mangeant, les liquides et les aliments ; la moitié gauche de la langue paraît un peu plus développée que la moitié droite (?). Léger tremblement à la pointe.

Aucun signe de paralysie du voile du palais. La parole est de plus en plus embarrassée, tous les mots sont dits à peu près sur le même ton, parole monotone et trainante.

La malade fut alors, comme nous l'avons dit, envoyée par M. HUCHARD dans le service de M. CHARCOT. Voici les notes qui furent prises sur elle pendant son séjour à la Salpêtrière :

2 novembre 1883. — *Aspect de la face.* — Rien de spécial au front. Orbites assez profonds, espace assez considérable entre la paupière supérieure et l'arcade sourcillière (yeux excavés). Les plis naso-labiaux sont assez marqués, mais non très accentués ; sur tout le pourtour des lèvres, on voit des plis rayonnés en grand nombre. Ces plis existent aussi au niveau du menton.

La partie antéro-externe du cou, au niveau des fibres du peaucier présente aussi des rides assez nombreuses. Les mouvements des paupières s'accomplissent normalement. La malade peut placer ses lèvres dans la position du baiser, elle peut écarter les commissures labiales assez facilement ; mais, dans ce mouvement, la commissure droite est attirée en dehors plus fortement, et un peu plus en haut que la commissure gauche ; à l'état de repos, les lèvres restent entr'ouvertes et laissent voir les dents.

Elle peut tirer la langue sans trop de mal, mais seulement d'une longueur de deux centimètres à peine, et la maintient assez longtemps hors de la bouche. La langue ne semble pas notablement diminuée de volume, mais elle est très pointue, la partie antérieure étant beaucoup moins volumineuse que la postérieure.

La surface de l'organe est à peu près normale. Cependant, il existe quelques légers plissements un peu plus prononcés au niveau des bords (à cet endroit ils sont verticaux) que sur la face dorsale (où ils sont plutôt réticulés).

Le voile du palais encombré de mucosités gluantes, est pendant et symétrique ; lorsqu'on fait pousser un son à la malade le voile du palais se relève à peine. La sensibilité réflexe du voile du palais est un peu diminuée, mais non abolie, que l'excitation porte sur le voile du palais ou sur la paroi postérieure du pharynx. La malade ne peut souffler une bougie qu'à huit centimètres au plus ; lorsqu'on lui bouche le nez à dix ou onze centimètres, la diminution de la puissance du souffle semble donc être due surtout à la faiblesse des forces expiratrices.

La prononciation est extrêmement défectueuse et presque incompréhensible par suite tant de la faiblesse de la voix que de l'articulation défectueuse. Monotonie complète. Les lettres C K G I J Q T Z sont à peu près impossibles à prononcer pour la malade ; au contraire, M F R S V sont assez bien articulés.

Quand on la fait boire les liquides ne remontent pas dans le nez, mais il arrive quelquefois qu'en buvant ou en mangeant quelques aliments s'égarent dans le larynx. Quand elle veut boire, il faut lui approcher le verre des lèvres, et alors elle boit lentement, par petites gorgées, et à chaque gorgée une certaine quantité s'échappe par la bouche, et, rencontrant le liquide qui baigne les lèvres, fait entendre un glou-glou très prononcé. — Les mouvements de diduction de la mâchoire sont conservés.

Les mains présentent une atrophie musculaire manifeste avec déformation caractéristique ; à l'état de repos, elles sont toujours placées tout près l'une de l'autre contre l'abdomen, à peu près à la hauteur du nombril, les avant-bras sont fléchis, en pronation et en adduction.

Les doigts sont fléchis (il y a non seulement flexion de la phalangine et de la phalangette, mais aussi un peu de flexion des articulations métacarpo-phalangiennes), de sorte que les ongles viennent porter dans la paume de la main, du moins, ceux des deux derniers doigts, car le médius et l'index sont écartés de la paume de la main par le pouce fléchi entre eux et celle-ci.

Le pouce est dirigé obliquement en dedans et en bas, de façon que son ongle vient aboutir à la base de l'espace interdigital entre le médius et l'annulaire. Il y a un certain degré d'adduction du premier métacarpien, qui est sur le même plan que les

autres métacarpiens. Les tendons des long abducteur et court extenseur, et, en général, les tendons des extenseurs, font une saillie considérable sur le dos de la main.

Le carpe est un peu en extension sur l'avant-bras, mais se trouve cependant presque dans le prolongement de celui-ci; le premier espace interosseux présente une dépression assez considérable.

Dans la paume de la main, les muscles qui s'attachent au bord interne du premier métacarpien, et tout à fait contre ce bord semblent avoir disparu, de même l'adducteur du pouce; mais, entre l'une et l'autre de ces deux masses musculaires, il reste des muscles formant un bourrelet assez notable. — L'éminence hypothénar n'a pas complètement disparu. On peut, sans trop de peine, étendre passivement les doigts, mais ils restent cependant toujours un peu fléchis dans l'articulation de la phalange avec la phalange. Le pouce peut aussi être écarté de la paume de la main, mais avec une certaine difficulté. Quand on dit à la malade d'étendre volontairement les doigts, on voit qu'elle n'y parvient pas tout à fait, il n'y a que la première phalange qui soit complètement étendue, la phalange reste fléchie. — Elle ne peut écarter ses doigts les uns des autres. Il lui est impossible d'étendre son pouce, tous les mouvements qu'elle peut lui imprimer sont des mouvements de flexion. Elle n'a plus aucune force dans les mains lui permettant de serrer un objet, ni de faire usage de ses doigts.

La description qui précède a été faite surtout pour la main droite, la gauche est un peu moins atrophiée et capable de quelques très légers mouvements, mais présente en somme un aspect tout à fait analogue à celui de la main droite.

On éprouve une difficulté assez grande à étendre l'avant-bras sur le bras, et à peu près la même résistance pour le fléchir. Lorsqu'on cherche à mettre le bras en abduction par rapport au tronc, la malade accuse une certaine douleur dans la région de l'épaule.

Les pectoraux sont assez bien conservés et semblent avoir une certaine force; la malade ne peut mettre les mains sur sa tête, tout ce qu'elle peut faire, c'est de les élever à peu près à la hauteur de sa bouche avec une grande difficulté; elle peut lever légèrement les épaules; elle fait avec le cou tous les mouvements qu'on lui commande.

Les mouvements du grand dorsal existent aussi dans une

certaine mesure ; pendant qu'on l'examine, on constate, dans les masses musculaires du bras et de l'avant-bras droits, des mouvements fibrillaires ; il en est de même à gauche.

Les deltoïdes ne semblent par extrêmement atrophiés, et si la malade ne peut lever les bras, cela tient surtout à la raideur qui existe dans l'articulation scapulo-humérale, et à la douleur que déterminent les mouvements un peu amples dans cette articulation. On voit aussi des mouvements fibrillaires au niveau des deltoïdes et des pectoraux.

Les réflexes tendineux au niveau du poignet (face dorsale et face palmaire) sont très notablement exagérés des deux côtés.

Quant aux extrémités inférieures, elles sont le siège d'un œdème assez prononcé, surtout au niveau des pieds et des jambes remontant jusqu'aux cuisses. Sur les extrémités de chaque premier métatarsien au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, il y a une plaque rouge non ulcérée tenant sans doute à la pression des couvertures.

Légère eschare au talon droit, et sur chaque jambe, à la partie postérieure du mollet, eschare de l'étendue d'une pièce de un franc ; sur les fesses, eschares plus étendues, siégeant vers la partie inférieure du sacrum, à peu de distance du sillon interfessier.

Les membres inférieurs ne sont pas contracturés, et en les soulevant, on fléchit aisément la jambe sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin. Il est impossible, vu l'existence de l'œdème, de dire s'il y a ou non atrophie musculaire. — D'ailleurs, les mouvements du pied sont très limités ; la malade peut, cependant, avec beaucoup d'efforts, arriver à faire quelques mouvements de flexion plantaire, la flexion dorsale est plus difficile ; il existe aussi quelques légers mouvements d'adduction, et quelques mouvements de la jambe ; ainsi, la malade parvient à croiser un peu un pied sur l'autre.

Les mouvements du pied gauche semblent beaucoup plus restreints que ceux du pied droit, mais il en existe encore quelques-uns.

Les réflexes rotuliens sont assez brusques, mais n'ont pas une intensité considérable, et, en somme, ils ne sont pas exagérés. Le phénomène du pied ne peut être provoqué, bien qu'il ait été recherché à plusieurs reprises avec le plus grand soin. Les réflexes cutanés plantaires existent. Quant aux réflexes abdominaux, on ne les constate pas, mais ils sont très difficiles

à rechercher, vu la flaccidité et les rides du ventre, déterminées par les grossesses antérieures; pendant leur recherche, on fait très aisément apparaître des raies vaso-motrices.

La sensibilité au froid ou à la piqure est parfaitement conservée. De même pour les sens spéciaux: les saveurs, les odeurs, les sons, sont parfaitement perçus.

Il n'y a pas d'incontinence d'urine ni des matières, quoique, en réalité, la malade soit fréquemment souillée par celles-ci; mais c'est, dit-elle, parce qu'elle ne peut se faire comprendre et demander le bassin quand il le faudrait, car, affirme-t-elle, elle sent très bien qu'elle a besoin.

Le pouls est déprimé, 80 par minute, mais très irrégulier: tantôt il y a des intermittences, tantôt des battements précipités. — L'auscultation du cœur ne révèle pas de souffles, mais une faiblesse considérable des battements et les irrégularités déjà constatées par le pouls.

La respiration est, elle aussi, notablement troublée, parfois la malade éprouve de la dyspnée, sans que cependant il existe des accès d'une intensité très grande.

Les eschares augmentent de dimensions, des phénomènes fébriles commencent à se manifester.

Mort en décembre 1883, probablement dans une syncope.

M. le Dr Vigouroux, chef du service électro-thérapeutique de la Salpêtrière, nous a donné sur l'examen électrique de la malade les notes suivantes; par suite de l'état assez grave où se trouvait la malade, et de la présence des eschares; cet examen a été assez difficile.

DROITE.

GAUCHE.

Nerf frontal.

Farad. 440 millim.
Galvan. 42 El. 45° K S Z.

Idem.
Id.

Nerf facial.

Farad. 440
Galvan. 16 El. 45° K S Z.

Idem.
16 El. 50° K S Z.

Des deux côtés, la contraction n'a lieu que dans le domaine du facial supérieur.

Tous les muscles de la face sont normaux faradiquement, sauf une légère diminution d'excitabilité; seul, le grand zygomatique droit est inexcitable.

L'orbiculaire des lèvres répond à 100 millimètres d'écartement pour la lèvre inférieure, et à 90 pour la supérieure (qui est par conséquent moins excitable). Galvan. 8 El. 50° K S Z > A S Z des deux côtés.

DROITE.

GAUCHE.

Muscle grand zygomatique.

Galv. néant. | 16 El. 90° K S Z.

Houppes du menton.

Galv. 16 El. 95° K S Z. | Idem.

Nerf accessoire.

Farad. 400 millim. | 85 millim.
Galvan. 20° K S Z. | 14 El. 60° K S Z.

Muscle sterno-mastoïdien.

Farad. 400 millim. | Idem.
Galvan. 12 El. 100° K S Z = A S Z. | Id.

Nerf radial dans la gouttière.

Galvan. 20 El. 50° K S Z. | 18 El. 80° K S.

Extenseur commun des doigts.

Farad. 80 millim. | 70 millim.
Galvan. 20 El. 35° K S. | 18 El. 90° K S Z.

Long supinateur.

Farad. 70 millim. | 68 millim.
Galvan. 24 El. 60° K S Z. | 16 El. 90° K S Z = A S Z.

Premier radial externe.

Farad. 70 millim. | Idem.

Deuxième radial externe.

Farad. 70 millim. | 68 millim.
Galvan. 24 El. 50° A S Z = K S Z. | 24 El. 100° K S Z = A S Z.
(Contraction brusque).

DROITE.

GAUCHE.

Long abducteur du pouce.

Néant.

| Galvan. 12 El. 50° K S Z.

Muscles thénar.

Farad. 50 millim.

Idem.

Galvan. 36 El. 60° A S Z.

| 36 El. 100° K S Z = A S Z.

Ce résultat est douteux, on ne le constate pas nettement lorsque l'électrode indifférente est appliquée au dos de l'avant-bras.

DROITE.

GAUCHE.

Muscles hypothénar.

Néant.

| Néant.

Premier interosseux.

Farad. 83 millim.

Néant.

Galvan. 34 El. 100° A S Z.

| Néant.

Douteux.

Les autres Interosseux dorsaux.

Néant.

Les contractions obtenues sont, pour tous ces muscles, rapides, mais faibles et très peu étendues en raison de la raideur. — L'excitation de l'extenseur commun des doigts et des muscles de la main secoue les fléchisseurs et les triceps.

Les seuls muscles où la contraction soit lente (bien qu'extrêmement faible) sont le premier interosseux dorsal et les muscles thénar.

En résumé, pas de réaction de dégénérescence bien évidente, mais diminution notable de l'excitabilité faradique et surtout galvanique. Résistance électrique de la peau notablement moindre à gauche.

Excitabilité mécanique augmentée.

Membres inférieurs non examinés à cause de l'œdème.

AUTOPSIE. — Les poumons sont très congestionnés ; le foie et le rein sont normaux ; le cœur petit ne présente aucune lésion apparente ; la rate est grosse et d'une coloration très foncée.

Les membres supérieurs sont dans un état de rigidité bien caractérisée.

Les muscles de l'éminence thénar sont un peu moins rouges qu'à l'état normal, ceux de la région hypothénar semblent encore encore moins affectés ; les lombricaux sont un peu jaunâtres, les interosseux ne sont pas très notablement atrophiés, mais présentent, eux aussi, une coloration jaunâtre.

Les muscles du bras et de l'avant-bras ont une coloration normale : le deltoïde est un peu jaunâtre.

Les muscles des membres inférieurs ont un aspect normal ; les veines principales des membres sont ouvertes pour rechercher si, dans quelque point, il existe une thrombose à laquelle on puisse rapporter l'œdème des membres inférieurs ; on n'en trouve aucune trace.

Le diaphragme a, lui aussi, un aspect normal.

Les hémisphères cérébraux ne présentent rien à signaler, les circonvolutions motrices ne semblent pas diminuées de volume.

Les surfaces de section de la moelle fraîche montrent une congestion assez intense de la substance grise (coloration hortensia), et, en certains points, une légère teinte grisâtre siégeant par plaques soit au niveau des cordons latéraux, soit au niveau des cordons postérieurs, d'une façon d'ailleurs très irrégulière.

EXAMEN MICROSCOPIQUE¹. — *Circonvolutions*. — En outre de celles dont nous allons parler, quelques circonvolutions des régions frontale et occipitale ont été examinées, de façon à être certain que les lésions que nous constatons étaient bien spéciales aux régions où on les trouvait et ne dépendaient pas d'une altération artificielle plus ou moins étendue de la substance nerveuse.

Hémisphère droit.

Circonvolution frontale ascendante droite au niveau du lobule paracentral. — On voit un très grand nombre de corps granuleux disposés en séries linéaires dirigées de l'écorce vers le centre ovale ; en explorant toute la coupe on ne peut trouver une seule grande cellule pyramidale.

¹ Pour ne pas allonger démesurément ce travail, nous ne donnerons avec détails dans l'une et l'autre observation que ceux des résultats de l'examen microscopique qui présenteront quelque chose de spécial ; pour le reste, nous nous bornerons à une simple énumération, notamment pour les nerfs et les muscles.

Circonvolution pariétale ascendante droite au niveau du lobule paracentral. — Dans une partie seulement de la coupe existent les corps granuleux ; on ne trouve plus de grandes cellules pyramidales.

Dans le reste de la *circonvolution frontale ascendante*, en se dirigeant vers la scissure de Sylvius ; on retrouve encore des corps granuleux dans les coupes pratiquées à l'union du tiers supérieur de cette circonvolution avec les deux tiers inférieurs ; plus bas, on n'en voit plus ; les grandes cellules pyramidales font à peu près complètement défaut ou, quand il en existe, c'est à l'état pour ainsi dire isolé.

Dans le reste de la *circonvolution pariétale ascendante* il n'y a plus de corps granuleux ; les grandes cellules pyramidales se comportent comme dans la partie correspondante de la frontale ascendante et sont très rares.

Hémisphère gauche.

Circonvolution frontale ascendante au niveau du lobule paracentral. — Quelques corps granuleux ; on constate l'existence d'une ou deux grandes cellules pyramidales sur chaque coupe.

Circonvolution pariétale ascendante au niveau du lobule paracentral. — Pas de corps granuleux ; les grandes cellules pyramidales se voient ici en plus grande quantité, tout en n'étant cependant pas aussi nombreuses que sur un cerveau normal.

Le reste de ces deux circonvolutions n'a pas présenté de corps granuleux ; nous devons ajouter que, par suite de certains défauts de technique, les résultats négatifs de l'examen des circonvolutions à ce niveau ne peuvent être considérés comme absolument certains, bien qu'ils aient de grandes chances d'être conformes à la réalité.

Capsule interne. — Les corps granuleux existaient des deux côtés dans la capsule interne, mais en quantité très inégale dans l'un et l'autre hémisphère.

Dans l'*hémisphère gauche*, ils étaient assez nombreux et se présentaient sous la forme de deux traînées étendues entre le noyau lenticulaire et la couche optique. Quoique tout à fait voisines l'une de l'autre, ces traînées ne se confondaient cependant pas complètement. — Elles siégeaient un peu en arrière d'une ligne, partageant par moitié la partie de la capsule interne comprise entre l'angle interne du noyau lenticulaire

(coude de la capsule) et son angle postérieur. Dans le sens antéro-postérieur ces trainées occupaient l'une (l'antérieure) l'épaisseur d'environ quatre ou cinq des faisceaux de fibres nerveuses qui se trouvent dans cette région et dont la coupe affecte une forme ovalaire à grand axe dirigé de la couche optique vers le noyau lenticulaire ; — l'autre (la postérieure), moins étendue aussi bien dans le sens antéro-postérieur que dans le sens transversal, n'occupait guère que la largeur de deux ou trois de ces faisceaux de fibres. De sorte qu'en somme, la surface occupée par ces deux trainées de corps granuleux était, on le voit, assez restreinte.

Dans l'*hémisphère droit*, les corps granuleux existent aussi, mais en nombre beaucoup moins considérable, et demandent à être recherchés avec beaucoup d'attention ; on n'en trouve qu'un seul groupe de forme à peu près arrondie, situé dans le voisinage du noyau lenticulaire dans un point correspondant à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs du bord interne du noyau lenticulaire (compris entre l'angle interne et l'angle postérieur de ce ganglion). — La surface occupée par ce groupe unique de corps granuleux est très peu étendue, puisqu'on ne compte sur chaque coupe qu'environ une trentaine de ces corpuscules.

Dans la *couche optique*, non plus que dans le *noyau lenticulaire* on ne trouve de corps granuleux, ces gauglions ne présentent pas de lésions apparentes ; les faisceaux de fibres qui traversent la couche optique sont notamment très bien développés.

Pédoncules. — Le pédoncule *gauche* seul a pu être examiné par la méthode de la congélation.

Les corps granuleux y sont extrêmement abondants et se voient avec la plus grande netteté, pour ainsi dire du premier coup d'œil. Ils sont situés à la partie moyenne de la face antérieure du pédoncule, dans la région qui est considérée comme donnant passage aux fibres du faisceau pyramidal ; ils forment trois groupes qui, d'ailleurs, ne sont pas nettement séparés les uns des autres mais correspondent à la segmentation produite dans les fibres du pédoncule par les travées fibro-vasculaires qui occupent cette région. — Ces corps granuleux sont, d'ailleurs, plus abondants à la surface du pied du pédoncule que dans la profondeur de celui-ci. On n'en trouve aucun dans l'espace occupé par les cellules du locus niger non

plus que dans les autres régions de l'étage supérieur du pédoncule.

Protubérance. — La protubérance ayant été séparée en deux moitiés par une coupe verticale sagittale, on rechercha les corps granuleux sur la moitié droite par la méthode ordinaire de dissociation) mais sans résultat (nous devons ajouter que cette dissociation ayant été pratiquée au moment même de l'autopsie, un petit nombre de préparations seulement furent faites et que cette recherche ne fut pas exécutée avec assez de persévérance pour pouvoir affirmer l'absence de corps granuleux dans la moitié droite de la protubérance, on peut tout au plus en conclure que ceux-ci étaient peu abondants.

La moitié *gauche* fut examinée après congélation, et on y constata nettement l'existence de corps granuleux réunis en un petit groupe unique situé environ à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, et dans le sens transversal un peu en dedans d'une ligne antéro-postérieure partageant cette moitié de la protubérance en deux parties égales.

Moelle. — Les racines antérieures des 4 premières paires de la région cervicale sont manifestement atrophiées, celles des autres paires semblent un peu moins volumineuses qu'à l'état normal, presque toutes sont plus rouges et semblent plus vascularisées qu'à l'état normal; à l'examen microscopique on ne constate nettement de lésions que sur les racines antérieures cervicales.

Coloration par le carmin des coupes de la moelle :

Région cervicale. — Outre la sclérose du faisceau pyramidal croisé et direct, il existe encore dans la substance blanche, au niveau de l'angle externe des cornes antérieures, une sclérose qui forme une zone transversale s'étendant presque jusqu'à la périphérie de la moelle; dans la région de substance blanche qui s'étend au-devant de la partie antérieure de la corne antérieure, la sclérose est beaucoup moins marquée. Les faisceaux de Goll présentent une coloration un peu plus foncée qu'à l'état normal. Les faisceaux cérébelleux directs sont intacts.

Dans la substance grise il y a une diminution considérable du nombre des grandes cellules motrices; cette diminution est d'ailleurs un peu variable, suivant les différentes coupes. Sur quelques-unes, on voit à peine deux au trois cellules dans chaque corne antérieure, souvent leurs prolongements ont même

en partie disparu, elles se colorent d'une façon très intense par l'acide osmique ; sur d'autres coupes il y en a un plus grand nombre, c'est généralement alors le groupe antéro-externe qui est le mieux conservé.

— Les noyaux sont augmentés de nombre tant dans les parois des vaisseaux que dans le tissu de la substance grise.

Région dorsale. — Mêmes lésions que pour la région cervicale : — la bande de sclérose s'étend en avant jusqu'à la périphérie de la moelle au niveau de l'extrémité antérieure, de la corne antérieure ; en dedans, elle se confond avec la substance grise, en dehors laisse libre le faisceau cérébelleux. Coloration plus foncée des faisceaux de Goll. Les cellules motrices des cornes antérieures ont beaucoup diminué de nombre, surtout dans la partie supérieure de cette région. Les colonnes de Clarke sont bien conservées.

Région lombaire. — Dans la substance blanche, la sclérose est presque localisée étroitement à la région occupée par le faisceau pyramidal dans ce segment de la moelle. Les cellules motrices des cornes antérieures sont abondantes et semblent saines, seul le groupe antéro-interne semble plus pauvre qu'à l'état normal.

Avec la coloration de Weigert (hématoxyline), on constate sur les différentes coupes de la moelle les faits suivants : Dans les faisceaux pyramidaux, les fibres nerveuses sont moins abondantes qu'à l'ordinaire, mais le nombre n'est pas aussi diminué que pouvait le faire supposer la coloration intense de cette région par le carmin ; les fibres nerveuses existent encore en grande quantité, mais ce sont presque exclusivement les très minces fibres qui persistent. Quant à ces grosses fibres qui sur une moelle normale se voient si nettement avec leur volumineux cylindre-axe, elles ont presque entièrement disparu.

Dans la substance grise des cornes antérieures, le nombre des fibres nerveuses est diminué d'une façon très notable ; (déjà, dans un cas de sclérose latérale amyotrophique, Kahler avait pu constater cette diminution au moyen de la coloration par fuchsine acide) (Weigert). Dans la moelle lombaire, le nombre des fibres nerveuses de la substance grise semble normal.

Les fibres nerveuses qui constituent les zones radiculaires antérieures semblaient aussi moins abondantes qu'à l'état

normal. Au contraire, les fibres radiculaires postérieures étaient très belles.

Dans les cordons de Goll, le tissu conjonctif est plus abondant qu'à l'ordinaire; ainsi qu'on pouvait le prévoir d'après la coloration plus foncée constatée avec le carmin, les travées en sont plus grosses et plus nombreuses. De plus, les fibres nerveuses semblent un peu moins nombreuses que dans des moelles normales prises comme terme de comparaison. Ces caractères sont surtout nets sur des coupes de la région cervicale au niveau d'une zone siégeant à l'union de la moitié antérieure avec la moitié postérieure du faisceau de Goll, près de la ligne médiane, et s'étendant un peu dans l'intérieur de ces cordons.

Aucune apparence anormale dans les faisceaux de Burdach.

Les coupes faites par congélation ont permis de voir très nettement les corps granuleux dans les faisceaux pyramidaux directs et croisés; dans ces derniers, ils dépassaient un peu le territoire généralement assigné à ces cordons, surtout vers leur partie antérieure. Mais ces coupes n'ont été pratiquées que dans la région cervicale.

Quant aux *organes périphériques*, parmi les plus atteints, il faut citer :

La langue qui présente une diminution de nombre et de volume des fibres musculaires avec surcharge graisseuse et légère augmentation du tissu conjonctif interstitiel.

Les muscles thénar et hypothénar qui laissent voir d'une façon nette les lésions atrophiques ordinaires de la sclérose latérale amyotrophique.

Le nerf hypoglosse est nettement altéré. Quant aux autres nerfs (médian, cubital, radial), ils ne présentent pas de lésions tout à fait certaines.

Le deltoïde a quelques fibres dégénérées; le long supinateur n'est pas altéré.

Le cœur présente une pigmentation assez accentuée; sa striation n'est pas très belle, mais tout cet aspect ne diffère pas assez de ce que l'on constate à l'état normal, pour affirmer qu'il soit pathologique.

Nous n'avons pas eu à notre disposition de nerfs ni de muscles des extrémités inférieures.

OBSERVATION II. — *Début par difficulté de la parole et de la déglutition. — Quatre mois plus tard, attaque apoplectiforme suivie d'augmentation des troubles bulbaires. — Parésie puis atrophie des membres supérieurs. — Paralysie des membres inférieurs avec phénomènes spasmodiques. — Mort deux ans après le début. Corps granuleux dans toute la hauteur du faisceau pyramidal, y compris les circonvolutions motrices. — Diminution du nombre des grandes cellules de l'écorce.*

Bornic..., soixante ans, couturière, envoyée le 15 novembre 1884, dans le service de M. le professeur Charcot, par M. le Dr Brissaud, avec le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique.

Tous les renseignements qui suivent nous ont été, vu l'impossibilité de parler où était la malade, fournis par la fille de celle-ci, avec une intelligence et une précision très notables ; nous avons pu, d'ailleurs, en contrôler l'exactitude en les relisant devant la malade et l'invitant à nous faire comprendre par des signes de tête s'il n'y avait rien à modifier.

Les *antécédents héréditaires* n'ont pu être recherchés, la fille de la malade ne connaissant ni ses grands parents ni ses collatéraux.

Quant aux *antécédents personnels*, les seuls que nous ayons pu nous procurer sont les suivants : la malade a eu sept enfants, la plupart sont morts en bas âge, un seul survit, la fille dont nous avons parlé plus haut.

Elle a eu deux érysipèles de la face, à peu d'intervalle l'un de l'autre : le premier en 1880, le second en 1881 ; dans aucun ne se montrèrent d'accidents nerveux notables. Quant à l'affection actuelle, voici quels auraient été ses débuts :

C'est en novembre 1882 qu'on commença à remarquer une certaine difficulté de la parole, la malade parlait confusément, « il semblait qu'elle grelottait lorsqu'elle se mettait à parler » ; à ce moment déjà, elle mangeait un peu difficilement, mais continuait cependant à faire, comme d'habitude, son travail de couture.

En mars 1883, un soir après dîner, se sentant un peu indisposée, elle sort dans la cour pour se promener. Deux ou trois minutes après, sa fille l'entend frapper à la fenêtre, elle sort aussitôt et trouve sa mère étendue sur le dos, la bouche un peu tirée à gauche, les yeux blancs ; la malade était alors sans

connaissance, mais elle revint à elle dès qu'on la releva; la fille affirme qu'elle n'était paralysée d'aucun membre; on la coucha, elle dormit assez mal; dès ce moment, on remarqua que la salive avait une tendance à s'écouler de sa bouche et que la parole était beaucoup plus embarrassée, non pas par aphasie, mais par dysarthrie (nous avons assez insisté sur ce point de l'interrogatoire pour pouvoir l'affirmer). C'est à partir de ce moment que la langue a cessé de pouvoir se mouvoir d'une façon normale.

Le lendemain matin, lorsqu'on chercha à la faire manger, on s'aperçut qu'elle ne pouvait que boire, on la conduisit alors à l'hôpital Tenon; elle put faire le chemin à pied sans difficulté et sans qu'on remarquât la moindre paralysie des membres.

Pendant le séjour à Tenon, la fille dit avoir remarqué que la langue allait de pis en pis; pendant les premiers jours de son entrée, on avait tenu la malade au lit, mais elle ne tarda pas à se lever, elle allait et venait dans la salle, et n'avait aucune peine pour marcher.

Le 30 mai 1883, elle quitte l'hôpital et revient chez sa fille; elle parlait encore, mais très fortement du nez; ne pouvait manger que des aliments trempés et des panades, ne pouvait plus travailler à l'aiguille, son pouce droit avait une tendance à rester fléchi, mais faisait encore son ménage (moins facilement d'ailleurs qu'avant sa maladie), se sentait plus faible, marchait encore très bien.

En novembre 1883, elle eut pendant quelque temps dans les membres des crampes très fortes, mais n'éprouva jamais de douleurs à proprement parler.

En mars 1884, la difficulté de la parole était devenue telle qu'on ne pouvait plus la comprendre.

Tous ces phénomènes ne firent que s'aggraver: c'est vers la fin d'avril et le commencement de mai qu'on commença à remarquer un peu d'amaigrissement des muscles, surtout du côté droit du corps, spécialement à la main droite. En mai, on s'aperçut que la malade, en marchant, allait de travers, mais il paraît que cela n'était pas continu et survenait par crises, elle titubait comme une personne ivre, ne marchait pas sur la pointe des pieds, mais son corps se raidissait, et la tête était penchée en avant.

Huit jours après l'apparition de ce nouveau symptôme, elle

entra de nouveau à l'hôpital Tenon. La parole, qui était déjà incompréhensible, ne se composait plus que de quelques sons inarticulés; cette fois encore, la malade a pu aller à pied à l'hôpital; mais, à partir de ce moment, elle a commencé à ne plus pouvoir marcher qu'en se tenant aux lits et peu à peu elle est arrivée à ne plus marcher du tout.

Etat actuel (24 novembre 1884). — La malade reste toujours couchée, la tête soutenue par des oreillers, les plis nasolabiaux sont très accentués; la lèvre inférieure un peu tombante forme une espèce de moue; la salive s'écoule de la bouche; les rides du front sont très prononcées.

Aux membres supérieurs on constate un certain degré d'atrophie plus marquée à la main droite qu'à la gauche. (Les membres supérieurs ont d'ailleurs montré de l'atrophie avant les membres inférieurs, et tout d'abord dans la main droite où l'index et le pouce ont commencé à se fléchir); dans la main droite, les deux dernières phalanges des doigts sont un peu fléchies, les interosseux commencent à se prendre, d'où un certain degré de déformation en patte de singe; la flexion et l'extension sont cependant encore assez bien conservées dans les différents segments des membres supérieurs, mais beaucoup mieux d'ailleurs à gauche qu'à droite, la main gauche est à peine atteinte et la malade peut encore s'en servir pour un assez grand nombre de mouvements. Légère résistance des membres supérieurs aux mouvements passifs. La main droite est plus rouge et peut-être un peu plus froide que la gauche.

Au dynamomètre, main gauche = 13 k.; — main droite = 7 k.

Dans les membres inférieurs, résistance cirieuse aux mouvements passifs; ces membres naturellement étendus sont dans l'adduction, quelquefois ils se fléchissent la nuit involontairement d'eux-mêmes; la malade ne peut les fléchir et les étendre que d'une façon lente et par saccades successives; la flexion complète est impossible.

Les extenseurs résistent assez bien, les fléchisseurs beaucoup moins. — La flexion dorsale du pied est impossible à la malade, la flexion plantaire s'exécute un peu, les pieds sont un peu tombants. — Les muscles des extrémités inférieures sont, comme ceux de presque tout le corps, agités de palpitations fibrillaires.

Lorsqu'on fait lever la malade, elle ne peut faire quelques

pas qu'en se tenant aux lits voisins, et encore faut-il la soutenir. La tête et le tronc sont très penchés en avant. La plus grande partie de la plante du pied pose sur le sol; mais, lorsqu'on soutient la malade pour l'aider à marcher, les pieds ne portent que sur les pointes et se prennent l'un dans l'autre.

Lorsque, dans le lit, on veut écarter ses deux jambes, on éprouve une notable résistance.

Les muscles du cou sont atteints eux aussi, la malade ne peut tenir sa tête, celle-ci tombe en arrière quand elle n'est pas soutenue. Quand la malade veut, pendant qu'on l'interroge faire un signe négatif, elle est obligée de remuer presque tout le tronc pour imprimer à sa tête le mouvement désiré.

On constate aussi une atrophie très notable du trapèze, du rhomboïde et des muscles de l'épaule en général¹.

Quant à la face, les rides du front sont prononcées, les sourcils relevés; la malade ne peut que très incomplètement ouvrir la bouche, les arcades dentaires s'éloignent légèrement et la salive s'écoule hors de la bouche en plus grande abondance par la commissure labiale droite.

Elle ne peut ni tirer la langue, ni la porter soit en haut, soit latéralement; si, avec le manche d'une cuiller, on écarte les arcades dentaires, on voit la langue aplatie sur le plancher buccal; la moitié antérieure est très notablement plus atrophiée que le reste de l'organe et présente plusieurs plis transversaux formant comme des rides en travers du tiers antérieur de l'organe.

Quand on lui dit d'avaler, par exemple, un peu de bouillon, elle ne le fait qu'à l'aide d'une cuiller; elle remplit celle-ci à moitié, en projette le contenu dans la cavité buccale et la retire avec une certaine rapidité, afin de recueillir, au niveau du menton, la portion du liquide qui sans cela tomberait sur sa chemise; l'autre portion qui est restée dans la bouche donne lieu, au moment de sa déglutition à une sorte de glouglou facilement perceptible pour les personnes avoisinantes; il est rare que les liquides s'engagent dans les fosses nasales.

De temps en temps la malade fait entendre un gémissement

¹ Les notes prises par M. Vigouroux sur l'état électrique des muscles et des nerfs ont été perdues; les résultats qu'il avait obtenus ne s'éloignaient d'ailleurs en rien de ce qu'on observe ordinairement dans la sclérose latérale amyotrophique.

sourd et étouffé; quoiqu'elle ne puisse articuler, elle peut émettre des sons laryngés mais sans modulations.

Elle ne peut ni souffler ni siffler. — Impossibilité des mouvements de la mâchoire. — Tendance à rire ou à pleurer sans motif. — La sensibilité à la piqûre au pincement, à la température est normale.

La malade n'éprouve pas de douleurs, la seule sensation pénible qu'elle ressent est un serrement au niveau de la région sternale.

Les réflexes tendineux sont exagérés aux membres supérieurs et inférieurs; trépidation du pied bien marquée. — Quand on percute avec le marteau de Skoda le maxillaire inférieur au voisinage de l'insertion du masséter, on détermine très nettement la contraction de ce muscle et avec plus d'intensité qu'à l'état normal.

Le réflexe cutané de la plante du pied est conservé.

Le réflexe guttural est, lui aussi, conservé; quand la malade a la tête basse, il existe un certain ronflement produit par la stagnation des mucosités au niveau du larynx.

Pouls, 404; respirations, 24; les mouvements du diaphragme pendant la respiration semblent un peu brusques et comme spasmodiques. Rien aux poumons. — Pas d'intermittences cardiaques.

La malade s'affaiblit rapidement et mourut dans la nuit du 27 novembre, probablement par syncope, sans avoir jamais eu d'eschares.

A l'AUTOPSIE les circonvolutions ne présentent, non plus que les méninges, rien de spécial au point de vue macroscopique.

Au microscope, la *frontale ascendante droite* au niveau du lobule paracentral montre d'abondants corps granuleux, disposés en série, rayonnant du centre ovale vers l'écorce; il existe quelques grandes cellules pyramidales, mais leur nombre est notablement diminué; celles qui restent ne sont pas très développées.

La *pariétale ascendante droite* au niveau du lobule paracentral ne contient qu'un très petit nombre de corps granuleux; les grandes cellules pyramidales y ont à peu près complètement disparu, mais les cellules pyramidales moyennes sont, en revanche, très nettes et assez abondantes.

D'autres coupes faites sur le reste du trajet des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ne contenaient pas de corps

granuleux, non plus que les coupes faites immédiatement en avant de la frontale ascendante.

La *frontale ascendante gauche*, contient des corps granuleux en abondance, les grandes cellules pyramidales ont beaucoup diminué de nombre, c'est à peine si on parvient à en trouver quelques-unes.

La *pariétale ascendante gauche* au niveau du lobule paracentral, présente un certain nombre de corps granuleux et une diminution du nombre des grandes cellules pyramidales.

Les autres parties des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes gauches ne contiennent pas de corps granuleux.

Les coupes pratiquées sur le pied de la *troisième circonvolution frontale gauche* au niveau du point où elle se jette dans la frontale ascendante, n'ont pas montré non plus un seul corps granuleux.

Dans la *capsule interne* des deux hémisphères, on retrouvait les corps granuleux, mais dans un nombre et une disposition bien différente si on compare les deux hémisphères entre eux.

Dans la capsule interne *droite*, les corps existent en assez grande abondance; ils occupent dans le sens de la longueur de la capsule interne plusieurs (trois ou quatre) des espaces elliptiques formés par la coupe des faisceaux de fibres nerveux et contenus dans la capsule interne. Ces corps sont au nombre d'une vingtaine environ dans chaque espace elliptique; dans le sens de la largeur, ils occupent presque tout l'espace qui sépare le noyau lenticulaire de la couche optique; de plus, non seulement les corps granuleux existent au niveau des faisceaux de fibres coupés en travers, mais encore dans les travées qui séparent ceux-ci les uns des autres et délimitent les espaces elliptiques dont il est question plus haut. Dans ces travées, les corps granuleux sembleraient dus à la dégénération de fibres se portant du noyau lenticulaire à la couche optique.

Quant à la région de la capsule interne dans laquelle siège cette lésion, elle se trouve un peu en avant de la partie moyenne du tiers postérieur de la capsule interne.

La capsule interne *gauche* présente aussi des corps granuleux, mais en nombre infiniment moindre que de l'autre côté. Ici ils ne se réunissent pas en un groupe, mais sont presque complètement isolés les uns des autres; on peut d'ailleurs constater que les uns, c'est la majorité, sont contenus dans

l'épaisseur des faisceaux elliptiques formés par la section des fibres nerveuses verticalement dirigées, tandis que les autres sont situés dans l'intérieur des travées qui délimitent ces faisceaux elliptiques.

La dimension antéro-postérieure de l'espace dans lequel se rencontrent ces corps granuleux est un peu plus étendue que celle de l'espace occupé par ces éléments du côté opposé; mais leur dissémination est telle du côté gauche qu'ils sont en réalité beaucoup moins nombreux.

La région de la capsule interne où siège cette lésion est située à l'union du tiers moyen avec le tiers postérieur, empiétant plutôt un peu sur celui-ci.

Moelle cervicale. — Le nombre des grandes cellules des cornes antérieures est très diminué. Celles qui persistent et dont le nombre est variable suivant les coupes sont plus petites, plus arrondies; leurs prolongements sont moins nets. Avec la méthode de Weigert, diminution du nombre des fibres nerveuses dans les cornes antérieures.

Dans la substance blanche: sclérose des faisceaux de Türck, sclérose des faisceaux latéraux, occupant non seulement le territoire des faisceaux pyramidaux, mais encore s'étendant en avant d'une façon bien marquée jusqu'au niveau de la partie antérieure de la corne antérieure. Quant à la portion de substance blanche située en avant de celle-ci, elle présente aussi de la sclérose, mais moins accentuée.

Les faisceaux de Goll montrent un certain degré de sclérose dans presque toute leur étendue et, par l'emploi de la méthode de Weigert (hématoxyline et prussiate de potasse), on constate que les fibres nerveuses y sont moins nombreuses, surtout près du sillon postérieur à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs.

Rien à signaler dans les faisceaux de Burdach.

Les coupes faites par congélation et colorées par le bleu de quinoléine montrent les faits suivants:

Corps granuleux au niveau du faisceau pyramidal croisé, existant aussi, mais en petit nombre, en avant de celui-ci; il y a notamment un îlot d'une dizaine de ces corps dans la substance blanche près de la périphérie de la moelle, au niveau d'une ligne horizontale passant par l'angle externe de la corne antérieure. Dans le reste du cordon antéro-latéral, ces corps granuleux n'existent en abondance que dans le faisceau de

Türk; on en trouve quelques-uns encore dans la partie du cordon antéro-latéral située en avant de la corne antérieure, mais ils siègent dans les travées conjonctives qui donnent passage aux fibres radiculaires antérieures et aux vaisseaux; la plupart de ces corps semblent contenus dans les espaces lymphatiques qui entourent ces derniers. Sur quelques coupes on aperçoit un ou deux corps granuleux situés non plus dans les processus radiculaires antérieurs mais bien au milieu des fibres nerveuses et paraissant provenir de la destruction de l'une d'elles; mais c'est, nous le répétons, à l'état complètement isolé.

Les corps granuleux se retrouvent aussi dans quelques-uns des faisceaux de fibres verticales circonscrits par les expansions du tractus intermedio-lateralis.

A la périphérie de la moelle, on en trouve quelques-uns dans le faisceau cérébelleux direct, depuis une ligne frontale passant par les angles externes des cornes antérieures jusqu'au point de sortie de la corne postérieure; au niveau du faisceau pyramidal croisé proprement dit, ces corps sont même assez nombreux dans les faisceaux cérébelleux.

Dans les cordons postérieurs, et notamment dans la partie sclérosée des faisceaux de Goll, nous n'avons jamais vu un seul corps granuleux dans l'épaisseur des fibres nerveuses; on en observe quelquefois en très petit nombre dans l'interstice entre la corne postérieure et le cordon postérieur, mais toujours ils siègent dans les espaces périvasculaires, et proviennent, par conséquent, de points plus ou moins éloignés.

La substance grise contient aussi des corps granuleux, quoique en bien moins grand nombre que la substance blanche; ils siègent, pour la plupart, dans les espaces périvasculaires; quelques-uns sont contenus dans les cellules nerveuses, indiquant ainsi leur altération plus ou moins avancée, tantôt il n'y a pour ainsi dire que quelques fines granulations bleues, siégeant à l'un des pôles de la cellule, tantôt la cellule a presque entièrement disparu et ses restes sont accolés à un volumineux corps granuleux.

Moelle dorsale. — Sa forme n'est pas régulière, le sillon postérieur s'incline très notablement vers la droite, un peu avant d'arriver sur la commissure grise, la corne antérieure droite est plus petite que la gauche; cette malformation n'a d'ailleurs vraisemblablement rien à faire avec la sclérose latérale amyotrophique.

Disparition presque complète des grandes cellules de la substance grise, ainsi que des fibres nerveuses contenues dans celle-ci.

Scélérose des faisceaux pyramidaux et un peu aussi des autres parties du faisceau antéro-latéral.

Scélérose assez nette des cordons postérieurs formant dans chacun de ceux-ci une N dont l'extrémité libre du jambage externe aboutit au coude de la corne postérieure, tandis que le jambage interne se prolonge à son extrémité adhérente d'une longueur égale à lui-même et constitue ainsi une ligne antéro-postérieure située dans le cordon de Goll, et aboutissant par sa partie antérieure à la commissure grise, au niveau de laquelle il se confond avec le jambage analogue (cordon de Goll) du côté opposé; les autres branches de cet N n'atteignent pas en arrière la périphérie de la moelle.

Sur les coupes faites par congélation et traitées par la quinoïéine, on voit que les corps granuleux existent en très grand nombre dans le territoire classique du faisceau pyramidal croisé et un peu en dehors de celui-ci qui se trouve ainsi agrandi dans tous ses diamètres; de plus, on en trouve dans les autres parties du faisceau latéral jusqu'à une ligne frontale passant par la face antérieure des cornes antérieures, mais ils sont à l'état isolé ou par groupes de deux ou trois seulement, un peu plus nombreux dans le voisinage de la substance grise qu'à la périphérie de la moelle. Au devant des cornes antérieures, ces corps granuleux deviennent beaucoup plus nombreux, ils sont surtout abondants dans la partie du faisceau antérieur située près de la périphérie de la moelle, en avant; au contraire, il n'y en a pour ainsi dire pas dans la région qui correspondrait aux faisceaux de Türk.

Dans toute l'étendue des faisceaux antéro-latéraux et dans la partie antérieure de la substance grise, les corps granuleux sont assez abondants dans les espaces périvasculaires.

Un certain nombre de cellules nerveuses des cornes antérieures présentent aussi des granulations bleues plus ou moins volumineuses. Pas de corps granuleux dans les cornes postérieures ni dans les cordons postérieurs.

Moelle lombaire. — La scélérose occupe très nettement le territoire du faisceau pyramidal croisé; il y a, de plus, un très léger épaissement de la névroglie à l'entour des cornes antérieures, mais cela est extrêmement peu remarqué.

Dans les cordons de Goll, le long du sillon postérieur, légère teinte de sclérose ; il y a aussi quelques vestiges de sclérose dans les cordons de Burdach, suivant une traînée dirigée de dedans en dehors, et située à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de ces faisceaux.

Les cellules des cornes antérieures existent en assez grand nombre, mais ne semblent pas cependant tout à fait aussi abondantes qu'à l'état normal. Quelques-unes ont des bras très longs et bien ramifiés, d'autres n'en ont presque pas. Les fibres nerveuses de la substance grise paraissent aussi moins abondantes qu'à l'état normal, mais cela est beaucoup moins net que dans les autres régions.

Sur les coupes par congélation colorées avec le bleu de quinoléine, les corps granuleux sont nombreux dans le territoire du faisceau pyramidal croisé, quelques-uns, aberrants, se trouvent dans le voisinage de celui-ci.

Dans le reste des faisceaux antéro-latéraux, se voient de chaque côté une quinzaine environ de corps granuleux complètement isolés, mais un peu plus nombreux cependant près de la périphérie de la moelle au voisinage de l'extrémité antérieure du sillon antérieur. Quelques corps granuleux se trouvent de plus dans les espaces périvasculaires.

Il y en a très peu dans la substance grise, beaucoup moins que dans les autres régions de la moelle ; un très petit nombre seulement de cellules nerveuses des cornes antérieures ont pris la coloration bleue et peuvent être considérées comme altérées.

Quant aux lésions des organes périphériques, elles n'ont été recherchées que dans un nombre assez restreint de ceux-ci.

Les nerfs *hypoglosses* droit et gauche étaient nettement altérés ; le nerf plantaire interne droit semble présenter aussi quelques fibres altérées et peut-être un peu de sclérose. — Quant aux autres nerfs examinés, nerf cubital droit, nerf médian gauche, nerf collatéral interne du pouce, ils n'ont pas présenté d'altérations, ou, tout au moins, s'il existait quelques légères déviations de l'aspect normal, elles n'étaient pas assez nettes pour qu'on pût les regarder comme sûrement pathologiques. L'examen des coupes du nerf sciatique, à sa partie supérieure, permet de conclure, suivant toute apparence, à la disparition d'un certain nombre de fibres nerveuses.

La langue est, comme nous l'avons dit dans la partie cli-

nique, atrophiée surtout dans sa partie antérieure; au microscope, diminution considérable du nombre et aussi du volume des fibres musculaires, la striation est généralement conservée; pas ou très peu de dégénération granuleuse; mais ce qui domine, c'est une augmentation très accentuée des cellules adipeuses du tissu interstitiel.

Dans le *larynx*, le muscle de la corde vocale inférieure était altéré d'une façon évidente, les muscles voisins ne l'étaient pas, ou l'étaient beaucoup moins.

Parmi les muscles des extrémités, les interosseux palmaires du troisième espace, à droite et à gauche, ont des fibres diminuées de volume, dont la striation manque ou est peu nette, et, contenant quelques granulations graisseuses dans certains points, l'augmentation du nombre des noyaux n'est pas considérable; pas d'augmentation notable du tissu conjonctif.

Dans le court fléchisseur des orteils droits, la striation a en grande partie disparu: granulations graisseuses, augmentation du nombre des noyaux.

Le long supinateur, le jambier antérieur, le biceps fémoral n'ont pas paru altérés¹.

Nous croyons nécessaire de donner quelques détails sur la technique que nous avons employée pour la recherche des corps granuleux, dans l'intérieur des hémisphères cérébraux et dans la moelle.

Toutes les coupes ont été faites par la méthode de congélation (microtome de Roy, perfectionné par Malassez), le centre ovale ayant été préalablement dessiné par transparence sur une lame de verre était divisé en carrés de 3 centimètres de côté environ; sur chacun de ces carrés étaient faites, après congélation, des coupes de 1 à 2 cinquantièmes de millimètre.

¹ L'examen du bulbe n'a pu encore être fait complètement, la série des coupes méthodiques pratiquées avec un soin tout particulier et une grande habileté par M. le Dr Melotti (de Bologne) n'étant pas encore tout à fait terminée; nous avons pu cependant constater dans les deux observations les altérations classiques des faisceaux pyramidaux et du noyau de l'hypoglosse.

On peut ainsi non seulement voir très nettement les corps granuleux, mais encore les voir *in situ* et par conséquent arriver à étudier leur localisation de la façon la plus minutieuse; c'est là un avantage incontestable sur la méthode par dissociation au moyen des aiguilles avec laquelle il est absolument impossible d'explorer tous les points d'une surface un peu étendue et qui, même en ayant soin de diviser en morceaux très petits la pièce à examiner ne donne sur la place occupée par les corps granuleux que des renseignements peu précis.

Quant à la recherche des corps granuleux eux-mêmes dans les coupes, plusieurs cas peuvent se présenter : 1° les coupes ont été faites au moment même de l'autopsie (ce qui est surtout facile pour les circonvolutions, beaucoup plus que pour la capsule interne) on les recueille dans la liqueur de Müller préalablement bouillie, et on l'examine soit immédiatement, soit après quelques heures ou quelques jours de séjour dans celle-ci; la coloration jaunâtre produite par le bichromate sur les différentes parties de la coupe fait admirablement ressortir les corps granuleux et on peut ainsi les distinguer de la façon la plus nette sans le secours d'aucun réactif; cependant il peut arriver que, soit dans les circonvolutions, soit dans la couche optique des cellules nerveuses un peu granuleuses présentent jusqu'à un certain point l'aspect de corps granuleux. Aussi sera-t-il bon de laisser quelques coupes pendant cinq ou dix minutes dans le picro-carmin avant de les examiner. Cette cause d'erreur sera ainsi facilement évitée, car dans le cas où on aurait eu affaire à des cellules ner-

veuses, le corps et le noyau de celles-ci apparaîtront très nettement colorés en rouge.

2° Les pièces sont restées dans la liqueur de Müller pendant un mois ou deux. Dans ce cas, les corps granuleux sont quelquefois un peu moins facilement distingués. Pour les faire apparaître plus sûrement, il sera bon d'exposer, pendant quelque temps, les coupes aux vapeurs d'acide osmique; on voit alors les corps granuleux se colorer en noir beaucoup plus foncé que les fibres à myéline entre lesquelles ils se trouvent. — On peut encore employer la méthode de coloration de Kornilowich¹ ou celle par le bleu de quinoléine²; la méthode de coloration de Weigert (hématoxyline et prussiate de potasse) permet aussi de les voir; mais elle nous a généralement donné de moins bons résultats que les précédentes.

Enfin, dans le cas où les coupes sont trop épaisses, pour qu'on puisse distinguer nettement les corps granuleux, on parviendra à reconnaître sûrement leur existence en ayant soin d'écraser la coupe sous le couvre-objet, soit avec le doigt, soit avec un morceau de moelle de sureau. En opérant cet écrasement d'une façon progressive, on pourra encore reconnaître le lieu où siègent les corps granuleux par rapport aux parties voisines et l'on saura ainsi où les chercher dans les coupes n'ayant pas subi l'écrasement; mais, en général, il n'y a pas lieu de recourir à cet artifice et sur des coupes de 2 à 3 cinquantièmes de milli-

¹ *Progrès médical*, 1884.

² Cette dernière coloration, étudiée spécialement par l'un de nous en collaboration avec M. Huet, n'a été appliquée qu'aux coupes de moelle; ses résultats ont été supérieurs à ceux obtenus par l'acide osmique. Il est vraisemblable qu'elle réussirait aussi bien pour le cerveau.

mètre, il est toujours facile de reconnaître les corps granuleux; or, avec le microtome de Roy, on peut sans peine faire par congélation des coupes de 2 cinquantièmes de millimètre; la seule difficulté consiste quelquefois, surtout pour la capsule interne à dérouler les coupes une fois faites, mais on finit toujours par y arriver.

Nous avons, à propos de chaque autopsie, indiqué la topographie des lésions dans les différents segments de l'axe cérébro-médullaire; nous allons maintenant rappeler d'une façon générale leurs caractères.

Dans les circonvolutions, on constate, d'une part, la disparition totale ou la diminution du nombre des *grandes cellules pyramidales* de l'écorce; dans l'OBSERVATION I au niveau du lobule paracentral, on ne trouvait plus de ces grandes cellules. Un peu au-dessous, on en rencontrait quelques-unes, mais tout à fait isolées. — Dans l'OBSERVATION II, au niveau du lobule paracentral sur quelques coupes, la disparition était complète; mais, en général, on trouvait encore quelques-uns de ces éléments, mais en nombre très minime. Sur aucune préparation nous n'avons pu retrouver ces *nids* de grandes cellules pyramidales qu'il est si facile de trouver sur un cerveau normal, toujours ces cellules se montraient absolument isolées les unes des autres, et c'est à peine si, dans les préparations les plus favorables, on en comptait six ou sept, alors que sur des circonvolutions normales prises comme terme de comparaison on en trouvait un bien plus grand nombre.

Ajoutons, que pour la plupart, ces cellules n'étaient pas aussi volumineuses, aussi belles qu'à l'état nor-

mal, leurs prolongements semblaient moins anguleux; cependant, ni dans leur noyau, ni dans leur corps il ne nous a été donné de constater d'altérations notables; peut-être se coloraient-elles par l'acide osmique d'une façon un peu plus intense qu'à l'ordinaire(?).

Quant aux autres cellules de l'écorce, elles ne nous ont pas semblé modifiées, les cellules pyramidales moyennes étaient notamment assez belles et assez nombreuses.

Les *corps granuleux* n'ont pu être retrouvés dans la substance grise de l'écorce; dans la substance blanche, ils étaient, comme nous l'avons dit, très nombreux. Leur quantité n'était d'ailleurs pas la même dans toute l'étendue de la substance blanche et, sur certaines coupes (suivant la direction des fibres), on les voyait très abondants dans la moitié ou les trois quarts de la largeur de la préparation, tandis qu'ils étaient très rares ou manquaient dans l'autre partie; on peut donc dans une même circonvolution, les voir plus abondants dans certains faisceaux de fibres que dans d'autres.

Quant à leur disposition, elle coïncide très nettement avec la direction des fibres du faisceau pyramidal; tantôt isolés, tantôt groupés par trois ou quatre placés bout à bout, les corps granuleux forment des séries linéaires dirigées de l'écorce vers le centre ovale; à mesure qu'on se rapproche de l'écorce, ces séries divergent et tendent à former l'éventail. Comme nous venons de le dire, la majorité des corps granuleux semble siéger sur le trajet des fibres nerveuses, et vraisemblablement dans leur épaisseur même, constituant un stade de leur désintégration; mais, de plus, on en rencontre quelques-uns, assez peu abondants

d'ailleurs, dans les espaces p'rivasculaires ; dans les cas de scl'rose en plaques que nous avons examin'es. ces espaces 'taient, au contraire, tout ' fait farcis de ces 'l'ements. (A suivre.)

PATHOLOGIE EXP'ERIMENTALE

ALTE'RATIONS DE LA MOELLE EPI'NIERE CAUSEES PAR L'E'LONGATION DU NERF SCIATIQUE ¹ ;

PAR PAULINE TARNOWSKI.

B'n'dikt ² fait part de l'examen microscopique d'un tab'etique auquel on avait pratiqu'e l'e'longation du nerf sciatique. Une grande am'elioration s'en 'tait suivie. Le malade mourut accidentellement cinq mois apr'es. A l'examen microscopique, on trouve une d'eg'nerescence grise occupant les cordons post'rieurs dans toute l'e'tendue de la moelle.

Cavafy ³, ayant pratiqu'e dix-neuf fois la traction nerveuse chez des tab'etiques, cite une de ses observations o'u une grande am'elioration avait suivi ce traitement. Le malade mourut deux mois apr'es. A l'autopsie, on

¹ V. t. IX; p. 289.

² Benedikt. — *Varlanfige Mittheilung über Nervendehnung. Wiener med. Presse*, 1881, 24^{ter} juli.

³ Cavafy. — *Sciatic nerve stretching in locomotor ataxia*. R'ef. dans le *Lancet*, 1881.

constata une dégénérescence très accusée des cordons postérieurs de la moelle. Nicoladoni¹ élogea les quatre nerfs intercostaux inférieurs à un malade qui mourut le lendemain. La moelle épinière et les nerfs sus-nommés furent trouvés parfaitement indemnes (!)

Rumpf² communique au huitième congrès des psychiatres et des neuropathologues allemands, l'observation de Laquer : Un malade soumis à la traction bilatérale des nerfs sciatiques mourut le neuvième jour d'une hémorragie de la moelle. Depuis vingt ans syphilitique, ce malade souffrait depuis trois ans de tabes. A l'autopsie, on constata une hémorragie sous la pie-mère dans toute l'étendue de la région dorsale jusqu'à la région lombaire. Dégénérescence grise des cordons postérieurs. Sclérose des parois des vaisseaux sanguins.

Weltrubski³ (Progrès clinique du professeur Gussenbauer) fit une traction bilatérale du nerf sciatique à un ataxique souffrant en outre d'une inflammation vésicale. Après l'opération les troubles moteurs et ceux de la sensibilité s'aggravèrent. Mort le trente-troisième jour d'une inflammation purulente des reins. L'autopsie faite par le professeur Klebs montra une sclérose typique des cordons postérieurs de la moelle, une hémorragie sous les méninges et des traces d'un processus inflammatoire dont la provenance peut-être mise sur le compte du traumatisme subi par la moelle.

¹ Nicoladoni. — *Beiträge zur Nerven Chirurgie.* (Wiener med. Presse, 1882, n° 27.)

² Rumpf. — *Bericht von VIII Wander-Sammlung der Südwestdeutschen Neurologen med. Irrenärzte.*

³ Weltrubski. — *Erfahrungen über Nervendehnung.* (Prag, med. Wochenschr., 1882, nos 11 et suivants).

Rosenstein¹ (Clinique du professeur Bergère à Breslau) : Un malade ancien syphilitique, accusait depuis plusieurs années des symptômes bien marqués d'ataxie locomotrice ; absence des réflexes du genou, démarche ataxique, parésie de l'oculo-moteur, diplopie etc. Le malade se fit opérer à Berlin. Une traction bilatérale des nerfs sciatiques lui fut faite, d'après son désir. Du côté gauche, la plaie se ferma par première intention. Du côté droit, il y eut suppuration. L'incontinence d'urine nécessita un changement perpétuel du pansement. La fièvre s'alluma dès le second jour, le pus se fraya un chemin le long de la gaine du nerf, et le malade mourut un mois après l'opération. L'autopsie fut faite par le professeur Marchand. Dans sa partie supérieure, la moelle fut trouvée aplatie ; sur toute son étendue la moelle présentait une altération de forme triangulaire, de coloration gris jaunâtre occupant les cordons postérieurs. Ces derniers étaient un peu atrophiés. Les racines postérieures de la queue de cheval étaient plus minces que d'ordinaire et de couleur gris rougeâtre.

La moelle durcie, examinée au microscope par le D^r Rosenstein, présenta à la région lombaire un léger épaissement des méninges ; une dégénérescence des cordons postérieurs, principalement près des cornes postérieures ; peu de fibres nerveuses normales. Des deux côtés de la fissure longitudinale se trouvait un filet de tissu normal séparé des parties voisines par du tissu conjonctif. Beaucoup de corpuscules amyloïdes

¹ Rosenstein-Moritz. — *Ein Fall von Nervendehnung bei tabes dorsalis* (Arch. für Psychiatrie, etc., XVI, 1884.)

dispersés dans le voisinage. — Les parois des vaisseaux sanguins qui suivent la fissure longitudinale étaient épaissies et contenaient des corps amyloïdes. Ces derniers abondaient également autour du canal central. Développement du tissu conjonctif dans les cordons latéraux.

La dégénérescence des cordons postérieurs et latéraux était symétrique des deux côtés. La substance grise ne présentait rien d'anormal. Les cellules nerveuses étaient indemnes. Sur les coupes faites au niveau du quatrième et du cinquième nerf lombaire, on trouvait du pigment dans les cellules nerveuses des cornes antérieures. Pas de vacuoles.

Région dorsale : Au niveau du dixième nerf dorsal la substance grise des cornes postérieures et antérieures est normale. Dégénérescence diffuse des cordons postérieurs ; sclérose des vaisseaux, corpuscules amyloïdes. Le même tableau se retrouvait presque en totalité au niveau du deuxième nerf dorsal. La dégénérescence occupait principalement le segment postérieur du faisceau de Goll, dont le segment antérieur était moins altéré. L'altération se retrouvait au voisinage de la corne postérieure. Cette dernière contenait par place un développement du tissu conjonctif.

La région cervicale, au niveau du cinquième nerf cervical et plus haut, présentait une dégénérescence bien accusée du faisceau de Goll dans toute son étendue. On constatait un grand nombre de corpuscules amyloïdes autour du canal central.

GROUPE III. — *Recherches expérimentales sur l'élongation des nerfs chez les animaux sans examen de la moelle épinière.*

M. Duvault¹ communique dans sa thèse six expériences sur des chiens, auxquels il élongea et broya les nerfs, sur une sonde cannelée selon la méthode du professeur Verneuil. Le D^r Duvault observa la dégénérescence du bout périphérique du nerf opéré, tandis que le bout central restait normal.

Le D^r Geu² fit dans le laboratoire du professeur Tarchapopo, à Saint-Pétersbourg, des recherches sur l'élongation des nerfs chez les grenouilles, les lapins et les chiens et communiqua des données très intéressantes quant au poids auquel résistent les nerfs, leur propriété au point de vue du courant inductif et les altérations microscopiques que fait subir aux nerfs la traction. Ainsi, d'après cet auteur, le nerf sciatique de la grenouille résiste au poids de 60 à 140 grammes; ce qui dépasse de deux à quatre fois le poids du batracien.

Chez les lapins et les jeunes chiens, le nerf cédait au poids de 600 à 1,600 grammes. L'examen microscopique démontra qu'une faible traction de 5 à 10 grammes chez les grenouilles et de 200 à 300 grammes chez les lapins n'exerçait aucune influence sur les fibres nerveuses, traitées par l'aide osmique. Entre 300 à 600 grammes on y remarquait

¹ Duvault. — *De la distention des nerfs comme moyen thérapeutique. Thèse de Paris, 1876.*

² Geu (A). — *De la distention des nerfs. (Journal de médecine militaire, St-Pétersb., 1879, décemb.)*

des renflements. Un poids dépassant 600 grammes occasionnait des altérations de la myéline et du cylindre-axe, en laissant la gaine de Schwann intacte. Les observations que l'auteur fit sur les courants nerveux, avant et après la traction, prouvèrent que la conductibilité augmente après les tractions nerveuses. M. Geu diffère en ce point de plusieurs autres observateurs, tels que Schleich, Conradi, Otto et Valentin. L'irritabilité du réflexe diminue après un poids qui atteint la moitié de la force nécessaire pour rompre le nerf.

Trombetta¹ fit une étude intéressante sur le cadavre, concernant la résistance qu'opposent les nerfs au poids, dont voici l'énoncé: le nerf sus-orbitaire supporte une force de 2 gr. et demi, le sous-orbitaire 5 gr. et demi. Le plexus brachial supporte, à la région cervicale, de 22 à 29 kilogr.; dans le creux axillaire, de 16 à 37 kilogr. Les nerfs radial et cubital, 26 à 27 kilogr. Le nerf médian et le crural, 38 kilogr. Le nerf poplité, 52 kilogr., et le sciatique, 84 kilogr.

Le D^r Gillette², qui fit également des recherches sur la même question, constata une résistance de 75 à 150 kilogr. pour le nerf sciatique chez les vieillards, et de 300 kilogr. chez l'homme vigoureux. Pour ses expériences, le D^r Gillette se servit de son appareil, sorte de balance romaine, dont la poignée en bois supporte une tige à l'extrémité de laquelle est fixé un dynamomètre, qui indique la force de la traction.

¹ Trombetta. — *Sullo stiramento dei nervi, studie pathologia e clinic Messina, 1880.*

² Gillette. — *Loc. cit.*

Johnson Symington¹ entreprit des expériences analogues sur le cadavre et constata pour le nerf sciatique, à son émergence, une résistance de 86 à 176 livres anglaises.

Brown-Séguard² fit un grand nombre d'expériences physiologiques sur des animaux, relativement à l'influence qu'exerce la traction des nerfs sur la sensibilité, et obtint les résultats importants qui suivent : l'élongation des nerfs amène un retour de la sensibilité dans le membre où l'hémisection de la moelle épinière avait produit de l'anesthésie, souvent l'anesthésie était remplacée par l'hyperesthésie. Chez presque tous les animaux soumis à une hémisection de la moelle dorsale, l'hyperesthésie causée par cette lésion dans le membre postérieur du côté correspondant s'est augmentée après l'élongation du nerf sciatique de l'autre membre. Chez tous les animaux soumis à ces expériences, il y a eu, dans le membre postérieur où l'élongation du nerf sciatique a été faite, une paralysie plus ou moins marquée et persistante, et une élévation de température de ce membre. Non seulement les parties animées par le nerf sciatique recouvrent leur sensibilité après l'élongation de ce nerf, mais le même phénomène s'observe dans les parties non animées par le sciatique et est qualifié par Brown-Séguard de « phénomène d'inhibition ».

Quinquaud³ élongea le nerf cubital et produisit une

¹ Johnson Symington. — *Archives générales de médecine*. (Voir l'article de M. Chauvel, *loc. cit.*, 1881, p. 707.)

² Brown-Séguard. — *Nouveaux faits relatifs à l'élongation du nerf sciatique*. (*Gazette médicale de Paris*, 1881, n° 10.)

³ Quinquaud. — *Elongation des nerfs*. (*Progrès médical*, 1881, nos 12 et 13.)

anesthésie légère. Immédiatement après, il étirait le nerf sciatique et constatait le retour de la sensibilité dans la région du cubital. M. Quinquand explique ce phénomène par une action à distance, « *transfert par irritation; transfert mécanique* ».

Prévost¹ répéta les expériences de MM. Brown-Séguard et Quinquand, mais ne put constater la restitution de la sensibilité affaiblie du côté opposé à l'hémisection de la moelle, après l'élongation du sciatique faite du côté de l'hémisection, ni une modification de la sensibilité d'un nerf à la suite de l'élongation d'un autre nerf. Dans son excellent travail, M. Prévost cherche à élucider encore une autre question : il pratiqua l'élongation de différents nerfs chez les cochons d'Inde rendus épileptiques, dans le but de chercher à modifier par cette opération les accidents nerveux. Après trente-deux expériences, l'auteur n'obtint qu'un résultat négatif. L'élongation successive de plusieurs nerfs amena plutôt une aggravation des symptômes de l'épilepsie. Les recherches microscopiques démontrèrent des tubes nerveux manifestement altérés et offrant l'apparence de ceux que l'on rencontre dans la névrite.

MM. Debove et Laborde² ne purent pas non plus constater les résultats obtenus par Brown-Séguard.

Witkowski³, examinant au microscope le nerf sciatique d'un cadavre, y découvrit, à côté des tubes ner-

¹ Prévost. — *Expériences relatives à l'élongation des nerfs et aux névrites.* (Revue médicale de la Suisse Romane, 1881, p. 469.)

² Debove et Laborde. — *Gazette médicale de Paris*, 1881, 19 février.

³ Witkowski. — *Zur Nervendehnung, etc.* (Arch. für Psych., etc., 1881 2. p. 532.)

veux indemnes, d'autres tubes, dont la myéline se coagulait en gouttelettes. On finit par découvrir qu'une élongation forcée avait été pratiquée du vivant du malade pour une contracture. M. Witkowski entreprit des tractions nerveuses chez des lapins et des cochons d'Inde et constata la dégénérescence du bout périphérique, tandis que le bout central restait intact. En somme, il se prononce en faveur de cette opération qui est appelée, selon lui, à rafraîchir tous les processus physiologiques qui s'élaborent dans les nerfs.

Zederbaum¹ (laboratoire du professeur Kronecker) fit des expériences sur le poids que peut subir le nerf sciatique de la grenouille. L'irritabilité réflexe diminue après un poids excédant 400 gr. L'irritabilité motrice seulement après un kilogramme.

Stintzing², dans la partie expérimentale de son excellente monographie, prête une attention spéciale à la réaction musculaire qu'on constate après la traction nerveuse chez le chien, le renard et le cochon d'Inde, et conclut que la traction d'un nerf mixte amène toujours des parésies dans la région du nerf élongé; que les parésies intéressent la sensibilité, les fonctions motrices et trophiques à un degré égal; que l'action nerveuse baisse en proportion de la force de la traction; que l'activité nerveuse se rétablit même après des élongations violentes; que la régénération est encore possible quand la force déployée ne dépasse pas la moitié du poids de l'animal. (p. 113-114); que

¹ Zederbaum Ad. — *Nervendehnung and Nervendruck*. (Arch. für Physiologie, 1883, 2 et 3.)

² Stintzing. — *Ueber Nervendehnung. Eine experimentelle und klinische studie*, Leipzig, 1883.

l'élongation d'un nerf peut réagir sur d'autres, surtout sur des congénérés du côté opposé, sous ce rapport, l'auteur partage l'opinion énoncée par MM. Brown-Séquard, Quinquaud, Marcus, Gellé, Viet, etc.

GRUPE IV. — *Recherches expérimentales sur l'élongation des nerfs chez les animaux avec examen microscopique de la moelle épinière.*

L'élongation des nerfs réagit-elle sur la moelle épinière ? Y produit-elle au moins des altérations morphologiques ? Voilà des questions sur lesquelles les différents auteurs ne sont guère d'accord, et sur lesquelles on ne trouve que des indications vagues dans la littérature concernant l'élongation des nerfs. Dans maints articles relatifs à ce sujet, cette question est complètement passée sous silence. Certains auteurs, comme Vogt, Haber, Harless, Conrad prétendent que l'élongation des nerfs ne réagit pas sur la moelle. D'autres, au contraire, comme le D^r Gillette ¹, le professeur Güssenbauer ² maintiennent que la traction nerveuse peut même être observée à l'œil nu sur la moelle d'un cadavre. Le D^r Gillette fait placer la main d'un aide au niveau du bulbe ; en tirant fortement sur le sciatique, l'aide sent nettement la moelle se déplacer sous ses doigts. Le professeur Güssenbauer fixant un point déterminé au niveau de la moelle, le vit s'abaisser au moment de la traction. Ces tractions

¹ Gillette. — *Loc. cit.*

² Güssenbauer. — *Ueber Nervendehnung.* (*Prag. med. Wach.*, 1882, nos 1, 2, 3.

amenèrent-elles une altération quelconque dans les tissus de la moelle? C'est ce que M. Güssenbauer s'abstient pour le moment d'éclaircir.

Braun¹ fit des expériences sur le cadavre pour préciser au moyen d'un appareil graphique, l'effet de l'élongation des nerfs sur la moelle dorsale. Il s'assura que même les tractions légères amènent une secousse de la moelle. Cependant, l'effet de cette secousse n'augmente pas proportionnellement à la puissance de la traction, ce que l'auteur cherche à expliquer par la résistance qu'oppose la bifurcation des branches nerveuses.

Marshall² tout en admettant la transmission de la traction des nerfs périphériques aux racines postérieures, suppose que la traction porte également sur la dure-mère de la moelle et imprime à cette dernière vraisemblablement une légère secousse. Pour ce qui est de la moelle elle-même et des nerfs intervertébraux, ils ne se prêtent pas à l'allongement.

Bien que l'effet d'une irritation violente des nerfs périphériques sur la moelle fût discutée par MM. Fimberg³, Tiesler⁴, Klemm⁵ et quelques autres, cependant, c'est à M. Hayem⁶ que revient l'honneur de la première

¹ Braun. — *Ueber den mechanischen Effect bei centrifugaler. — Nervendehnung auf das Rückenmark.* (Prag. med. Woch., 1882, nos 17 et suivants.)

² Marshall. — *Loc. cit.*

³ Fimberg. — *Berlin Klin. Woch.*, 1871.

⁴ Fiesler. — Voy. Etienne : *Essai sur les troubles médullaires qui peuvent entraîner les lésions traumatiques.* Thèse de Paris, 1878.

⁵ Klemm. — Voy. Avezou : *De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras.* Thèse de Paris, 1879.

⁶ Hayem. — *Sur les altérations de la moelle consécutives à l'arrachement et à la résection du nerf sciatique chez le lapin.* *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1873, 1^{er} vol., p. 504. (*Gazette médicale de Paris*, 1873, p. 376.)

description histologique détaillée et précise sur l'état de la moelle, consécutif ou traumatisme violent du nerf sciatique.

M. Hayem arracha à de jeunes lapins âgés de quatre à cinq semaines le nerf sciatique et les sacrifia au bout de deux mois. Examinée au microscope, la moelle épinière présenta, dans la région qui correspond aux origines du sciatique, une atrophie générale de la moitié opérée, tant des parties blanches que de la substance grise. La portion la plus atrophiée des faisceaux blancs est celle qui, du côté sain, répond au trajet intro-médullaire des racines postérieures. Le faisceau de Goll fut trouvé atrophié, la corne antérieure étroite et aplatie. La corne postérieure était devenue conique, et ses faisceaux nerveux transformés en tissu scléreux. Les cellules nerveuses étaient atrophiées. Pour expliquer ces changements morphologiques, M. Hayem admet que l'arrachement du nerf sciatique détermine la rupture des racines antérieures avant leur entrée dans la moelle, et des racines postérieures dans leur trajet intramédullaire. Il en résulte un traumatisme considérable de la partie correspondante de la moelle, et cette sorte de plaie est suivie d'une myélite cicatricielle qui a pour effet de modifier l'aspect des faisceaux postérieurs, qui se transforment dans une partie de leur étendue en un tissu cicatriciel, etc. Les recherches ultérieures de M. Hayem¹ prouvèrent la tendance de cette myélite à se propager à toute la moelle jusqu'aux noyaux bulbaires. Mayser P.²

¹ *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1874.

² Mayser P. — *Experimenteller Beitrag. zur kenntniss des Bancs des Kaninchen Rückenmarks*. (*Arch. für Psych.*, etc., 1877.)

se servit, pour ses examens microscopiques, de moelles durcies provenant de lapins auxquels le professeur Gudden avait préalablement arraché les nerfs sciatiques avec les racines à leur émergence de la moelle. M. Mayser constata dans le renflement lombaire de deux lapins de l'atrophie dans les cordons postérieurs (p. 577), et la disparition des cellules nerveuses du groupe latéral de la corne antérieure (voir p. 582).

Axenfeld¹, dans la dernière édition de son ouvrage, parue en 1883, affirme que l'irritation des nerfs périphériques peut occasionner de graves altérations dans la moelle et cite, à l'appui de son opinion, les recherches de Fiesler, Feinberg², Klemm³ et Hayem⁴.

De tous les travaux concernant l'élongation des nerfs que nous venons de citer, il est évident qu'un bien petit nombre seulement touche à la question des altérations de la moelle, occasionnées par le traumatisme des nerfs périphériques. Ce sont les belles recherches de M. Hayem sur l'arrachement des nerfs et les dernières observations de M. Westphal, sur la dégénérescence grise chez un tabétique, qui ont contribué surtout à élucider cette question. Mais jusqu'à présent, aucun travail concernant les altérations de la moelle produites par l'élongation des nerfs, n'a été

¹ Axenfeld. — *Traité des névroses*. Paris, 1883, p. 598.

² Feinberg. — *Ueber Reflex lähmungen*. (*Berl. Klin. Woch.*, 1871.)

³ Klemm. — *Diss. Strastburg*, 1874.

⁴ Hayem. — *Loc. cit.*

publié. Aussi, avons-nous accepté avec empressement le sujet qui nous fut désigné par notre vénéré maître, M. le professeur Jean Mierzejewski; et en 1880, nous entreprîmes des expériences sur les altérations que produit l'élongation des nerfs dans la moelle épinière, au point de vue histologique.

Pour ces expériences faites sur des lapins, nous choisîmes le nerf sciatique comme un nerf mixte, et comme le plus facile à opérer. La plupart des lapins furent préalablement chloroformés et les tractions nerveuses pratiquées avec une force graduellement plus énergique. Nous fîmes en tout quarante expériences, dont voici en deux mots le procédé technique :

Le poil de la région lombaire ainsi que celui de l'extrémité postérieure est coupé ras; on pratique au moyen d'un scalpel une incision de la peau, de l'étendue de 3 à 5 centimètres, dans la direction de la troisième vertèbre lombaire, en biais, jusqu'au milieu de la fosse iliaque, d'après le système proposé par M. le D^r E. Cyon¹. Ensuite, on écarte avec le manche du scalpel les muscles fessiers, et on arrive au tiers supérieur du tronc du nerf sciatique, à l'endroit qui précède la bifurcation du cordon nerveux. A ce moment, le lapin est chloroformé. On fait ensuite passer sous le tronc nerveux un crochet métallique, et on opère la traction. Le nerf est maintenu allongé pendant quelques minutes; il est ensuite débarrassé du crochet et soigneusement remis en place. On cesse l'anesthésie et

¹ E. Cyon. — *Methodik des physiol. Experimente und vivisectionen*, 1876. St-Petersbourg, p. 190 et suivantes.

on enferme la plaie avec du cate-gut de Lister, n° 0, en l'enduisant copieusement d'huile carbolisée. L'opération se fait habituellement sans effusion de sang, à moins qu'on ne lèse la veine saphène. Presque toujours la plaie se ferme par première intention.

Pour ce qui est de la puissance des tractions, nous divisons toutes nos expériences en quatre groupes.

Groupe premier. — Tractions faites à la main, au moyen d'un crochet mousse. Nous ne saurions nous prononcer exactement sur le degré de la force déployée. — Sur six expériences, quatre lapins moururent spontanément.

Groupe second. — On glissait sous le cordon nerveux un ruban dont le bout supportait un poids de 500 gr. à 1 kilog. Sur neuf expériences, quatre lapins moururent.

Groupe troisième. — Les tractions furent faites au moyen d'un crochet dynamométrique petit modèle exécuté d'après notre commande par M. Colin, à Paris. La puissance de ce crochet ne dépassait pas 600 gr. — Sur six expériences, deux lapins moururent. Comme le poids de 600 gr. nous paraissait trop minime, et que nous ignorions alors l'existence de l'appareil du D^r Gillette, nous eûmes recours une seconde fois à M. Collin qui nous fit un crochet d'une plus grande dimension, dont la puissance équivalait à 5 kilos.

Groupe quatrième. — Dix-neuf expériences furent

faites avec ce crochet grand modèle dont voici le dessin.

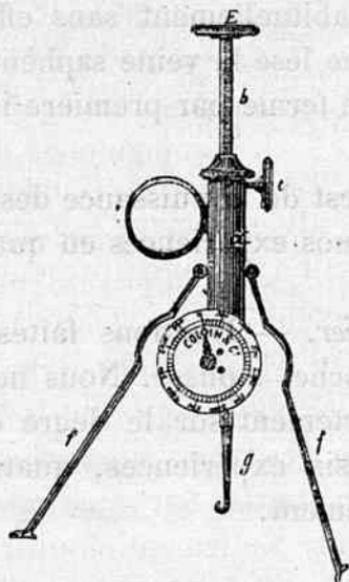


Fig. 1. — (2/3 de la grandeur naturelle).

Crochet dynamométrique muni d'un ressort qui permet d'exercer une traction de 5 kilogr. Le ressort est contenu dans le tube métallique *a*. En appuyant sur le bouton *E*, on comprime le ressort grâce à la tige *b*, ce qui fait descendre le crochet *g* au niveau des supports métalliques *ff*, qui sont mobiles, afin de pouvoir être écartés à volonté. Ces supports sont indispensables pour exercer des tractions continues.

On immobilise le crochet en tournant la vis *c*. Au moment de pratiquer la traction, on fait passer le crochet *g* sous le nerf. Les supports *ff* sont maintenus sur le corps de l'animal par un aide; l'opérateur passe l'index de la main droite dans l'anneau *d* et pose le pouce sur le bouton *E*. De l'autre main il ouvre la vis *c*, et la traction commence. On a soin de garder le pouce sur le bouton *E* pendant tout le temps de l'opération, en soulevant le doigt petit à petit, car il suffit de le retirer, pour que le ressort remonte brusquement. La puissance de la traction est indiquée sur le cadran, divisé en 5,000 grammes, soit 5 kilogr.

Malgré les tractions beaucoup plus fortes, nous ne perdîmes qu'un seul lapin, sur dix-neuf expériences du groupe IV à cause, sans doute, des conditions hygiéniques meilleures au milieu desquelles furent placés les lapins de ce dernier groupe.

Sur quarante tractions, il nous arriva de rompre huit fois par mégarde le nerf sciatique, dont : deux fois dans les expériences du second groupe ; six fois dans le quatrième groupe. Les ruptures eurent lieu le plus souvent entre 4 et 5 kilos.

Les sutures, une fois faites, le lapin était mis à terre et sa démarche attentivement examinée ; selon la puissance de la traction, l'animal présentait plus ou moins de parésie et quelquefois de la paralysie. Cette dernière a toujours été observée après une traction s'élevant à 5 kilos, et aussi après la rupture du tronc nerveux.

Somme toute, les lapins supportent assez facilement l'élongation des nerfs. Sur quarante lapins soumis à l'expérience, onze seulement moururent de mort spontanée ou à la suite de divers accidents : l'un d'eux succomba à l'action du chloroforme, au début de nos recherches lorsque nous n'avions pas encore bien établi le degré d'anesthésie qu'ils peuvent supporter.

Nous n'avons pas observé d'accidents épileptiques chez les lapins dont le nerf avait été rompu ; nous n'avons pas réussi non plus à provoquer ces accidents en irritant les zones épileptogènes d'après les données de MM. Brown-Séguard et Prévost.

Passons maintenant à l'examen microscopique des nerfs et de la moelle épinière des lapins soumis à l'élongation des nerfs, ce qui constitue le principal objet de notre travail.

Les animaux furent sacrifiés à différents intervalles, variant de vingt-quatre heures à six mois après l'opération. Les nerfs sciatiques étaient observés à l'état aussi frais que possible ; nous les traitons par l'acide

osmique et par le picrocarminate, en nous conformant exactement aux indications de M. Ranvier ¹.

La moelle épinière était durcie dans le liquide proposé par le D^r Erlicky ² (0 gr. 5 de sulfate de cuivre, 2 gr. 5 de bichromate de potasse sur 100 gr. d'eau) qui détermine un durcissement plus prompt que les autres liquides proposés à cet effet, à condition de le changer souvent.

Dans plusieurs de nos expériences, le nerf opéré fut préparé et examiné dans toute son étendue. Depuis son émergence jusqu'aux ramuscules qui se perdent dans la plante du pied (nerfs tibial et plantaire). On constata une forte injection du cordon nerveux, toutes les fois que l'animal fut sacrifié peu de jours après l'opération. Le nerf, examiné plusieurs semaines après l'élongation, présentait quelquefois un enroulement autour de son axe, en forme de peloton. Cette dernière particularité s'observait généralement après de violentes tractions, lorsque le nerf étiré débordait hors de la plaie en forme de maille et ne pouvait être remplacé qu'avec peine; d'autres fois, le nerf était de couleur jaunâtre et atrophié.

Comme les recherches microscopiques des nerfs soumis à la traction ne sont que le but secondaire de notre travail, qui a pour objet principal les altérations de la moelle, nous nous contenterons de donner brièvement ici des résultats obtenus sur les nerfs.

L'élongation du nerf sciatique détermine toujours un traumatisme violent dans le nerf et occasionne in-

¹ Ranvier. — *Leçons sur l'histologie du système nerveux*. Paris, 1878.

² Erlicky. — *Progrès médical*, 1877.

variablement de graves altérations dans la structure du bout périphérique du nerf étiré. Du reste, tous les observateurs sont d'accord sur ce fait. Les tubes nerveux du bout périphérique observés le lendemain de l'opération, laissent voir au microscope une augmentation de volume de la myéline, qui se fragmente et forme des espèces d'ampoules ou renflements le long de l'axe du nerf, ce qui donne à ce dernier la forme d'un chapelet, tandis que les segments annulaires disparaissent. Le cylindraxe résiste plus longtemps; mais, les jours suivants, il finit par disparaître également dans la plupart des tubes nerveux. Deux à trois semaines après l'opération, on trouve dans le nerf, en outre des altérations dans les corps de Lantermann-Schmidt, qui tendent à s'écarter les uns des autres, comme s'ils venaient d'être soumis à l'influence de réactifs puissants. Quatre à six semaines après la traction, les ampoules de myéline disparaissent en grande partie; la myéline devenue granulo-graisseuse tend à se résorber; la préparation présente beaucoup de gaines de Schwann, tantôt vides, tantôt remplies encore d'un reste de corpuscules graisseux, résidu des ampoules de myéline. La *figure 7*, PLANCHE I, représente un semblable résidu granuleux de myéline en voie de résorption, à côté des tubes nerveux minces et délicats de nouvelle formation. On voit sur le même dessin une prolifération des noyaux de la gaine de Schwann. Le lapin dont provient cette préparation avait vécu quarante-trois jours après une forte traction à la main. Au bout de six à huit semaines, il n'y a que des traces de myéline; mais, en revanche, on trouve beaucoup de tubes nerveux régénérés parmi lesquels on distingue

quelques tubes en voie de dégénérescence granulo-graisseuse et des gâines de Schwann vides. Chez les lapins où s'était produite la rupture du tronc nerveux, nous avons constaté, dans les ramuscules terminaux les plus ténus du bout périphérique, des altérations analogues à celles que le D^r Erlicky a signalées sur les chiens amputés¹.

D'après nos expériences, on peut établir le fait suivant : Après une traction de la puissance de 2 kilos, les branches nerveuses terminales, prises à la plante du pied d'un lapin, présentent un degré d'altération bien moindre que celles qui proviennent d'un lapin ayant subi une traction de 5 kilos. Dans cette dernière expérience, les branches terminales présentent presque autant de tubes dégénérés que dans les cas de rupture du tronc nerveux. Il nous est arrivé maintes fois de rompre le nerf, malgré nos précautions au moment où la puissance de la traction atteignait 5 kilos, ce qui nous autorise à penser que le poids de 5 kilos est le poids maximum que le nerf sciatique du lapin puisse supporter sans se rompre.

Le bout central du nerf contenait également des tubes dégénérés, mais en quantité inversement proportionnelle au bout périphérique. Dans ce dernier, parmi les tubes nerveux altérés presque en totalité, on rencontrait quelques tubes indemnes de toute altération. Dans le bout central, au contraire, au milieu d'un grand nombre de tubes sains, on trouvait quelques tubes lésés. Après de violentes tractions, les parties voisines

¹ Erlicky. — *Altérations de la moelle épinière du chien après l'amputation*. Diss. inaug., 1879, Pétersbourg.

du traumatisme présentaient cependant bon nombre de tubes altérés.

Pour ce qui est des cellules oblongues, à forme de citron, dont parle le D^r Wollberg¹, dans sa thèse d'agrégation, et qu'il considère comme des cellules régénératrices provenant du tissu conjonctif qui entoure les faisceaux nerveux des deux bouts central et périphérique, et qui, selon lui, se transforment plus tard en tubes nerveux régénérés, nous n'en avons pas trouvé.

Passons maintenant aux altérations que détermine l'élongation du nerf sciatique dans la moelle.

De toutes nos expériences, quatre moelles seulement n'ont pas été examinées au microscope; trente-six ont été l'objet d'un examen histologique complet, depuis la région cervicale jusqu'à la région sacrée inclusivement. — Dans l'espace de trois ans, qu'ont duré ces recherches, nous avons fait plusieurs milliers de coupes qui nous ont donné le résultat suivant :

Les différents degrés d'altérations de la moelle sont en rapport avec les différents degrés d'intensité de la traction. Elles se bornent à une simple hyperémie, si la traction ne dépasse pas 500 gr., hyperémie qui se dissipe souvent sans laisser de traces au bout d'un certain temps. Mais il en est autrement lorsque l'élongation des nerfs atteint une force de 4 à 5 kilos, force qui dépasse de beaucoup le poids d'un lapin. Les altérations qui en résultent se répètent invariablement dans le même ordre, et présentent des modifications du tissu parfaitement déterminées. D'a-

¹ Wollberg. — *Diss.* Varsovie, 1883. *Thèse ayant pour objet la suture et la régénération des nerfs.*

bord, les hémorragies et les phénomènes inflammatoires consécutifs en sont bien plus graves ; ensuite, vers le septième jour, on observe un développement morbide du tissu conjonctif, qui plus tard s'étend en réseau et comprime les éléments nerveux. Le processus morbide débute toujours dans le cordon postérieur de la région lombaire du côté de la traction, et se manifeste d'abord le long de la fissure longitudinale postérieure, dans le faisceau de Goll (Voy. PL. I, *fig. 6*). De là, l'altération se propage au faisceau de Burdach, et à la portion intra-médullaire des racines postérieures. A mesure que les éléments du tissu conjonctif se développent, ils forment un réseau dans les mailles duquel on voit des cellules étoilées. En croissant, le tissu conjonctif comprime de plus en plus les tubes nerveux qui disparaissent complètement, comme le témoignent les coupes transversales passant par le cordon postérieur et la partie intra-médullaire des racines postérieures de la région lombaire. Continuant à gagner du terrain, le tissu conjonctif envahit toute l'étendue du cordon postérieur, ne laissant qu'un filet de tissu plus ou moins indemne le long du bord interne de la corne postérieure du côté opéré (Voy. PL. I, *fig. 5*.)

Les suites d'un semblable accroissement de tissu conjonctif ne tardent pas à se faire sentir, et se traduisent par un rétrécissement, une atrophie du cordon postérieur. Du côté correspondant à la traction, le cordon postérieur s'atrophie manifestement en comparaison de son congénère du côté sain. Cette inégalité des cordons postérieurs est évidente dans les *figure 2, 5 et 6* de la PLANCHE I. Le cordon postérieur droit de la *fig. 2*, par exemple, présente un amoindris-

sement de volume de 15 millimètres, comparative-ment au côté non opéré. Cette différence est de 11 mil- limètres sur la *figure 6*, mais elle est surtout pronon- cée dans la *figure 5*, dont le cordon postérieur gauche excède de 4 millimètres le cordon postérieur droit (côté opéré). Avec le temps, le réseau du tissu conjonc- tif s'estompe, devient pour ainsi dire plus homogène, les éléments fibreux dont il se compose perdent de leur clarté, et l'on se trouve en face d'une sclérose diffuse rétrécissant le cordon postérieur, comme le dé- montre la *figure 1*, PL. I.

Il va sans dire que les altérations de la moelle ne s'arrêtent pas aux cordons postérieurs seulement; nous constatons de graves modifications dans la corne pos- térieure, dans la partie intramédullaire des racines postérieures et dans les cellules nerveuses des cornes antérieures. Après une traction de force moyenne (de 3 à 4 kilos), nous trouvons déjà dans la moelle du lapin sacrifié quelques jours après l'opération, dans toute l'étendue de la corne postérieure, des traces d'irritation traumatique sous la forme d'hypérémie, d'hémorragies capillaires, suivies d'accidents inflam- matoires. Selon toute probabilité, ces accidents in- flammatoires consécutifs sont le point de départ de l'accroissement du tissu conjonctif trouvé en abon- dance dans la région lombaire de la moelle des lapins qui ont survécu plus longtemps à la traction. Généra- lement on constate dans la moelle de ces derniers, à côté de l'atrophie du cordon postérieur un rétrécisse- ment notable de la corne postérieure correspondante. La différence de grandeur des deux cornes posté- rieures, dans une coupe transversale, mesurées au

niveau des confins de la substance de Rolando, équivaut à 4^{mm} 5, et même 5 millimètres. Un semblable rétrécissement de la corne postérieure du côté opéré est accompagné le plus souvent d'une atrophie de la partie intramédullaire des racines postérieures.

Nous croyons pouvoir chercher l'explication de ce fait dans la rupture partielle des tubes nerveux, produite par le traumatisme dû à la traction.

C'est au traumatisme également que nous attribuons les altérations dans les cellules nerveuses des cornes antérieures, altérations d'un ordre dégénératif comme le prouvent les vacuoles qu'on trouve dans les cellules nerveuses (Voy. *fig.* 3, PL. I). Comme nous avons constaté la vacuolisation des cellules nerveuses des cornes antérieures chez des lapins sacrifiés un mois seulement après une traction du sciatique (de 4 à 5 kilos), non seulement dans la région lombaire, mais quelquefois aussi dans la région cervicale, nous croyons plus plausible d'en chercher la raison dans la rupture partielle des tubes nerveux qui se relie à ces cellules, que de supposer une transmission par continuité du processus irritatif dans un temps aussi court.

En résumant les altérations morbides que nous avons observées dans la moelle épinière du lapin à la suite de l'élongation du nerf sciatique faite avec une force de 4 à 5 kilos, nous trouvons :

1° Le canal central distendu par un exsudat plastique ;

2° De l'hypérémie et des hémorragies capillaires dans la substance grise, principalement dans les cornes postérieures ;

3° De la prolifération des noyaux de la névroglie ;

4° Un accroissement du tissu conjonctif dans le cordon postérieur du côté opéré, qui forme un réseau fibreux contenant des cellules étoilées. Ce réseau envahissant de plus en plus le cordon postérieur empiète sur les tubes nerveux de ce dernier, et les fait entièrement disparaître. On constate en même temps du côté sain, que les tubes nerveux formant les faisceaux de Goll et de Burdach sont parfaitement indemnes. Dans trois expériences, nous avons pu nous assurer que le réseau du tissu conjonctif commence à se dessiner dès le septième jour après l'opération ;

5° Le volume des cordons postérieurs est inégal chez les lapins sacrifiés un mois et plus après la traction. Le cordon postérieur du côté opéré est atrophié et en même temps ;

6° La corne postérieure du même côté présente également des dimensions moindres. Elle est atrophiée en masse comparativement à celle du côté sain ;

7° Un amoindrissement de volume dans la partie intramédullaire des racines postérieures ; les bandelettes radiculaires sont moins nombreuses et moins fortes du côté correspondant à la traction ;

8° Les cellules nerveuses de la corne antérieure sont bien moins nombreuses du côté opéré que du côté sain. Elles pâlissent ; leurs contours cessent d'être distincts ; elles paraissent fondre et quelques-unes d'entre elles finissent par disparaître tout à fait, laissant un espace vide. Celles qui restent présentent de la vacuolisation, preuve certaine de la dégénérescence.

Tous ces signes d'altération morbide que nous venons d'énumérer se manifestent surtout dans le renflement lombaire, dans toute la région lombaire et en

partie dans la région sacrée. A mesure qu'on remonte vers la région dorsale, ces lésions cessent d'être aussi distinctes. Après de fortes tractions, on constate à la région cervicale des hémorragies capillaires dans la substance grise, des cornes postérieures et antérieures, ainsi qu'une atrophie prononcée des cellules nerveuses des cornes antérieures.

En nous basant sur ce qui précède, nous nous croyons autorisé à conclure que l'élongation du nerf sciatique pratiquée avec une certaine force, est loin de rester inoffensive pour la moelle épinière ; elle exerce son action principalement sur la région lombaire et y produit :

1° *Une irritation traumatique avec hémorragies capillaires de la moelle à différents niveaux, ce qui contribue à l'atrophie de la corne postérieure ; à l'amoindrissement de la partie intramédullaire des racines postérieures et enfin à la vacuolisation et à l'atrophie des cellules nerveuses des cornes antérieures.*

Ces deux causes nous paraissent suffisantes pour expliquer les graves altérations que nous avons trouvées dans la moelle épinière après la traction ; altérations qui se résument en de l'atrophie de la corne et du cordon postérieurs du côté opéré ; en un amoindrissement de la partie intramédullaire des racines postérieures ; en de la vascularisation et de l'atrophie consécutive des cellules des cornes antérieures. Ces modifications constantes dans les tissus de la moelle font ressortir les graves conséquences de l'élongation des nerfs sur le système nerveux ; on est ainsi naturellement amené à les rapprocher de ce qui doit se passer chez l'homme et notamment chez l'ataxique,

quand on le soumet, dans un but thérapeutique, à la traction nerveuse, comme on l'a fait dans ces dernières années.

Indépendamment de l'atrophie et de la disparition des cellules nerveuses dans les cornes antérieures, les altérations, que nous avons constatées dans la région lombaire de la moelle, se localisent principalement dans les cornes et les cordons postérieurs du côté opéré. Ces lésions comme nous l'avons dit, consistent pour la plupart en atrophie des cornes et des cordons postérieurs, dont les éléments nerveux sont remplacés par du tissu conjonctif. En d'autres termes, nous nous trouvons en face d'une *sclérose des cordons postérieurs* du côté correspondant à la traction.

Les modifications morbides que nous venons d'énumérer se manifestent avec moins d'intensité après les tractions faibles et s'accusent davantage à mesure que l'élongation du nerf se fait avec plus de force. Chez les lapins sacrifiés quatre semaines après de fortes tractions, on constate l'inégalité des cordons postérieurs, entièrement envahis par du tissu conjonctif qui a remplacé les éléments nerveux; ces derniers font absolument défaut. La région lésée apparaît sous une forme moins nette et moins distincte, lorsque l'animal survit trois mois et davantage à l'opération; les éléments morphologiques du cordon postérieur lésé prennent un aspect plus uniforme, plus homogène, ne peuvent plus être nettement distingués les uns des autres quant à leurs contours; en un mot, nous avons sous les yeux le tableau d'une *sclérose diffuse du cordon postérieur*.

En faisant un retour vers l'ataxie locomotrice et sur

les élongations des nerfs sciatiques dont elle a été l'occasion, nous nous demandons ce que ce mode de traitement doit produire dans une maladie qui porte elle-même son action sur les cordons postérieurs de la moelle? L'élongation des nerfs a été entreprise et l'est encore dans le tabes par des observateurs d'une si grande autorité, que nous ne saurions, sans quelque appréhension, rapprocher les résultats de l'expérimentation physiologique de ceux que la clinique a fournis chez l'homme. Cependant, les faits suivants viennent à l'appui de notre démonstration : M. Westphal¹, dans son dernier travail, dont nous avons fait mention, énonce une conclusion qui nous est favorable ; à l'autopsie de son malade, auquel il avait pratiqué des tractions nerveuses (nerfs crural et sciatique), M. Westphal constate une *myélite diffuse* qui produisit une dégénérescence grise de toute la région dorsale, et, en outre, une lésion de *nature toute différente* qui occupait la région lombaire, et présentait des *lésions circonscrites en forme de foyers*, lésions qu'il attribue à l'irritation et au traumatisme produit par l'éloignement des nerfs.

D'un autre côté, M. Hayem² démontra que l'arrachement du nerf sciatique chez le lapin produit de la sclérose et de l'atrophie dans les cornes et les cordons postérieurs de la moelle.

Mais, nous répondra-t-on, on ne saurait comparer une traction nerveuse dans un but thérapeutique, même lorsqu'elle est effectuée avec une force qui sou-

¹ *Charité Annalen*, 1883, p. 373.

² Hayem. — *Loc. cit.*

lève tout le corps du malade sur le tronc nerveux, à l'arrachement d'un nerf avec ses racines ! Certainement ; mais, en considérant l'arrachement d'un nerf comme l'acmé du traumatisme enduré par un nerf, une forte traction ne fera-t-elle pas partie du même traumatisme, exercé seulement à un moindre degré ? Cette supposition nous paraît d'autant plus admissible, que la traction nerveuse produit de la sclérose et de l'atrophie des cornes et du cordon postérieurs, lésions qui sont très analogues à celles que M. Hayem constatait à la suite de l'arrachement des nerfs. Or, une opération qui est *constamment* suivie d'un envahissement du tissu conjonctif qui comprime les éléments nerveux de la moelle, comment peut-elle être utile dans l'ataxie locomotrice qui, par elle-même, est une sclérose des faisceaux de Burdach, c'est-à-dire d'une partie intégrante du cordon postérieur, qui se trouve précisément lésé en premier lieu à la suite de l'élongation du sciatique ?

Même en nous mettant au point de vue de M. Langenbuch qui reconnaît que l'ataxie locomotrice a pour point de départ une lésion des nerfs périphériques, qu'il suffit d'étirer pour modifier leur action vitale, et accélérer en même temps l'action des centres nerveux restés indemnes, même alors les chances de guérison sont nulles, car nos observations prouvent que le traumatisme subi par le nerf sciatique ne manque pas d'amener des altérations constantes qui se traduisent, selon l'intensité de l'insulte, par plus ou moins de sclérose et d'atrophie dans les cornes et les cordons postérieurs de la moelle, ce qui ne saurait contribuer en aucune façon à la guérison du tabes.

Parmi le grand nombre d'observations purement empiriques sur l'effet de l'élongation des nerfs pratiquée dans le tabes, on en compte un grand nombre où les symptômes de la maladie s'aggravèrent après l'opération, d'autres où le tabes resta incurable; on cite quelques résultats mortels, mais il n'existe *pas une seule guérison durable*.

Nous nous estimerions très heureux si ces recherches de physiologie pathologique et ces examens histologiques contribuaient à rendre plus prudent dans l'emploi des tractions nerveuses.

En nous basant sur tout ce qui précède, nous sommes d'avis que l'élongation des nerfs entreprise dans l'ataxie locomotrice, est toujours plus ou moins préjudiciable au malade, selon le degré de force déployée, mais que cette opération ne peut jamais amener de soulagement durable, et encore moins de guérison.

Arrivé au terme de notre tâche, nous prions notre très honoré maître, M. le professeur Jean Mierzejewsky, de vouloir bien accepter le témoignage de notre vive reconnaissance pour la bienveillante direction accordée à ce travail.

Nous adressons également nos remerciements sincères à M. le D^r Trickli pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I.

Fig. 1. — Coupe transversale de la moelle épinière passant par le renflement lombaire d'un lapin sacrifié trois mois après l'élongation du nerf sciatique droit pratiquée avec une force de 4 kilos. Sclérose ou cordon postérieur droit, côté de la traction. — Les éléments nerveux du cordon

postérieur, A, sont remplacés par du tissu conjonctif. La corne postérieure, B, est atrophiée. — La corne postérieure droite mesure 1^{mm}, 05; la corne postérieure gauche, 1^{mm}, 35; le cordon postérieur droit, 1^{mm}, 95; le cordon postérieur gauche, 2^{mm}, 40.

Fig. 2. — Coupe transversale de la moelle épinière passant par le renflement lombaire d'un lapin sacrifié 42 jours après la traction du nerf sciatique droit, avec une force de 5 kilos. — L'inégalité des cordons postérieurs est moins marquée que dans la figure précédente. Envahissement du tissu conjonctif qui remplace les éléments nerveux dans le cordon postérieur atrophié de la traction A. La corne postérieure droite est diminuée de volume autant que dans la moelle précédente. — Vaucoles dans la corne antérieure B. — La corne droite postérieure mesure 1^{mm}, 50; la corne postérieure gauche, 1^{mm}, 80; le cordon postérieur droit, 1^{mm}, 05; le cordon postérieur gauche, 1^{mm}, 20.

Fig. 3. — Cellule nerveuse en voie de vacuolisation provenant de la corne antérieure droite du renflement lombaire d'un lapin sacrifié 38 jours après une traction du nerf sciatique droit avec une force de 5 kilos.

Fig. 4. — Tubes nerveux indemnes du bout central du nerf sciatique d'un lapin sacrifié 8 jours après une traction dont la force équivalait à 600 grammes.

Fig. 5. — Coupe transversale passant par le renflement lombaire d'un lapin sacrifié 40 jours après la traction du nerf sciatique droit avec une force de 4 kilos. — Légère diminution de volume de la corne postérieure droite B, atrophiée marquée du cordon postérieur droit A. Les éléments nerveux sont remplacés par du tissu conjonctif dans tout le faisceau de Goll et dans la plus grande partie du faisceau de Burdach. — Le cordon postérieur droit mesure 1^{mm}, 05; le cordon postérieur gauche, 1^{mm}, 50; la corne postérieure droite, 0^{mm}, 90; la corne postérieure gauche, 1^{mm}, 20.

Fig. 6. — Coupe transversale passant par le renflement lombaire d'un lapin sacrifié 20 jours après la traction du nerf sciatique droit avec une force de 4 kilos. — Amoindrissement notable de la partie intra-médullaire des racines postérieures et du cordon postérieur du côté de la traction A. Envahissement de ce dernier par le tissu conjonctif comme dans les figures 2 et 5. — Le cordon postérieur droit mesure 0^{mm}, 09; le cordon postérieur gauche, 0^{mm}, 20; la corne postérieure droite, 1^{mm}, 50; la corne postérieure gauche, 1^{mm}, 55.

Fig. 7. — Tubes nerveux lésés provenant du bout périphérique du nerf sciatique d'un lapin sacrifié 43 jours après une traction à la main. La myéline est en voie de résorption. Prolifération des noyaux de la gaine de Schwann. Tubes nerveux de formation nouvelle.

RECUEIL DE FAITS

DE LA CURABILITÉ DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES;

Par MICHEL CATSARAS,

Professeur agrégé de la Faculté d'Athènes, chargé du cours
des maladies du système nerveux.

Si on jette un coup d'œil à la symptomatologie de la sclérose en plaques, on est frappé d'une chose de la plus haute importance, c'est-à-dire qu'il n'y a pas un seul symptôme de cette maladie qui ne puisse disparaître après avoir existé plus ou moins longtemps. C'est ainsi que le tremblement, pendant les mouvements intentionnels, aujourd'hui intense et très marqué, peut disparaître au bout d'un temps variable. La paraplégie spasmodique, après un lent développement pour arriver à sa dernière période, guérit quelquefois complètement soit pour reparaitre ensuite, soit pour ne plus revenir, ce qui cause plusieurs fois de graves erreurs diagnostiques et fait croire à une paraplégie de nature hystérique, quand l'apparition d'un symptôme céphalique ou du tremblement vient dissiper l'erreur.

L'amblyopie amène quelquefois une cécité absolue, mais jamais cette cécité n'a été définitive; au contraire, elle s'améliore. L'amélioration même est telle que certains malades, qui étaient dans l'impossibilité de distinguer aucun objet, sont arrivés à lire les caractères les plus fins, et ils se considèrent comme parfaitement guéris, bien que nous remarquions, par l'examen campimétrique, des altérations évidentes du champ visuel et, à l'aide de l'ophtalmoscopie, la décoloration blanche presque spéciale de la papille; mais enfin, malgré cela, ils sont presque guéris de leur trouble visuel. Nous croyons inutile de répéter la même chose pour les autres symptômes de la maladie. De là la grande variabilité de la marche et la multiplicité des formes de la sclérose en plaques, appelé avec juste raison polymorphe par le professeur Charcot.

Prenons maintenant un scléreux multiloculaire, pour employer l'expression de Charcot, qui présente plusieurs symptômes tant spinaux que cérébraux; en d'autres termes, un bel exemple du type cérébro-spinal classique, et supposons que non plus un, mais plusieurs symptômes disparaissent; alors, au lieu d'avoir à faire avec un cas typique cérébro-spinal nous sommes au contraire en présence d'un cas frustre soit cérébral soit spinal, soit cérébro-spinal, suivant les symptômes qui disparaissent. Cette disparition peut être passagère, et alors le cas frustre peut devenir, après un bref délai de temps, *typique*, mais il peut très bien se faire qu'elle soit durable, et le cas qui était un beau spécimen de la forme cérébro-spinale, classique reste fruste pendant un temps indéfini, c'est-à-dire nous assistons à une rémission durable.

Les rémissions de la sclérose en plaques, qui sont très fréquentes, ont une grande importance, non seulement au point de vue diagnostique, mais surtout parce qu'elles diminuent singulièrement la gravité du pronostic; en effet, on voit quelquefois survenir des amendements durables qui équivalent presque à la guérison, comme nous avons vu tant d'exemples dans l'hôpital de la Salpêtrière.

Tout ce qui précède démontre évidemment que la sclérose en plaques a une tendance naturelle à la guérison. Cette tendance ressort d'une façon éclatante d'une observation de Wilson publiée dans le « *Medical Times* » en 1876.

Nous croyons nécessaire de donner ici la traduction du résumé de cette observation fait par Westphal, dans ces *Jahresbericht über die gesammte Medicin* (1876).

« Une fille, âgée de huit ans, n'ayant dans sa famille d'autres parents nerveux que sa tante, qui était hystérique, a eu dans sa plus tendre enfance la coqueluche et des convulsions suivies d'un strabisme interne dont elle s'est débarrassée au bout de quelques mois. A l'âge de six ans, ayant eu des vertiges et de la diplopie, elle a été forcée de renoncer à l'école; peu à peu, elle a été atteinte d'une atonie des membres supérieurs et d'une instabilité dans la marche.

« Le 19 avril 1875, son état était comme il suit : nystagmus, strabisme convergent, diplopie, sauf un certain amaigrissement; son état général n'était pas mauvais, sensibilité normale partout. Les deux membres inférieurs étaient parétiques, surtout, le gauche; tremblement pendant les mouvements intentionnels des bras, tels que la petite malade ne pouvait pas saisir les objets

placés devant elle. Sa main pressait fort, sa langue tremblait à la sortie de sa bouche; quand la malade essayait de s'asseoir elle était prise de secousses générales du corps tellement fortes qu'elle manquait de tomber par terre. A la position horizontale, on ne remarquait pas de tremblement nul part, pas d'embarras de la parole, sauf une certaine difficulté pour prononcer quelques lettres, inappétence, nausées presque incessantes, suivies de vomissements; parésie vésicale et rectale. L'état de la malade, soumise à diverses médications, est resté le même jusqu'à la fin de juin, lorsqu'à l'aide du phosphore de fer et du régime laité, elle s'est grandement améliorée.

« *Etat de la malade*, le 16 novembre.—Etat général bon, elle s'est un peu engraisée; appétit vif, pas de nausées, pas de parésie vésicale et rectale; le nystagmus persiste encore, l'acuité visuelle est encore amoindrie, la paralysie de la convergence persiste pendant les mouvements qu'il faut faire pour écrire; il se développe un tremblement tellement fort que l'écriture est très difficile à lire. Amélioration notable du tremblement pendant les mouvements intentionnels des bras; les membres inférieurs peuvent faire des mouvements, mais ils sont pris quelquefois de secousses involontaires; aussi, quand la petite malade se lève, le corps tout entier tremble et la station devient impossible.

« Au milieu de décembre, la patiente a observé tout d'un coup qu'elle pouvait lire des lettres écrites sur les murs, qu'elle ne pouvait distinguer auparavant. Depuis lors, l'acuité visuelle s'est encore plus améliorée. En mars 1876, elle pouvait courir et marcher, seulement quand elle était observée par d'autres, cela lui rendait la marche un peu titubante. D'ailleurs, pas de tremblement, pas de mouvements involontaires, pas de traces de nystagmus; l'écriture est encore tremblante, mais lisible. »

Nous ne savons pas si M. Wilson, qui a si bien décrit ce cas intéressant, a suivi son malade pour voir si ces légers symptômes ont disparu, ou si, au contraire, cette guérison, quoique incomplète, ne s'est pas démentie plus tard.

On a pu facilement remarquer que l'enfant de Wilson est presque guéri, et nous disons presque, car nous le répétons, il avait encore une écriture tremblante et un certain degré de titubation dans la marche à des circonstances spéciales, de sorte que nous croyons que le cas de Wilson ne peut pas servir comme d'exemple de guérison. Qu'on veuille se rapporter à l'introduction de ce travail, qu'on se rappelle que dans la sclérose en plaques, on voit quelquefois survenir des amendements durables, qui équivalent presque à la guérison; et on

se rendra compte aussitôt pourquoi, à une telle maladie, tant soient légers les symptômes qui restent dans un cas donné, on ne peut le considérer comme guéri qu'après la disparition complète de tous les troubles nerveux. J'irai même plus loin, et je dirai qu'il faut attendre un certain temps même après la disparition de tout symptôme de la maladie, pour s'assurer si la guérison a été non seulement complète mais définitive.

Eh bien, à l'heure qu'il est, toutes ces conditions indispensables à savoir : disparition complète de tous les symptômes et non réapparition, soit d'un signe, soit d'un symptôme, n'ont été réalisées que dans notre cas, que nous rapportons ici *in extenso*.

L'observation qui suit étant déjà intéressante à la fois en raison des conditions héréditaires et de la multiplicité, ainsi que de la variabilité des symptômes devient, nous l'avons dit, d'un intérêt extrême en raison de la guérison qui se maintient depuis le 10 février jusqu'à présent.

Il s'agit d'un jeune homme nommé M. K... âgé de dix-huit ans, étudiant en droit, dont les antécédents héréditaires fournissent des renseignements très précieux. En effet, sa mère est une petite hystérique, sa tante maternelle était atteinte de grande hystérie; son cousin germain a eu de l'aliénation mentale, très probablement mélancolie anxieuse. Comme antécédents personnels, il faut noter que, depuis son enfance, il avait l'air toujours mélancolique, il n'aimait pas jouer avec les enfants de son âge; mais, toujours sérieux, il se souciait trop des affaires de la maison paternelle. Enfin, pour employer l'expression caractéristique de son père, « ses manières étaient toujours d'un homme plus âgé ». Il se porta très bien jusqu'en janvier 1883, lorsqu'à la fin de ce mois il a eu deux vertiges tellement forts qu'il est tombé par terre. Dès lors, il a été tourmenté par des vertiges moins forts; mais par contre, se répétant très souvent. Au bout de six mois environ, dans le cours de 1883, les symptômes vertigineux se sont complètement passés, pour faire place à un tremblement surtout du membre supérieur droit, que sa mère, dame fort intelligente, décrit de la façon suivante : « Quand la main de mon fils, dit-elle, ne faisait rien, elle ne tremblait pas; mais, dès qu'elle prenait quelque chose, par exemple la cafetière pour servir ses frères et sœurs, un tremblement s'emparait de lui qui, au fur et à mesure que l'acte s'approchait à son but, augmentait tellement d'intensité, qu'il fallait lui aider, sous peine de jeter tout par terre ». Ce tremblement, si bien décrit par sa mère, a continué pendant à peu près deux mois et, au bout de ce temps, il a disparu d'une façon com-

plète pour ne plus revenir. Il n'y eut plus de symptômes subjectifs jusqu'au mois de novembre 1883. C'est alors que survinrent des symptômes psychiques spéciaux qu'on peut qualifier du nom de mélancolie. En effet, le jeune homme était très inquiet, il tirait ses cheveux, il frappait sa face, il disait qu'il avait perdu son avenir; il trouvait que sa mère avait pâli, que son père était malade, et il demandait à son médecin de guérir ses parents. C'est à ce moment que je fus appelé en consultation près de ce malade par M. le D^r Limpritis, un des plus distingués médecins d'Athènes; et voici ce que nous avons constaté. Outre cet état psychique spécial accompagné d'une insomnie complète, le malade avait un regard tellement vague que cela nous a frappé vivement, c'est pour cela que nous avons examiné de prime abord les yeux du malade. Cet examen nous a fourni des renseignements de la plus haute importance. Il y avait, en effet, du nystagmus, qui était peu marqué au repos des yeux; mais on pouvait, au contraire, faire développer des oscillations rapides et très marquées, quand on provoquait la fixation; elles étaient plus prononcées pour la direction du regard à droite.

Si nous faisons regarder notre malade soit à gauche soit à droite, la tête étant dans l'immobilité, nous voyons que le bord des deux cornées était loin d'arriver jusqu'à l'angle des paupières, et les muscles droit externe et interne des deux yeux se fatiguaient si rapidement, que c'était avec la plus grande difficulté qu'ils pouvaient se maintenir dans les directions citées, tellement grande était leur tendance à revenir à la ligne médiane.

L'insuffisance du droit interne des deux yeux était des plus belles; en effet, si on couvrait un des yeux du malade et on lui disait de fixer notre doigt à 15 ou 20 centimètres de distance; on remarquait que ce droit interne de l'œil que l'on découvrait exécutait un mouvement très marqué de redressement en dedans.

Aussi, si on fixait les yeux du malade à la même distance, on voyait clairement un certain degré de strabisme; d'ailleurs, de temps en temps, M. Limpritis et moi avons remarqué de loin que les axes des yeux n'étaient pas du tout parallèles et ne se convergeaient pas.

L'examen du champ visuel, fait par le périmètre de Landolt, n'a rien montré, pas d'atrophie blanche de la pupille, pas de sténose vasculaire spasmodique. L'examen de l'ouïe, du goût et de l'odorat a été complètement négatif; pas de troubles du rectum, de vessie et des organes génitaux; pas de troubles de la sensibilité; pas d'embarras de la parole. Il y avait une exaltation considérable des réflexes, surtout des rotuliens, facilement constatable par les procédés les plus élémentaires, comme aussi de l'épilepsie spinale, aussi bien spontanée que provoquée, de sorte que, dans ce moment là, c'étaient les symptômes psychiques qui dominaient l'état du ma-

lade, et n'était le regard vague qui nous a fait penser à la sclérose en plaques et tourner notre interrogatoire et nos recherches en conséquence, nous pouvions très bien faire une fausse route au diagnostic.

Le 15 novembre 1883, des sortes d'accès vinrent s'ajouter, caractérisés par un affaissement subit du malade, perte de connaissance et de petitesse avec irrégularité du pouls. Au bout de trois minutes, cet accès disparaissait sans parésie consécutive; quelquefois des convulsions épileptiformes s'y ajoutaient. La fréquence quotidienne de ces accès variait depuis 4 jusqu'à 8 avec des intervalles libres, pendant lesquels surgissaient les idées mélancoliques. La température n'était pas élevée. Seulement, un jour, M. Limpritis a trouvé après trois accès, avec des intervalles très courts, à peine cinq minutes de durée, 38°,2.

Le 5 décembre, les symptômes psychiques avec les accès épileptiformes et apoplectiformes se sont complètement passés, de sorte qu'on croyait le malade comme parfaitement rétabli, la famille était enchantée, mais malheureusement, je ne pouvais pas partager cette joie, car la maladie continuait, comme l'indiquaient parfaitement, le nystagmus, les paralysies associées des yeux, le regard vague, l'exaltation des réflexes, l'épilepsie spinale, et enfin un certain degré de faiblesse parétique des membres inférieurs. L'avenir n'a pas tardé à dissiper les vaines espérances de la famille. Seize jours après, la mélancolie revint avec les mêmes caractères et des accès apoplectiformes et épileptiformes. Dans les intervalles des accès, le malade se plaignait d'une diplopie intense et de vertiges diplopiques; car si on lui fermait un œil, les vertiges disparaissaient. Cette nouvelle scène clinique s'est terminée le 21 décembre, elle a duré six jours, suivie d'une rémission qui n'a pas dépassé quatre jours. A ce nouvel amendement a succédé une nouvelle crise psychique avec les mêmes accès; mais, à l'aide d'une application des pointes de feu faite pour la première fois, elle a été coupée court et elle n'a duré qu'un jour. Elle a commencé à sept heures du matin le 26 décembre et elle a fini à six heures du soir.

En présence de ce syndrome, nous étions certains que nous avions à faire à une maladie organique cérébro-spinale et que, vu l'âge du sujet, les vertiges, le tremblement pendant les mouvements intentionnels, le nystagmus, les paralysies associées des yeux, la paralysie de la convergence, l'insuffisance des droits internes, le regard vague si spécial, les symptômes spasmodiques, les accès apoplectiformes et épileptiformes avec les symptômes psychiques, et enfin la marche rémissionnelle et si originale de la maladie, nous avons posé le diagnostic de la sclérose en plaques.

MM. les professeurs Caramitzas, Orphanides, Magginas avec M. le Dr Limpritis se sont joints à notre diagnostic. Notre célèbre

maître Charcot, auquel nous avons envoyé l'exposé du malade en demandant son opinion, a bien voulu nous répondre et confirmer, avec son imposante autorité, notre diagnostic.

Dans le cours de janvier 1884, j'ai visité bien des fois ce malade, et toujours j'ai constaté l'état suivant : nystagmus, paralysies associées des yeux, paralysie de la convergence, insuffisance des droits internes, regard vague, clonus du pied tant spontané que provoqué, faiblesse des membres inférieurs, et enfin un état psychique bizarre qui consistait à une tendance irrésistible de chercher quelque chose partout sans pouvoir nous dire précisément quelle était la chose cherchée, bien qu'il eût pleine conscience de tout ce qu'il faisait. Ainsi il ouvrait une armoire, il examinait avec attention tout son contenu, et, ne pouvant arriver à trouver ce qu'il cherchait, il allait autre part pour continuer ses recherches. En dehors de cela, le malade avait son intelligence assez nette.

Etat du malade, le 10 février. — J'ai été assez surpris de n'avoir pu constater un seul de tous ces symptômes. En effet, le regard vague, le nystagmus, les paralysies associées des yeux, la paralysie de la convergence, l'insuffisance des droits internes, l'exaltation des réflexes, l'épilepsie spinale, la faiblesse des membres inférieurs, l'état psychique, enfin tout a disparu d'une façon complète. Cette disparition fut définitive, car, depuis ce temps-là jusqu'à présent, aucun de ces symptômes n'a reparu. Le jeune homme s'est engraisé, continue ses études; il est même mieux qu'avant sa maladie, car aujourd'hui il n'a plus son caractère habituellement mélancolique, que nous avons décrit dans ses antécédents personnels; il est plus gai, son intelligence est très vive, et il est parmi les premiers étudiants.

Nous n'insisterons que très peu sur les moyens thérapeutiques mis en usage pour obtenir cet heureux résultat. Les applications des pointes de feu répétés sur la région spinale, l'hydrothérapie, l'ergotine, et pendant les accès, élixir d'Yvon et bromhydrate de quinine, ont peut-être facilité la tendance naturelle de ce cas à la guérison. Le traitement a continué jusqu'au mois de mai 1884.

Comment peut-on expliquer, au point de vue physiologico-pathologique, la curabilité de la maladie? La question des améliorations notables et de la curabilité des quelques maladies organiques du système nerveux central est une des plus intéressantes que la pathologie puisse présenter aux physiologistes. En effet, aujourd'hui, il est bien établi que le mal de Pott, qui après avoir premièrement envahi les méninges, produit une sclérose médullaire, guérit le plus souvent, même dans les cas très avancés. Charcot nous a montré, à la Salpê-

rière, de beaux exemples de guérison chez des personnes atteintes de paraplégie spasmodique par mal de Pott arrivée à sa dernière période, à la contracture des membres inférieurs, et nous-même, nous sommes en train d'obtenir la guérison dans un tel cas, chez une petite fille âgée de huit ans et nommée L. M. La malade, qui était dans l'impossibilité absolue de mouvoir ses membres inférieurs, a commencé à marcher à l'aide des appuis et l'amélioration continue. Aussi, il est bien connu que la pachyméningite cervicale hypertrophique s'améliore considérablement; elle guérit même plus souvent, si la moelle est peu ou point atteinte, rarement si elle est fortement lésée.

Enfin, en ce qui concerne la sclérose en plaques, nous avons le cas de Wilson, où la malade est presque guérie, et surtout notre observation qui est décisive à ce point de vue.

Ces guérisons ne peuvent être expliquées, croyons-nous, que par la régénération des nerfs, nous assistons là à une véritable réparation nerveuse. Charcot a démontré, par l'autopsie d'une personne atteinte de paraplégie spasmodique par mal de Pott, qu'au milieu du tronçon de la moelle sclérosée il y avait des tubes nerveux qui rétablissaient les communications entre le segment supérieur et le segment inférieur de la moelle épinière. Ces fibres étaient très probablement régénérés.

Il me semble, d'ailleurs, que les tubes d'un segment ne se mettent pas tous à la fois en jeu pour fonctionner et que, ordinairement, une partie seulement paraît y suffire. L'histologie pathologique de mal de Pott nous fournit la preuve de ce fait. En effet, au milieu du segment sclérosé correspondant au point de compression, Charcot a trouvé que le nombre des tubes nerveux était bien au-dessous du taux normal, et cependant ce petit nombre suffit pour le rétablissement des communications, si bien que la malade faisait de longues courses sans la moindre claudication, ayant la marche parfaitement normale, enfin étant complètement guérie, sauf naturellement sa gibbosité. Or, la régénération d'un nombre de tubes nerveux, même beaucoup au-dessous du taux normal, paraît suffire pour rétablir les choses à leur état physiologique.

Nous sommes nécessairement amenés à poser la question suivante : A quoi donc sert un nombre si considérable de tubes nerveux qui existent à l'état normal? Il est certes très difficile à répondre à cette question, mais nous ne pouvons

pas résister à l'hypothèse que, parmi les conditions qui ont nécessité l'existence d'un si grand nombre de tubes et qui ne sont pas connues; il y en a deux qu'il nous semble difficile de ne pas accepter : 1° il est facile de concevoir que dans quelques circonstances extraordinaires qui nécessitent un plus grand travail nerveux, un plus grand nombre de fibres nerveuses se mettent en jeu; 2° à quelques cas pathologiques il est de toute nécessité que les tubes détruits soient remplacés par d'autres restés pour ainsi dire en réserve; en d'autres termes, il faut qu'ils soient suppléés.

Charcot et d'autres en admettant la possibilité de la régénération des nerfs, se posent la question : s'il s'agit là d'une reproduction de toutes pièces ou seulement de la réapparition du cylindre de myéline autour des cylindres axiles dénudés. Nous croyons très difficile d'admettre la reproduction de toutes pièces, tandis que la réapparition du cylindre de myéline autour du cylindre d'axe, nous paraît plus compréhensible et plus conforme aux faits, tout au moins pour la sclérose en plaques. En effet, il est bien établi aujourd'hui que dans la sclérose en plaques, les cylindres axiles résistent jusqu'aux dernières limites du travail destructif, et s'il est très difficile de trouver une plaque tant ancienne qu'elle soit, dans laquelle le microscope ne démontre pas ça et là quelques cylindres axiles restés intacts au milieu du tissu sclérosé. La réapparition alors du cylindre de myéline autour des cylindres axiles dénudés est facile à comprendre et peut bien expliquer la curabilité de cette maladie. On peut encore trouver une preuve négative de notre explication dans les scléroses dites systématiques. Dans celles-ci, où le cylindre axile est le premier détruit, non seulement la guérison, mais encore des améliorations notables et durables n'ont jamais été obtenues, chose qui n'arriverait pas si la reproduction de toutes pièces était possible.

Une question se présente ici. Pourquoi cette régénération arrive-t-elle si rarement? Quelles sont les conditions qui la favorisent? Autant de questions importantes que je ne suis pas à même de résoudre et que je me borne à poser à la méditation des neuropathologistes et des physiologistes. Je dirai seulement que, parmi les conditions inconnues qui ont facilité l'heureux résultat dans le cas de Wilson et le mien, il y en a deux que je ne veux pas passer sous silence : 1° l'âge. En effet,

la malade de Wilson était âgée de huit ans et notre malade est âgé de dix-huit ans. Certes, à cet âge, le corps est en développement. Le tissu nerveux a plus de vivacité et les phénomènes de régénération peuvent se faire avec plus d'activité; 2° l'intervention de la thérapeutique faite au début de la sclérose en plaques, a peut-être empêché le travail destructif de progresser et dans ces conditions, la régénération a plus de chances de succès. On se rappelle que nous sommes intervenus activement au dixième mois de la maladie. M. Wilson est intervenu aussi à temps.

Nous espérons qu'à l'époque où tout le monde médical apprendra à reconnaître la sclérose en plaques, à son début surtout, quand elle se présente sous ses formes frustes, le nombre des cas de guérison se multipliera.

Il ne faut pas ignorer que la sclérose en plaques n'est pas du tout une maladie rare, au contraire, son champ s'élargit de jour en jour; déjà, au point de vue de la fréquence, vient après les tubes, et cela grâce à la puissante impulsion que M. Charcot et ses élèves, surtout son distingué chef de clinique Marie, ont donné au diagnostic de cette maladie, et spécialement de ses formes atténuées. Nous sommes aussi redevables à M. Parinaud, qui a si bien décrit dans plusieurs travaux successifs, les troubles oculaires de la sclérose en plaques, qui fournissent des signes si précieux au diagnostic de cette maladie, surtout de ses formes frustes. Notre observation fournit, entre autres, la preuve de l'extrême importance de l'examen méthodique des yeux. Ce sont en effet, les lésions de l'œil surtout qui nous ont mis dans la vraie voie et ont fixé notre diagnostic.

En résumant les principaux points de ce travail nous dirons :

1° Que la sclérose en plaques est une maladie curable ;

2° La guérison peut être expliquée par la régénération des nerfs ;

Le mécanisme de cette régénération consiste peut-être en la réapparition du cylindre de myéline autour des cylindres axiles dénudés ;

4° La régénération d'un nombre de tubes nerveux bien au-dessous du taux normal suffit pour déterminer la guérison ;

5° Parmi les conditions inconnues qui favorisent la régéné-

ration des nerfs et, par conséquent, la guérison de la maladie, il faut peut-être compter l'âge et l'intervention de la thérapeutique au début de la maladie.

P. S. — Si la guérison de notre malade se démentait plus tard, chose que nous ne croyons pas, nous nous empresserons de le publier.

REVUE CRITIQUE

DE LA NUTRITION DU SYSTÈME NERVEUX

A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE¹

Par le Dr A. MAIRET, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Nutrition générale et acide phosphorique. — Pour savoir si la nutrition générale exerce une influence, sur l'élimination de l'acide phosphorique, nous avons étudié l'élimination de cette substance et celle de l'azote aux différentes heures de la journée. Cette étude nous a démontré que le *sommeil, en tant qu'état de repos, diminue l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique, soit de l'acide phosphorique uni aux terres, soit de l'acide phosphorique uni aux alcalis.* Le sommeil diminue donc les échanges en acide phosphorique qui se passent au sein de nos tissus en même temps qu'il diminue l'élimination de l'azote. Cette marche parallèle dans l'élimination des phosphates, sous l'influence du sommeil, nous l'avons rencontrée encore pendant les différentes heures du jour, ou mieux, pendant les différentes périodes de la journée, (matin, après-midi, nuit), chez des individus dont nous avons examiné les urines pendant l'état de repos. L'élimination de

¹ Voy. t. IX, p. 232 et 360.

ces deux substances est à son minimum pendant les heures du matin ; elle augmente pendant les heures de l'après-midi et atteint son maximum pendant les heures de la nuit. Et comme dans les cas que nous avons étudiés, les individus étaient au repos, et que la décomposition des matières albumoïdes, laquelle se traduit, comme on le sait, par l'élimination de l'azote, n'était liée qu'aux échanges nutritifs qui se passent dans l'ensemble de l'économie, c'est-à-dire à la nutrition générale, nous ne pouvons que rattacher à la même origine les variations qui se produisent dans l'élimination de l'acide phosphorique.

Les faits que nous venons de rappeler nous amènent donc aux conclusions suivantes :

1° *L'acide phosphorique est lié à la nutrition générale.*

2° *Les échanges nutritifs qui, dans les conditions ordinaires de la vie, se passent au sein de nos tissus, se font sentir sur l'élimination de l'acide phosphorique — soit de l'acide phosphorique uni aux terres, soit de l'acide phosphorique uni aux alcalis — dans une direction parallèle à celle de l'élimination de l'azote.*

Les résultats qui précèdent nous montrent que si la théorie de Zuelzer est fautive, ainsi que nous le disions plus haut, dans sa partie essentielle, elle a cependant quelque chose de vrai, en ce sens qu'il existe réellement un rapport entre l'élimination de l'acide phosphorique et celle de l'azote. Mais nos recherches nous permettent pas d'aller plus loin ; elles ne nous permettent pas de fixer un chiffre à ce rapport. Malgré cela, on comprend que nous ayons dans cette marche parallèle imprimée par la nutrition générale à l'élimination de l'acide phosphorique et à celle de l'azote un moyen précieux de savoir si cette nutrition intervient dans les modifications que nous avons constatées dans cette élimination sous l'influence du travail intellectuel.

Ces rapports entre la nutrition générale et l'acide phosphorique établis revenons maintenant à l'interprétation des modifications que produit l'activité cérébrale sur l'élimination de cet acide et sur celle de l'azote, et demandons-nous d'abord à quoi tient la *diminution de l'azote*.

La physiologie nous apprend que l'azote éliminé par les urines est intimement lié à l'alimentation, d'une part, et à la décomposition des matières albuminoïdes, d'autre part.

Dans les cas que nous étudions, l'alimentation est restée la même en quantité et en qualité pendant l'état de repos et pendant l'état d'activité intellectuelle; de plus, quand l'alimentation, comme dans le tableau III, est à peu près supprimée, les mêmes modifications se produisent du côté de l'azote. Ce n'est donc pas à l'alimentation qu'on peut faire remonter la diminution constatée sous l'influence du travail intellectuel dans l'élimination de cette substance. Par suite, cette diminution ne peut être rattachée qu'à une moindre décomposition des matières albuminoïdes.

Cette moindre décomposition provient-elle de la substance nerveuse; le travail intellectuel diminue-t-il les échanges nutritifs qui se passent dans les matières albuminoïdes que renferme cette substance? Cela me paraît difficile à admettre *à priori*, étant données la quantité relativement faible de matière albuminoïde qui entre dans la constitution du tissu nerveux et la quantité relativement considérable d'azote trouvé en moins dans les urines; cela devient impossible lorsqu'on réfléchit que la diminution de l'azote n'est pas, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, liée, comme l'augmentation des phosphates neutres, aux rapports qui existent entre l'intensité du travail et la richesse de l'alimentation en acide phosphorique; ce qui serait si l'hypothèse que nous étudions était vraie.

La diminution de l'azote que nous constatons sous l'influence du travail intellectuel ne se rattache donc pas à une diminution dans les échanges nutritifs qui peuvent se passer au sein de la substance nerveuse. Cette diminution ne peut pas être davantage attribuée à une moindre activité du système musculaire dont le travail augmente l'élimination de l'azote; nous avons eu soin, en effet, nous l'avons déjà dit, de mettre les individus en expérience dans des conditions de repos musculaire absolument semblables, pendant les états de repos et de travail intellectuels.

La diminution de l'azote éliminé sous l'influence de ce dernier travail ne pouvant être recherchée ni dans le système nerveux ni dans le système musculaire, force est bien de la rattacher à la décomposition des matières albuminoïdes envisagée d'une manière générale, c'est-à-dire à l'ensemble de la nutrition; et comme le chiffre de l'azote contenu dans les urines peut « servir à mesurer l'énergie avec laquelle s'effectuent les transformations de la matière au sein de l'orga-

nisme¹ », force encore est d'admettre que le travail intellectuel ralentit la nutrition générale.

La diminution produite dans l'élimination de l'azote par le travail intellectuel se lie donc au ralentissement de la nutrition générale.

C'est à la même cause évidemment qu'il faut rattacher, en partie du moins, la diminution dans l'élimination de l'acide phosphorique uni aux alcalis, qu'on constate sous l'influence du travail intellectuel. Nous savons, en effet, que la nutrition générale agit dans le même sens sur l'azote et les phosphates. Toutefois nous verrons plus loin que la nutrition générale n'est pas la seule cause de cette diminution; mais, avant cela, il est nécessaire de rechercher d'où vient l'augmentation produite par le travail intellectuel sur l'élimination de l'acide phosphorique uni aux terres.

Le travail intellectuel retentit sur l'ensemble de la nutrition, qu'il ralentit : telle est donc la conclusion que nous impose la connaissance de l'action de ce travail sur l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique uni aux alcalis. Nos recherches viennent ainsi confirmer scientifiquement ce que nous enseignent l'observation clinique.

L'augmentation de l'acide phosphorique uni aux terres, qu'on retrouve sous l'influence du travail intellectuel, ne peut-elle pas s'expliquer par ce fait que, la nutrition générale étant ralentie, ce ralentissement donne lieu à une moindre absorption des phosphates terreux? Nombre de raisons plaident contre cette manière de voir. Parmi elles, je me contenterai de rappeler les deux suivantes, qui sont absolument concluantes. Si l'hypothèse qui précède était vraie, l'augmentation de l'acide phosphorique uni aux terres se produirait toujours conjointement à la diminution de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'azote, et elle serait d'autant plus marquée que la richesse des aliments en phosphates serait plus grande. Or, nous avons vu, lorsque le travail n'était pas très intense, l'acide phosphorique uni aux alcalis et l'azote diminuer sans que l'acide phosphorique uni aux terres augmente; et, d'un autre côté, l'augmentation de ce dernier acide, loin d'être en rapport avec la richesse des aliments, être d'autant plus marquée que cette

¹ Gorup-Besanez. — *Traité de chimie physiologique*, 1880, tome I, page 379.

richesse est moindre. Ensuite, ainsi que nous le disions tout à l'heure, la nutrition générale agit dans le même sens sur l'acide phosphorique uni aux terres et sur l'acide phosphorique uni aux alcalis. Il n'est donc pas possible de rattacher au ralentissement de l'ensemble de la nutrition l'augmentation des phosphates terreux qu'on rencontre sous l'influence du travail intellectuel.

Et comme toutes les autres conditions qu'on pourrait incriminer comme cause de cette augmentation restent absolument les mêmes lorsque les individus en expérience sont soumis à ce travail ou lorsqu'ils sont à l'état de repos, nous ne pouvons rattacher cette augmentation qu'au système nerveux lui-même.

Ce premier point résolu, se pose la même question que nous avons rencontrée à propos de la nutrition générale : les phosphates terreux qu'on retrouve en plus dans les urines à la suite du travail intellectuel ne proviennent-ils pas de ce que le cerveau, en travaillant, absorbe moins de ces phosphates qu'à l'état de repos? Les mêmes raisons qui nous ont obligé à rejeter l'idée que ces phosphates se lient à un ralentissement de la nutrition générale, nous obligent à la rejeter à propos du cerveau, et, de déduction en déduction, nous sommes forcément amené à admettre que l'acide phosphorique uni aux terres, qu'on retrouve en plus dans les urines sous l'influence du travail intellectuel, est dû à des échanges plus actifs se passant dans l'intérieur du tissu nerveux et exprime un déchet en acide phosphorique produit par ces échanges. Nous pouvons donc dire :

1° *Le travail intellectuel emploie, pour se produire, de l'acide phosphorique.*

2° *L'acide phosphorique uni aux terres, qu'on retrouve en excès dans les urines à la suite du travail intellectuel, est de l'acide phosphorique de déchet. Et si on considère que l'augmentation de cet acide est absolument indépendante, ainsi que nous le verrons dans la seconde partie de ce travail, de la forme que revêt l'expression sous laquelle se traduit l'activité cérébrale, qu'elle se retrouve dans les deux formes les plus opposées de l'aliénation mentale, dans la manie et dans la lypémanie, et même en dehors de toute manifestation psychique, dans les attaques d'épilepsie par exemple, on ne conserve plus de doute que cette*

augmentation ne soit due à une suractivité de la nutrition nerveuse. Nous sommes donc obligé d'admettre que *l'acide phosphorique est lié à la nutrition du tissu nerveux.*

Poursuivons notre étude. L'acide phosphorique uni aux terres qu'on retrouve en excès dans les urines lorsque le cerveau fonctionne étant un produit de déchet, c'est-à-dire le produit de la désassimilation des matières phosphorées de la substance nerveuse, il est certain que, dans les conditions ordinaires de la vie, chez l'homme travaillant intellectuellement, ce déchet en acide phosphorique doit être compensé par une égale quantité d'acide phosphorique d'assimilation; sinon le cerveau serait bientôt privé de phosphore et tout travail intellectuel deviendrait vite impossible. Pouvons-nous démontrer qu'il en est ainsi?

Pour cela, il nous faut revenir à l'étude des phosphates alcalins. Ces phosphates, nous l'avons vu, sont diminués sous l'influence du travail intellectuel, et rapprochant cette diminution de celle de l'azote, nous l'avons rattachée, en partie du moins, au ralentissement de la nutrition générale. Est-ce là sa seule cause?

Si le rapport entre l'élimination de l'acide phosphorique et la décomposition des matières albuminoïdes exprimée par l'azote était constant, comme le pensent certains auteurs, et Zuelzer en particulier, le problème que nous venons de soulever serait facile à résoudre; nous n'aurions qu'à voir si, sous l'influence du travail intellectuel, ce rapport est diminué ou non. Il n'en est pas ainsi; nous l'avons vu précédemment. Et cependant c'est seulement dans l'étude comparative entre l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique uni aux alcalis que nous pouvons chercher la solution de ce problème.

Peut-être trouverons-nous cette solution en étudiant le rapport entre l'acide phosphorique uni aux alcalis et l'azote chez un individu à l'état de travail intellectuel, comparative-ment à ce qu'il est chez ce même individu à l'état de repos. Il est certain en effet que si, sous l'influence de l'activité cérébrale, ce rapport est toujours diminué, nous serons en droit de conclure que, à côté du ralentissement de la nutrition, il faut invoquer une autre cause pour expliquer cette diminution. Nos recherches sur l'homme sain ne nous permettent pas de

nous prononcer à ce sujet¹. Remarquons, toutefois, que c'est lorsque le travail intellectuel est le plus intense (tableau I, n° 3) que la diminution du rapport entre l'acide phosphorique uni aux alcalis et l'azote est le plus considérable. Par conséquent, nous pouvons nous demander si, lorsque l'activité des échanges qui se passent au sein de la substance nerveuse est suffisamment grande, cette diminution ne s'accroît pas et ne devient pas constante. C'est à la pathologie qu'il faut nous adresser pour fixer ce point; et c'est à la lypémanie que nous en appellerons. Dans cette forme d'aliénation mentale, on retrouve dans l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique des modifications absolument semblables à celles que produit le travail intellectuel; seulement l'activité cérébrale étant plus grande que sous l'influence de ce dernier, ces modifications sont plus accentuées et dans ce cas, la diminution de l'acide phosphorique uni aux alcalis, relativement à l'azote, est constante. Par suite, on est conduit à penser que la diminution de l'acide phosphorique que produit le travail intellectuel ne se lie pas à la seule nutrition générale, mais à la nutrition du cerveau lui-même.

Cette manière de voir s'affirme et s'impose lorsqu'on étudie comparativement l'élimination des phosphates alcalins et l'élimination des phosphates terreux.

D'abord, en ce qui concerne les rapports entre ces deux groupes de sels et l'azote, plus diminue le rapport entre l'acide phosphorique uni aux alcalis et cette dernière substance, plus augmente celui de l'acide phosphorique uni aux terres. Ce fait, qui se dégage de nos différentes recherches sur l'homme sain consignées dans les tableaux qui précèdent, se dégage non moins nettement de celles que nous avons faites sur la lypémanie. Tandis que, sous l'influence de cette maladie, le rapport entre l'acide phosphorique uni aux alcalis et l'azote diminue, le rapport entre l'acide phosphorique uni aux terres et l'azote augmente au contraire.

En second lieu, si nous étudions comparativement le chiffre d'élimination de l'acide phosphorique uni aux terres et celui de l'acide phosphorique uni aux alcalis, nous voyons que, plus augmente le premier plus diminue le second. Ainsi, chez l'individu qui fait le sujet du tableau I, tandis que, à l'état de

¹ Voir, pour toutes les expériences relatives à cette question : Mairet, *loco citato*, p. 108-111.

repos, le chiffre d'élimination de l'acide phosphorique uni aux terres était de 50 centigr. et celui de l'acide phosphorique uni aux alcalis de 1 gr. 65, ces chiffres deviennent, à la suite d'un travail intellectuel de sept heures, de 52 centigr. pour le premier et de 1 gr. 53 pour le second, et à la suite d'un travail de dix heures, de 58 centigr. et de 1 gr. 27. Il y a donc un rapport évident entre l'augmentation de l'acide phosphorique uni aux terres et la diminution de l'acide phosphorique uni aux alcalis ; il y a comme un balancement entre l'élimination de ces deux substances.

Les différents faits que nous venons de rapporter ne nous semblent plus laisser de doute :

La diminution de l'acide phosphorique uni aux alcalis, qu'on constate sous l'influence du travail intellectuel, ne reconnaît pas comme seule cause le ralentissement de la nutrition ; il existe entre elle et les échanges nutritifs qui se passent au sein de la substance nerveuse un rapport trop étroit pour qu'elle ne concoure pas à ces échanges. Evidemment *une partie des phosphates alcalins trouvés en moins dans les urines, sous l'influence du travail intellectuel, sont absorbés par la substance nerveuse pour produire ce travail, et servent à compenser les pertes en cet acide que fait subir à cette substance les échanges nutritifs qui se passent dans son intérieur.*

Tels sont les enseignements qui se dégagent de nos recherches relativement aux rapports qui existent entre l'acide phosphorique et le système nerveux ; si nous les synthétisons, nous dirons :

1° L'ACIDE PHOSPHORIQUE EST INTIMEMENT LIÉ A LA NUTRITION ET AU FONCTIONNEMENT DU CERVEAU. LE CERVEAU, EN FONCTIONNANT, ABSORBE DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE UNI AUX ALCALIS, ET REND DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE UNI AUX TERRES ;

2° LE TRAVAIL INTELLECTUEL RETENTIT SUR LA NUTRITION GÉNÉRALE QU'IL RALENTIT ;

3° LE TRAVAIL INTELLECTUEL MODIFIE L'ÉLIMINATION DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE PAR LES URINES ; IL DIMINUE LE CHIFFRE DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE UNI AUX ALCALIS, ET AUGMENTE LE CHIFFRE DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE UNI AUX TERRES.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. L'ÉCORCE DU CERVELET; par C.-E. BEEVOR. (*Brain*, Part XXII, 1883.)

Ces recherches anatomiques sur l'écorce du cervelet ont été faites sous la direction de Gaule (Leipzig) en employant plusieurs méthodes différentes et la technique la plus récente, c'est le procédé de coloration par la fuchsine acide (Weigert) et la nigrosine qui a donné les meilleurs résultats. Les préparations ont été faites surtout sur des cerveaux de chiens plongés dans les réactifs durcissants moins de une heure après la mort.

Nous ne pouvons donner ici que les conclusions de ce travail, d'après l'auteur lui-même :

1° Chaque fibre sans branches est en connexion avec chaque cellule de Purkinje. Le cylindre axe passe dans le protoplasma de la cellule, la gaine médullaire dans la capsule névroglique de la cellule;

2° Le cylindre axe se convertit dans la cellule en un certain nombre de fibrilles qui passent dans les processus protoplasmiques à branches. Ces fibrilles parcourent comme des filaments absolument distincts jusqu'à la périphérie les processus entourés d'une gaine névroglique. Dans les divisions successives de ces processus les nombreuses fibrilles sont graduellement séparées gaine médullaire, et enfin celles-ci se portent dans la substance médullaire tout en s'entre-croisant entre elles et formant une sorte de plexus.

Ce travail est accompagné de figures très claires quoique non schématiques, et constitue un des meilleurs documents que nous ayons sur la structure si compliquée du cervelet. P. M.

II. SUR LES PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS A LA SECTION DES FIBRES DU NERF OPTIQUE A L'INTÉRIEUR DES HÉMISPÈRES CÉRÉBRAUX DANS LE VOISINAGE DU SEGMENT POSTÉRIEUR DE LA CAPSULE INTERNE; par W. BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884).

A l'aide d'un instrument représentant une gaine mince dont on peut à volonté projeter une fine lame qui forme pres-

que un angle droit avec la gaine, l'auteur, après avoir réglé l'expérience, arrive à séparer les fibres de la capsule interne à la hauteur de la face supérieure de la couche optique, immédiatement en dehors de la zone où le ventricule latéral émet son prolongement inférieur, par conséquent au-dessus du corps genouillé externe. Dans ces conditions, il ne se produit aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité. Seules les moitiés homonymes des deux rétines par rapport au côté opéré cessent de fonctionner; la limite de chaque champ visuel est représentée par une verticale au voisinage du point de fixation, et la lacune en est toujours notablement plus grande du côté opposé à l'opération. Pas de modifications pupillaires appréciables.

P. K.

III. DE L'IMPORTANCE DES GANGLIONS INTERVERTÉBRAUX (*Recherche expérimentale et histologique*); par W. BECHTEREW et P. ROSENBACH. — APPENDICE A CETTE COMMUNICATION, par les mêmes auteurs. — QUELQUES REMARQUES SUR CETTE COMMUNICATION, par SCHULTZE. (*Neurol. Centralbl.*, 1884.)

On endort un chien; on lui plonge un couteau à deux tranchants dans l'espace intermédiaire au sacrum et à la dernière vertèbre lombaire (spatium rhomboïdale) et l'on sectionne l'ensemble des racines qui au-dessous du renflement lombaire partent de la moelle pour former la queue de cheval; ou bien, pour sectionner un plus grand nombre de racines, on passe entre la dernière et l'avant-dernière lombaire. Le couteau enlève les racines postérieures et antérieures avant l'extrémité inférieure de la moelle, et les ganglions spinaux; il porte encore sur quelques ganglions et sur quelques troncs nerveux en arrière. Il en résulte une paralysie complète de la queue, un trouble évident du mouvement dans les extrémités postérieures, une parfaite anesthésie de la queue, du périnée, des surfaces postéro-internes des cuisses, de la paralysie des deux sphincters. Quand la section a eu lieu entre les deux dernières lombaires, on remarque en outre un trouble marqué du mouvement dans les deux extrémités postérieures, le train postérieur titubant; en marchant, de côté et d'autre, l'anesthésie est plus étendue. Peu de temps après, il se produit une réaction dégénérative absolue des muscles paralysés et de l'amaigrissement. La mort a lieu, malgré une alimentation suffisante, au

bout de dix à trente jours; quelques animaux se rétablissent totalement; on les tue alors deux à trois mois plus tard. L'analyse macroscopique et microscopique suggère aux auteurs les conclusions suivantes: L'altération constante de la substance grise (dégénérescence des cellules nerveuses des cornes antérieures et postérieures) rapprochée de l'absence de tout trouble imputable à une action traumatique dans le voisinage immédiat des racines sectionnées, indiquerait que l'altération de la substance grise est simplement l'effet de la séparation des ganglions spinaux en connexion avec les racines postérieures sectionnées. La constance de la dégénérescence atrophique et de la disparition des cellules nerveuses après l'opération sans aucun processus inflammatoire prouverait qu'il s'agit d'un trouble trophique qui, après la section des ganglions, se propage le long des racines postérieures coupées vers le centre de la moelle. Les ganglions intervertébraux serviraient donc de foyer trophique non seulement aux fibres sensibles et aux racines des nerfs spinaux, mais aux éléments cellulaires de la moelle même. L'ascension du processus dégénératif, plus loin que la sphère commandée par les ganglions sectionnés, cette ascension serait non pas le résultat direct de la séparation des ganglions, mais un phénomène de propagation par contiguïté dû aux connexions si riches, si multipliées, qu'affectent entre elles les cellules nerveuses au moyen de leurs prolongements dans le réseau nerveux de la substance grise. Quant aux cordons de Goll et autres, l'inconstance à tous égards des résultats obtenus forcerait les auteurs à déclarer que leur dégénérescence est à peu près absolument une lésion consécutive qui n'est pas immédiatement produite par la séparation des ganglions spinaux, mais qu'elle émane de la destruction des cellules nerveuses qui, selon toute probabilité, servent de lieu d'origine à ces faisceaux. — La polémique, suivant nous, n'enlève rien au mémoire que nous venons d'analyser brièvement; les questions se tranchent non avec des mots, mais en variant les expériences.

P. K.

IV. REMARQUES SUR LA FORME DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DE L'HOMME; par M. FLESC. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Une moelle d'un enfant de dix-huit mois ayant succombé à la diphthérie est enlevée trente-six heures après la mort. On

la suspend dans la liqueur de Müller. Et l'on constate que, de même que chez les mammifères, elle présente une convexité dorsale à sommet postérieur, une convexité cervicale à sommet antérieur. La même forme persiste quand on a enlevé la dure-mère et la pie-mère. L'exactitude dans la fixation de cette forme est obtenue précisément en conservant l'organe sans l'attacher dans un liquide dont le poids spécifique est presque celui de sa substance.

P. K.

V. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DES NERFS VASO-MOTEURS DE LA PEAU DE L'HOMME, par M. BUCH (d'Helsingfors). (*Centralblatt. f. Nervenheilk.*, 1884.)

L'excitation due à un froid modéré (ablation de la couverture, compresse d'eau) sur une partie limitée de la peau, provoque de l'hyperthermie des régions voisines; l'application d'un morceau de glace abaisse la température sur une large zone. Dans le premier cas, la contraction des plus fins vaisseaux, par l'intermédiaire des nerfs ou des centres périphériques locaux, provoque une hyperémie collatérale dans le voisinage; une forte excitation, au contraire, se réfléchit jusque sur les centres de la moelle et produit une hypothermie étendue. Voici un malade atteint d'une myélite qui a interrompu l'arc réflexe; dans ces conditions, la moelle n'intervenant plus, une excitation d'intensité quelconque agit comme l'excitation faible chez l'individu sain, mais alors les réactions se font plus lentement (autonomie des centres nerveux périphériques séparés du centre spinal), et la température du voisinage ne s'abaisse, après l'ablation de la glace, que lentement et incomplètement (persistance de la contraction des vaisseaux profonds). *Conclusion*: Chez l'homme sain, les réflexes vasculaires parent aux inconvénients des actions thermiques à la surface du corps, la destruction de ces régulateurs engendre des réactions paresseuses et incomplètes, des stases et de l'hyperémie où normalement il devrait y avoir une anémie préévatrice. De là, les affections intercurrentes aiguës (pneumonie) des tabétiques. Préservez donc les gens atteints d'affections spinales chroniques du froid, et surtout du froid peu intense actionnant une notable surface.

P. K.

VI. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA MARCHÉ DES FIBRES DANS LE CORPS STRIÉ; par L. EDINGER. (*Neurol. Centralbl.*, 1884.)

Les tractus que l'on voit émerger à la base et à la pointe du noyau lenticulaire, appartiennent au moins à deux systèmes distincts : 1° le système de l'irradiation de la calotte (Flechsig); 2° le système du noyau caudé et du segment externe du noyau lenticulaire (putamen). Le système de l'irradiation de la calotte est d'abord composé de fibres myéliniques. Ce n'est que beaucoup plus tard (après la naissance) qu'on en trouve dans le système du noyau caudé et du segment externe du noyau lenticulaire (putamen). Dans la capsule interne, ce sont les fibres occupant le dernier tiers de la branche postérieure qui ont les premières des fibres à myéline. Elles entrent, en partie, dans le noyau rouge et dans le corps de Luys. D'autres sortent directement de la capsule interne pour gagner le bord supéro-interne du noyau lenticulaire, et pénétrer dans sa masse grise. Les fibres qui entrent dans le noyau lenticulaire prennent alors une double direction. Plusieurs s'infléchissant en dedans, parviennent à la pointe interne du noyau lenticulaire, en sillonnant la capsule interne de nombreux faisceaux, jusqu'aux ganglions de la région subthalamique; d'autres, sans entrer en rapport direct avec le noyau lenticulaire, passent entre ses articles pour se diriger directement à la base où, après s'être infléchies en dedans, elles constituent l'anse du noyau lenticulaire. Cette anse située au-dessus du pédoncule, gagne, en descendant presque tout entière l'étage supérieur de celui-ci; une partie de cette anse paraît cependant remonter en dedans pour atteindre le noyau rouge. Bien plus difficiles à trouver sont les rapports des fibres issues du segment externe du noyau lenticulaire et du noyau caudé parce que, à l'époque où ils reçoivent de la substance blanche, la région subthalamique contient déjà d'autres tractus à myéline nombreux. Les fibres en question sortent du putamen, entre les deux articles internes du noyau, et de là, avec les fibres *suprà*, atteignent les ganglions de la région subthalamique, puis elles s'infléchissent entre le premier et le deuxième article du noyau lenticulaire jusqu'à l'anse décrite. Il paraît aussi exister un système de fibres issues du noyau caudé, mais M. Edinger n'a pas de préparations univoques à apporter.

P. K.

VII. COMMUNICATION CONCERNANT LA PRÉTENDUE ABSENCE DE DIVISION DES TUBERCULES QUADRIJUMEUX CHEZ LES REPTILES ; par E.-C. SPITZKA. (*Neurol. Centralbl.*, 1884.)

Lussana prétend que, seuls, les boas et, parmi les poissons, l'anguille, présentent la quadruplicité des tubercules quadrijumeaux semblable à celle des mammifères. « Il y a déjà plusieurs années, dit M. Spitzka, que j'ai démontré la fausseté de l'allégation d'après laquelle les tubercules quadrijumeaux, à raison de l'absence de sillon transverse, seraient, chez les reptiles, représentés par les deux lobes optiques. » L'auteur passe en revue, sous dix propositions, l'encéphale des reptiles divers comparé à celui d'autres animaux. Il les résume toutes dans la onzième que voici : chez tous les animaux munis d'un amnios, les ganglions des deux paires antérieure et postérieure sont représentés. Ceux de la paire antérieure sont de véritables expansions corticales, et dérivent de la vésicule moyenne du cerveau. Les ganglions postérieurs sont des agglomérations annexées postéro-latéralement au cerveau moyen. Les ganglions antérieurs sont toujours des saillies visibles évidentes chez les reptiles et les oiseaux sous la forme de lobes optiques, et chez les mammifères, sous celle de paire antérieure des tubercules quadrijumeaux. Les ganglions postérieurs sont cachés chez la plupart des reptiles et chez les oiseaux, faiblement indiqués chez l'alligator et le pseudopus, fortement marqués chez le boa et l'iguane. En général, leur développement est en raison inverse de celui des ganglions antérieurs, si bien que, chez les mammifères, leur volume est notablement plus grand que chez les reptiles. Chez les mammifères, ils se rapprochent de plus en plus les uns des autres ; tandis que, chez les carnassiers, ils apparaissent comme autant de monticules séparés, accrochés chacun à un tubercule antérieur ; chez le singe, l'homme, les ruminants, ils se rapprochent l'un de l'autre jusqu'à ce que, se rencontrant, ils engendrent un sillon qui est la continuation de celui qui sépare les tubercules antérieurs. En outre de ces deux paires de ganglions, il en existe une troisième paire chez les reptiles qui représente le développement de l'organe central du cerveau moyen ; chez l'iguane, elle fait saillie extérieurement, de sorte que cet animal possède trois paires de tubercules quadrijumeaux. »

P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

- I. SUR LES ALLURES DES NERFS ET DES MUSCLES MALADES (DÉGÉNÉRÉS) A L'ÉGARD DES COURANTS MAGNÉTO-ÉLECTRIQUES ; par A. EULENBURG. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

En mesurant, à l'aide d'un appareil spécial, la force des courants magnéto-électriques, l'auteur a trouvé que, dans l'espèce, le degré d'excitabilité pour les courants d'induction magnéto-électriques marche parallèlement à celui de l'excitabilité pour les courants volta-électriques. Mais il se présente certains cas dans lesquels l'excitabilité des muscles dégénérés à l'égard des courants magnétiques revient plus tôt (et peut-être même dans ces mêmes cas s'est épuisée plus tard) que l'excitabilité à l'égard des courants voltaïques. P. K.

- II. SUR LA SIGNIFICATION DE LA FORMATION DE VACUOLES DANS LES CELLULES NERVEUSES ; par P. ROSENBACH. — REMARQUE SUR LE TRAVAIL DE R. SCHULZ, intitulé : *Des altérations artificielles cadavériques et pathologiques de la moelle*; par A. PICK. — CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE LA FORMATION DE VACUOLES DANS LES CELLULES NERVEUSES, GANGLIONNAIRES DE LA MOELLE, par R. SCHULZ. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Rosenbach prétend que les cas sur lesquels Schulz s'est appuyé¹ pour parler d'altérations artificielles, témoignent précisément de pertes de substances dues à la fièvre typhoïde, à la tuberculose, à des affections générales; la preuve qu'on a affaire à des altérations pathologiques il faut la chercher à l'aide d'un grossissement très notable, qui montre alors dans la vacuole un réseau fin, irrégulier, et parfois même des parties constitutives des éléments disparus (débris du corps cellulaire). M. Pick partage la même opinion ; il faut encore ob-

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 333.

server, avant d'admettre la conclusion de Schulz. Ce dernier maintient son appréciation et formule la pathogénie suivante : le protoplasma des cellules nerveuses possède une certaine cohésion, une certaine tension élastique. Une condition quelconque (action irrégulière ou trop forte de l'alcool, durcissement irrégulier, pression avec le couvre-objet) peut rompre en un point cette cohésion, d'où, en vertu de l'élasticité, la forme de trous vacuoliques. Evidemment cet accident arrivera souvent et s'accroîtra sur des cellules préalablement altérées, mais la formation de la vacuole elle-même ne constitue pas un phénomène pathologique.

P. K.

III. MÉNINGITE SPINALE CHRONIQUE DE LA QUEUE DE CHEVAL AVEC DÉGÉNÉRESCENCE SECONDAIRE DE LA MOELLE, PROBABLEMENT D'ORIGINE SYPHILITIQUE par C. EISENLOHR (*Neurolog. Centralbl.*, 1884).

Observation. Syphilitique de trente ans ayant éprouvé d'abord de la constipation et des sensations désagréables dans la région anale, puis de l'affaiblissement de la motilité dans les extrémités inférieures (jambe gauche principalement), enfin de l'incontinence d'urine et une soudaine et complète paralysie de la jambe droite. Au moment de l'examen, il existe de la paralysie avec diminution de la sensibilité des membres inférieurs, des douleurs térébrantes dans les mêmes extrémités et dans le rectum, avec besoin incessant d'uriner très pénible. Les onctions mercurielles produisent une amélioration instable ; le tableau morbide se complique d'accidents gangréneux au sacrum (decubitus) d'amaigrissement considérable des deux jambes avec douleurs lancinantes, convulsions de la jambe droite, paralysie complète de la vessie (écoulement inconscient d'urine goutte à goutte), gâtisme, extrême dépression psychique, demi coma (demi conscience, mais défaut de réaction des pupilles et de la cornée). Durée totale, deux ans et dix mois. *Autopsie* : compression des racines nerveuses de la queue de cheval par un foyer méningitique. Dégénérescence secondaire de certains segments des cordons postérieurs tout le long de la moelle, dégénérescence secondaire ascendantes des racines postérieures directement atteintes, dégénérescence descendante de plexus et troncs nerveux co-affectés, atrophie dégénérative des muscles. *Pathogénie.* Au début, phénomènes d'irritation de cer-

tains territoires des racines postérieures; plus tard, phénomènes paralytiques des extrémités inférieures, avec atrophies musculaires partielles. La syphilis est en jeu, car il existe une infiltration chronique ayant formé d'épaisses callosités issues d'un abondant exsudat gélatiniforme (compression des centres et des racines nerveuses qui en partent). P. K.

IV. SUR UN CAS DE SCLÉROSE GRANULEUSE DISSÉMINÉE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE; par F. GREIFF. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Observation à rapprocher de celle de Pozzi (cirrhose atrophique granuleuses disséminé des circonvolution cérébrales. Encéphale, 1883). P. K.

V. SUR LES PARALYSIES PROGRESSIVES ATROPHIQUES, LEUR NATURE CENTRALE OU PÉRIPHÉRIQUE; par C. EISENLOHR. (*Neurol. Centralbl.*, 1884.)

Il n'est pas impossible qu'il n'existe des affections des nerfs périphériques dégénératives d'ordre primitif. On ne voit pas pourquoi un agent nocif extérieur ou un agent nocif circulant dans le torrent sanguin, n'agirait pas aussi bien sur les organes nerveux périphériques, que sur les organes centraux. L'auteur relate une observation de paralysie progressive atrophique ascendante rapidement mortelle (durée totale : trois mois) sans grands troubles de la sensibilité; atteinte successive des extrémités, du tronc, du diaphragme. Il y avait concurremment tuberculose aiguë. L'autopsie décèle une dégénérescence des sciatiques, d'autant plus intense, qu'on approche davantage de la périphérie; intégrité de leurs éléments à leur origine. Intégrité également des troncs nerveux du bras droit, intégrité des racines antérieures cervicales et lombaires, altération des muscles de l'extrémité supérieure droite et de la jambe du même côté. La moelle ne présente que des pertes de substances vacuoliques avec altération du protoplasma dans les grandes cellules nerveuses multipolaires des cornes antérieures sacro-lombaires; même altération dans la moelle cervicale entre la quatrième et la huitième paires cervicales. Aucune autre altération. L'auteur tend à admettre l'origine infectieuse. P. K.

VI. SUR L'EXISTENCE DE CYLINDRAXES TUMÉFIÉS DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE; par F. SCHULTZE. (*Neurolog. Centralbl.* 1884.)

Sur six individus morts de néphrite chronique, parenchymateuse ou interstitielle, M. Schultze en trouva trois chez lesquels il existait une tuméfaction des cylindraxes en question, principalement dans la région dorsale et à la partie inférieure du renflement cervical; on la trouvait généralement à la périphérie des cordons latéraux. Cette tuméfaction ne porte d'ordinaire que sur quelques cylindraxes isolés; deux cas cependant témoignèrent de l'atteinte d'un assez grand nombre de fibres, soit par exemple des groupes de vingt d'entre elles. Intégrité de la névroglie, pas d'infiltration cellulaire. Un leucémique présentait de ces tuméfactions à un degré extrême, sur toute l'étendue de la moelle, dans tous les cordons, à toutes les hauteurs de l'organe; chaque coupe transverse décelait l'énormité, soit de fibres axiles isolées, soit de groupes de cylindraxes de trois à vingt se comprimant, s'étouffant, se détruisant par pression réciproque. Altération indépendante en tous ces faits de tout processus inflammatoire, de toute immigration cellulaire, de toute hémorrhagie, de tout œdème. Pathogénie probable; dyscrasie déterminant finalement un trouble de nutrition des cylindraxes.

P. K.

VII. SUR LES ALLURES DES CYLINDRAXES DANS LA SCLÉROSE MULTIFOCULAIRE; par F. SCHULTZE. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Pourquoi la sclérose multiloculaire ne s'accompagne-t-elle pas de dégénérescence secondaire? Les nouvelles méthodes de coloration ont démontré à Schultze que la complète disparition de la myéline, sur une étendue circonscrite en hauteur, ne provoque pas de dégénérescence secondaire, même dans le système myélinique; la dégénérescence secondaire émanerait au contraire, d'une altération considérable du cylindraxe. Or, le processus scléreux qui nous occupe commence par anéantir la myéline respectant les cylindraxes pendant un temps extraordinairement long.

P. K.

VIII. SUR LES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA NÉVRITE MULTIPLE ET LA POLIOMYÉLITE; par A. STRUEMPELL. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Pour les cas dans lesquels on ne trouve qu'une altération

des nerfs périphériques, la moelle étant restée indemne, notamment dans les cornes antérieures, Erb invoque l'hypothèse d'après laquelle la névrite multiple a succédé à des troubles fonctionnels des organes centraux; ce qui signifie que toujours, même lorsqu'elle paraît primitive, la névrite multiple serait secondaire (à rapprocher des dégénérescences descendantes). Mais, objecte M. Struempell, si fortes que soient les lésions des nerfs périphériques, presque jamais les racines antérieures de la moelle ne sont trouvées malades; en second lieu, presque toujours la maladie en question commence par des troubles de la sensibilité (violentes douleurs); puis très fréquemment on voit survenir de l'anesthésie, si légère soit-elle. Voilà des symptômes qui prouvent que l'affection siège primitivement dans les nerfs. Finalement il n'y a pas lieu d'adopter la division de Erb en : névrite chronique atrophique par dégénération simple (analogue à la dégénérescence secondaire) et névrite multiple vraie, c'est-à-dire inflammatoire; car comment distinguer l'élément dégénératif, de l'élément inflammatoire? La névrite multiple peut revêtir toutes les formes possibles; elle embrasse depuis les cas mortels suraigus (altération en apparence vraiment inflammatoire) jusqu'aux cas chroniques (atrophie presque purement dégénérative à l'aspect), il s'agit là, en somme, de phases évolutives d'un processus unique. On ne saurait non plus en principe séparer les altérations de la moelle (poliomyélite) de celles des nerfs périphériques (névrite multiple); elles émanent, en effet, les unes comme les autres, d'un facteur étiologique univoque. Adoptons, par exemple, la théorie infectieuse; le même agent pathogénétique peut parfaitement engendrer simultanément ou successivement ou exclusivement des lésions spinales ou névritiques; l'unité résulte simplement de ce fait que la maladie se porte de préférence sur des segments du système nerveux moteur. Poliomyélite et névrite sont proches parentes et se conduisent l'une par rapport à l'autre, au moins dans beaucoup de cas, comme la diphtérie pharyngienne et le croup laryngien.

P. K.

IX. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ECCHYMOSES SOUS-CUTANÉES D'ORIGINE NERVEUSE; par TH. KELLER. (*Revue de médecine*, 1884, n° 8.)

Les sujets observés par l'auteur sont des femmes, et pour la plupart des hystériques, autant qu'on peut supposer du moins à

cause du défaut d'exploration de la sensibilité, du champ visuel et des zones hystérogènes.

L'hérédité se trouve en jeu d'une façon remarquable dans un cas. La mère, la fille et la petite-fille ont eu des ecchymoses sous-cutanées. Dans quelques-uns, l'arthritisme se combine à l'état névropathique. Les émotions violentes, surtout répétées, sont leur cause déterminante ordinaire. Observées sur les régions du corps les plus diverses, sur la lèvre inférieure, sous les ongles des orteils, les ecchymoses sous-cutanées d'origine nerveuse, de dimensions fort variables, ont pour siège ordinaire le tronc et les membres.

Tantôt une douleur caractéristique lancinante toujours la même annonce que l'ecchymose va se former, tantôt la douleur n'apparaît qu'après sa formation et sous l'influence de la pression ou du frottement des vêtements, ce qui les distingue des ecchymoses tabétiques toujours indolentes. Une fois formée, l'ecchymose se comporte comme toute ecchymose.

Cet accident névropathique ne doit pas être ignoré du médecin légiste. Une malade de Keller disait souvent à son mari que « si on la voyait dans cet état, on pourrait croire qu'elle avait le plus méchant des époux ».

D. B.

X. SUR LES PARALYSIES ISOLÉES DES NERFS DU BRAS ET COMBINÉES DU BRAS ET DE L'ÉPAULE; par M. BERNHARDT. (*Centralbl. f. Nervenheilk. 1884.*)

OBSERVATION I. Paralyse isolée du muscle deltoïde gauche. — OBSERVATION II. Paralyse isolée du nerf musculocutané droit. — OBSERVATION III. Paralyse de Erb. — OBSERVATION IV. Forme particulière de paralyse du plexus brachial portant sur le nerf sus-scapulaire, le nerf thoracique postérieur (longus) (muscles sus- et sous-épineux et grand dentelé); atteinte de quelques branches de la IV^e paire cervicale, notamment de rameaux sus-claviculaires postérieurs qui complètent l'innervation du spinal (muscle trapèze). Intégrité des branches sus-claviculaires qui émanent des V^e et VI^e racines cervicales.

P. K.

XI. UN CAS D'HÉMIPLÉGIE CORTICALE ET DE SURDITÉ VERBALE; par P.-J. MÆBIUS. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde, etc., 1884.*)

Hémiplégie gauche avec contracture. Destruction de presque toute la pariétale ascendante et des portions limitrophes du obule pariétal supérieur et du lobule pariétal inférieur de Richer.

P. K.

XII. SUR L'AFFAIBLISSEMENT DES DIGESTIONS INTESTINALES D'ORIGINE NERVEUSE; par P.-J. MÆBIUS. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884.)

Il s'agit des neurasthéniques qui, tout en conservant un bon appétit, et en ingérant une quantité respectable d'aliments, maigrissent à vue d'œil, sans présenter de troubles subjectifs gastro-intestinaux. Ces malades vont immodérément à la selle, mais leurs garde-robes, qui semblent normales, contiennent une grande abondance de matériaux alimentaires non absorbés. Cet état n'est que l'expression de l'affection générale avec laquelle elle disparaît. De là les indications pronostiques et thérapeutiques. La pathogénie comporterait trois mécanismes: l'affaiblissement du système nerveux nuit à l'activité cellulaire de l'intestin, sans toucher aux glandes ni à l'appareil musculaire, ou bien il se produit dans l'espèce une hypersécrétion du suc intestinal analogue aux sueurs et à la polyurie nerveuses; enfin peut-être a-t-on affaire à une diarrhée par angoisse psychique. Le résultat est le défaut d'absorption. P. K.

XIII. CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DE LA MORT APPARENTE; par M. BUCH (d'Helsingfors). (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884.)

Modifications et perfectionnement, d'après des recherches particulières de la méthode de Rosenthal (électrothérapie, 1873). *Premier procédé.* On essaie, à l'aide d'un courant faradique fort, de provoquer la contraction des muscles en divers endroits du corps. Si l'on réussit, on place un thermomètre de surface ou un thermomètre ordinaire que l'on fixe sur la peau à l'aide de ouate et d'un tour de bande légèrement serré. On attend que la température demeure constante pendant trois à cinq minutes, et l'on détermine la contraction du ventre musculaire sous-jacent. Si la température monte, l'individu vit. *Second procédé.* Dans les conditions normales, une violente excitation mécanique (pincement de la peau) détermine de l'hyperthermie sur un large circuit ambiant par dilatation vasculaire réflexe; même phénomène par application de neige, de glace. Rien de semblable n'a lieu sur un cadavre. L'auteur n'a pas encore eu l'occasion d'appliquer ses procédés à un cas de mort apparente. P. K.

XIV. CONTRIBUTION A LA THÉORIE DU DOIGT A RESSORT ; par
M. BERNHARDT. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884.)

Cette anomalie consiste, comme on sait, en ce qu'il y a impossibilité pour l'individu atteint de fléchir ou d'étendre, au delà d'une certaine limite, un ou plusieurs doigts; de grands efforts ou l'aide de l'autre main produisent le mouvement voulu qui, alors, s'effectue brusquement en déterminant un bruit perceptible et en exécutant une secousse comme s'il y avait détente d'un ressort. M. Bernhardt relate deux observations personnelles. Après avoir passé en revue les opinions de différents auteurs, notamment celle de M. Vogt (thèse de Felicki, Greifswald, 1881), il adopte pour son premier fait l'idée d'une contracture de l'aponévrose palmaire (épaississements circonscrits empêchant la libre mobilité de la gaine tendineuse du médius) et, pour son second cas, la complication rhumatismale (aponévrose palmaire contracturée et épaissie, avec gaine tendineuse sous-jacente tuméfiée par la diathèse). P. K.

XV. LE RÉFLEXE DE LA RÉGION DE L'HYPOCHONDRE ; par
C. REINHARD. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884.)

La main est placée à plat (doigts réunis); on en dirige la paume en haut en l'orientant sur la ligne mamillaire ou entre cette ligne et la ligne axillaire, de façon à ce qu'elle aille d'avant en arrière et de bas en haut; on exerce alors dans la région indiquée une pression rapide et élastique sur la paroi abdominale qu'on repousse en dedans et au-dessous du bord libre des côtes. Le réflexe consiste en une inflexion très prompte et assez énergique du tronc du côté excité, et un peu en avant; en même temps, inspiration convulsive, réaction contractile des téguments abdominaux qui repoussent énergiquement les doigts; ceux-ci perçoivent assez souvent le diaphragme qui descend. Quand ce réflexe est doué d'une force moyenne, il y a concours des muscles oblique externe, oblique interne, diaphragme, transverse et droit; s'il est exagéré, le carré des lombes, le grand dentelé et le grand dorsal entrent en jeu. Le patient n'éprouve aucune sensation. Ce réflexe diffère des réflexes des téguments abdominaux par sa promptitude, son énergie, sa forme, sa persistance pendant le sommeil, sa production par l'acte de s'habiller, son indépendance du réflexe

tégumentaire. Il est donc analogue aux réflexes tendineux ou tout au moins, aux réflexes musculaires ou aponévrotiques.

P. K.

XVI. UNE OBSERVATION SUR LE PHÉNOMÈNE DU GENOU; par
BAIERLACHER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884.)

Décidément, le phénomène du genou est un réflexe. Ainsi, un homme de cinquante-cinq ans, neurasthénique et atteint d'insomnie, ne présente plus du tout de phénomène du genou des deux côtés. Depuis dix ans, il éprouve des paresthésies dans les cuisses avec diminution de la sensibilité cutanée; il se fatigue facilement en marchant: absence de phénomènes tabétiques. Mais, lui pratique-t-on des injections hypodermiques de morphine, on voit reparaitre le phénomène du genou dans les deux jambes, avec ses particularités entières. Les injections sous-cutanées de morphine pourraient donc être un moyen de diagnostic adjuvant en matière de tabes.

P. K.

XVII. SUR LE TABES DE LA FEMME; par P.-J. MÆBIUS. —
DÉFENSE: APPENDICE AU MÉMOIRE PRÉCÉDENT; par le même
auteur. — NOUVEAUX CAS DE TABES CHEZ LA FEMME; par le
même auteur. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884.)

Cinq observations, dont quatre reconnaissent, d'après l'auteur, la syphilis comme seule cause (syphilis du mari — avortements — syphilis de la femme), forment le fond du premier mémoire. Après avoir procédé à la Revue critique des faits de la bibliographie, M. Mœbius se déclare partisan de la genèse syphilitique de l'ataxie locomotrice; la syphilis produit, dans l'immense majorité des cas, l'affection en question, elle agit comme cause primaire toxique. Tous les autres éléments pathogénétiques jouent le rôle de causes occasionnelles, même l'hérédité: un névropathe, quand il est syphilitique, est peut-être plus menacé par le tabes qu'un autre syphilitique (*locus minoris resistentiæ*). — Dans son second mémoire, M. Mœbius relate treize nouvelles observations. De ces dix-huit faits, il tire les conclusions suivantes:

1^o Dans la plupart des observations concernant des femmes tabétiques, on a pu constater la syphilis dans les commémoratifs; chez presque toutes, on a trouvé des circonstances rendant pro-

nable l'infection antérieure. — 2° Le tabes ne s'observe pas chez les jeunes femmes. — 3° L'âge moyen du début du tabes est trente-deux ans. L'intervalle moyen entre l'infection et le tabes est représenté par sept années. — 4° La syphilis dans ces cas a toujours été légère. — 5° On a vu fréquemment manquer toute cause adjuvante : il faut signaler comme telle, les processus puerpéraux, les hémorrhagies de même nature, le refroidissement, les émotions morales, les prédispositions névropathiques. P. K.

XVIII. UN CAS DE FOYERS DE RAMOLLISSEMENT MULTIPLES DANS L'ENCÉPHALE, DE PAR LA SYPHILIS; par A. ROSENTHAL. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884.)

Un homme de vingt-cinq ans présente, à l'autopsie, une thrombose de quelques artères de la base (dégénérescence athéromateuse); obstruction de la basilaire et de l'artère cérébrale postérieure droite; foyers de ramollissement du lobe temporal droit, du lobe occipital, de l'hémisphère cérébelleux droit. Gomme syphilitique du rein gauche. L'auteur conclut à une sénilité syphilitique précoce, bien que le microscope ne décèle pas d'endo-artérite oblitérante. Il rattache l'hémi-parésie avec hémianesthésie gauche observée pendant la vie, au foyer occipital, la surdité complète à celui du lobe temporal droit (couche blanche); l'intégrité de la parole résultait, pour lui, de l'intégrité des circonvolutions temporales mêmes. P. K.

XIX. TABES DORSAL ET SYPHILIS; par W.-TH. DE RENZ. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1884.)

Le sous-titre rationnel du travail est : *Tabes et III^e et IV^e paires sacrées*. En effet, l'auteur prétend que les tabétiques sont, sans exception, en proie à des troubles de la sensibilité (hyperalgésie au début, hypoesthésie à la fin) du plexus pudendo-hémorrhoidal, et du plexus coccygien (atteinte particulière des nerfs périnéaux, des rameaux scrotaux, du nerf dorsal du pénis). Pour lui, le tabes commence par une lésion des nerfs périphériques, et notamment du plexus pudendo-hémorrhoidal, qu'il s'agisse de refroidissement ou de syphilis. D'ailleurs, la théorie parasitaire cadre parfaitement avec cette opinion, les germes pouvant, par les muqueuses génito-urinaires ou par les surfaces cutanées podaliques altérées, atteindre, quand il y a surmenage (fatigue, refroidissement,

syphilis), les nerfs périphériques ; leur lésion, due aux champignons et aux décompositions intra-histologiques qu'ils suscitent, gagne finalement la moelle, d'où le tabes. La prédisposition réside dans la qualité ou la quantité du revêtement épithélial qui, suivant les individus, se prête ou non à la pénétration de l'agent dégénératif. C'est ainsi que le champignon tabétogène et ses produits de décomposition attendront sur une muqueuse vaginale saine imperméable (intégrité de la femme) la muqueuse d'un homme prédisposé qui sera plus tard atteint de tabes. C'est aux micrographes qu'il appartient de chercher le corps du délit, la dégénérescence tabétogène primitive dans les branches des III^e et IV^e paires sacrées, ainsi que dans les nerfs sacro-lombaires.

P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. SUR LES ALLURES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET SPÉCIALE CHEZ LES CONVULSIFS ET LES ALIÉNÉS ; par THOMSEN. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Les anesthésies et hémianesthésies sensorielles (rétrécissement concentrique du champ visuel, troubles de l'ouïe, de l'odorat, du goût, du sens musculaire), avec ou sans participation de la sensibilité cutanée, existent non pas seulement chez les hystériques, mais aussi chez les épileptiques ainsi que chez les aliénés, notamment chez les aliénés dont la psychose occupe le domaine de la vie affective (intégrité de la vie conceptuelle). Chez l'épileptique, l'ictus ou son équivalent ne provoque l'anesthésie sensorielle (rétrécissement concentrique du champ visuel) que quand il procède par du délire ou des hallucinations (sans trouble de la connaissance) entamant la vie affective ; la sensibilité générale et spéciale est assez souvent affectée d'une façon permanente dans la démence épileptique. L'anesthésie de l'hystérique est également persistante, quelles qu'en soient les oscillations. L'anesthésie sensorielle manque dans

la paralysie générale, chez les délirants non épileptiques, dans le délire chronique, même quand il se montre des accès d'angoisse d'origine conceptuelle ou hallucinatoire, tandis que la sensibilité générale et spéciale est atteinte dans la folie aiguë des jeunes femmes (désordre dans les idées avec hallucinations), dans les accès d'angoisse d'ordre affectif (traumatismes céphaliques, maladie de Basedow, agoraphobie), pendant le stade mélancolique de la folie circulaire, dans les cas de conceptions irrésistibles avec actes de même nature. Il y a parallélisme parfait, quant à la durée, à l'intensité, à l'évolution, entre les troubles de la sensibilité et les épisodes en question.

P. K.

II. QUELQUES MOTS SUR LES PSYCHOSES COMBINÉES, par F. SIEMENS. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

La mélancolie, la manie, le délire systématique sont, dit l'auteur, des complexus symptomatiques qui, tantôt constituent des névroses fonctionnelles autonomes, tantôt se développent dans le cours d'un autre processus morbide, c'est-à-dire sur un terrain préparé. Dans le premier cas (formes pures), il n'est que la mélancolie et la manie qui puissent se transformer l'une dans l'autre, alterner l'une avec l'autre, mais jamais elles ne passent à l'état de délire systématique ni inversement; elles se terminent par la guérison ou la démence. La seconde éventualité (formes associées), comprend les psychoses fonctionnelles ajoutées, soit à un trouble cérébral organique persistant, soit à un trouble cérébral par affection somatique momentanée; elles donnent alors naissance à des combinaisons de manie, mélancolie, délire systématique, et à des tableaux de transition épisodiques anormaux. Ainsi les troubles psychiques greffés sur une anomalie de développement de l'organe central (congénital, infantile, juvénile), comportent des mélanges des symptômes précités, souvent protéiformes, avec accès épileptiques intermédiaires, antérieurs ou concomitants; même association des éléments syndromiques (manie, mélancolie, délire systématique) dans les psychoses d'origine traumatique, embolique, hémorragique, parasitaire, phymique, scléreuse, suppurative; dans celles qui sont en rapport avec une maladie ordinaire, infectieuse, cardiaque, toxique, avec les névroses graves hystéro-épileptiques, avec la menstruation, l'état gravide et puerpé-

ral, la ménopause (fréquence de la mélancolie, accompagnée d'hallucinations sensorielles et d'idées délirantes correspondantes, de la mélancolie transformée en folie systématique), avec l'involution ou régression cérébrale sénile, avec la démence paralytique (ici se pose la question de la genèse de la paralysie générale : sénilité précoce, syphilis, etc... : question à revoir). *Conclusions pratiques.* Toutes les fois que les anamnestiques ou l'observation du malade révéleront la trace de la combinaison, chez un individu, des éléments symptomatiques énumérés, ou d'une forme de transition anormale, on devra soupçonner que le substratum pathologique est constitué par un des facteurs consignés supra. P. K.

III. CONSIDÉRATIONS CRITIQUES ET CLINIQUES DANS LE DOMAINE DES HALLUCINATIONS ; par V. KANDINSKY. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884.)

On se rappelle le mémoire de l'auteur sur son propre cas¹. Il y a peu de temps, il a éprouvé les premiers linéaments de *pseudo-hallucinations* ; avant d'écrire un long travail, il pose les grands points principaux de son étude. Nous en reproduisons les éléments.

1° Insuffisance des matériaux actuels quant à la théorie des hallucinations. — 2° On confond dans la pratique certains phénomènes subjectifs que l'on prend pour des hallucinations et qui n'en sont pas. — 3° Une hallucination est une perception sensorielle (sans objet) dont la teneur est toujours concrète ; il n'y a pas d'hallucinations abstraites. Mais il s'en faut de beaucoup que toutes les perceptions sensorielles subjectives soient des hallucinations. — 4° Chez les aliénés, il faut distinguer toutes sortes de perceptions sensorielles subjectives : *a*, les conceptions reproductrices sensorielles ordinaires (idéation), mais très exagérées en ce qui concerne l'intensité par rapport à la normale (vivacité, particularités appréciables par les sens) ; ou simples images commémoratives issues de l'imagination ; *b*, les pseudo-hallucinations proprement dites ; *c*, les hallucinations réelles. Tous ces genres sont constitués par la projection extérieure de tableaux sensoriels. — 5° Une perception sensorielle subjective ne peut être appelée hallucination vraie que lorsque le tableau sensoriel pénètre la connaissance, et se trouve doué des mêmes carac-

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. II, p. 274.

tères de réalité objective que ceux qui appartiennent à la perception des impressions extérieures réelles. Il n'y a pas de degrés dans les images réellement hallucinatoires, pas plus qu'il n'existe de transition entre les perceptions sensorielles subjectives non hallucinatoires (images commémoratives, pseudo-hallucinations) et les hallucinations véritables, quant au caractère de l'objectivité ou de la réalité. — 6° Les hallucinations étant des phénomènes de la connaissance qui, pour la connaissance même qui perçoit, ou bien paraissent complètement adéquats aux représentations objectives associées voire simultanées, ou bien remplacent ces dernières quand elles ont disparu (rêve, hallucination en forme de rêve), les hallucinations peuvent se produire de deux façons. — 7° Il existe des hallucinations purement corticales (rêve, hallucination en forme de rêve). Une hallucination peut alors dériver directement d'une image commémorative sensorielle simple, et *à fortiori* d'une pseudo-hallucination; mais cette genèse exige l'interruption de la perception des impressions extérieures, c'est-à-dire, quand la connaissance n'est ni troublée, ni obnubilée, qu'il est impossible qu'il se produise des hallucinations purement corticales. — 9° Quand la connaissance n'a subi aucune perturbation (relative à la perception des impressions extérieures réelles), les hallucinations ne peuvent survenir sans le concours des centres sensoriels sous-corticaux. — 10° Une conception reproductrice (idéation ordinaire ou pseudo-hallucination) ne peut en aucun cas engendrer une hallucination par le procédé de la tension, ni de l'intensité de l'idéation. Le haut degré d'intensité ne saurait être une condition nécessaire à la transformation d'une perception sensorielle subjective en hallucination. — 11°-18° Personne n'a encore décrit les *pseudo-hallucinations* dans le sens de l'auteur. Ce sont, celles du moins qu'il a eues, des perceptions très vives, animées et présentant, à leur plus haut degré, des caractères assez précis. Elles possèdent tous les caractères propres aux hallucinations subjectives véritables, si ce n'est la propriété de la réalité objective qui les exclut de l'ordre des hallucinations. Elles occupent le domaine de n'importe quel sens. Elles ne sont pas simples, quoique étant des images commémoratives et des images anormalement animées. Elles diffèrent des conceptions reproductrices sensorielles ordinaires, d'abord par leur intensité incomparablement plus grande, par la réceptivité, la spontanéité, l'incoercibilité, la grande précision sensorielle, le détail et la perfection, la stabilité du tableau. Il y a également des pseudo-hallucinations hypnagogiques. En dehors des conditions spécifiées dans les propositions 7 et 9, les pseudo-hallucinations ne peuvent pas se transformer en hallucinations. Les pseudo-hallucinations ont pour lieux d'origine les centres sensoriels de l'écorce; elles témoignent soit de l'hyperexcitabilité générale de ces ré-

gions, soit d'une excitabilité localisée (excitation purement automatique) autonome. Dans le délire sensoriel des maladies aiguës (surtout dans la folie systématique aiguë), les pseudo-hallucinations se développent en masse et leur alternance, leur succession rapide élève leur importance à la hauteur de celle des hallucinations vraies. Il existe du reste, également des pseudo-hallucinations stables (surtout chez les chroniques). Les pseudo-hallucinations constituent une preuve de plus contre la théorie antiphysiologique de la propagation centrifuge de l'excitation à travers les voies de conductibilité centripète du cerveau. — 18°-21° Il existe des faits qui, sans détruire les hallucinations par souvenirs, démontrent l'existence de pseudo-hallucinations par le même mécanisme (pseudo-souvenirs). La voix intérieure des malades, pas plus que tous les cas d'innervation irrésistible du centre de la parole, ne sont ni des hallucinations, ni des pseudo-hallucinations; ils se distinguent de l'audition intérieure (pseudo-hallucination). Une simple pensée irrésistible non sensorielle appartient non au domaine de l'hallucination, mais à celui des troubles intellectuels. Quant aux hallucinations de l'ouïe si caractéristiques de la folie systématique chronique (exemple, le délire des persécutions) on peut dire de prime abord que ce sont des pseudo-hallucinations qui, sous l'influence d'une excitation (dépourvue du caractère centrifuge) se transforment, dans le centre sous-cortical de l'ouïe, en hallucinations réelles.

P. K.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

- I. LE MODE D'ACTION THÉRAPEUTIQUE DISSEMBLABLE DES DEUX SORTES DE COURANTS ÉLECTRIQUES ET L'EXAMEN ÉLECTRO DIAGNOSTIQUE DU CHAMP VISUEL; par ENGELSEJON. (*Arch. f. Psych.*, XV, 1.)

L'auteur va publier une série d'articles sur ce sujet. Ces articles sont le résultat de cinq années d'étude. Comme il veut sur-le-champ mettre le public médical en possession des effets obtenus et des appréciations que ceux-ci comportent, il les a condensés sous forme de proposition dans ce premier mémoire. Les voici :

1° Des recherches cliniques chez des malades atteints de *névroses vasculaires* de la peau, ont établi que les deux sortes de courants électriques, usités en application *locale* sur le tégument dans un bain ordinaire, se comportent de façons opposées relativement à leur action sur les vaisseaux. Le courant faradique dilate les vaisseaux spasmodiquement contractés ; inversement le courant galvanique rétracte les vaisseaux en état de dilatation active. Par conséquent, on observe en même temps, de par le courant faradique une élévation de la température ; de par le courant galvanique, de l'hypothermie. — Cette différence entre les effets des courants paraît être le résultat de l'influence de l'électricité sur les appareils ganglionnaires locaux des parois vasculaires. — 2° L'application *centrale* de l'électricité déterminerait aussi, dans les cas de névroses vasculaires de la peau, une action différente, suivant le genre de courants employés ; ainsi, en un cas donné, l'emploi exclusif d'un seul genre (faradique ou galvanique) produira la guérison. — 3° Des essais comparatifs institués chez des malades souffrant d'*hémicranie* et d'autres de *névroses du système nerveux central* ont, de même, montré que, dans une application centrale appropriée, le courant faradique se comporte, au point de vue thérapeutique, d'une façon opposée à celle dont agit le courant galvanique ; en un cas donné c'est un des genres d'électricité qui guérit (il a une vertu thérapeutique positive), tandis que l'autre genre, loin d'agir favorablement, entraîne une aggravation (il a une vertu thérapeutique négative). L'action variable des deux sortes de courants sur les symptômes morbides subjectifs se montra assez souvent d'une instantanéité surprenante. — On peut en réalité supprimer l'effet émané d'un des genres de courants par l'action de l'autre ; ce dont on peut souvent se convaincre dès le premier essai comparatif. — 4° On observe identiquement les mêmes particularités dans les *névroses centrales* que dans l'hémicranie ; c'est-à-dire qu'en tel cas le courant faradique guérit seul tandis qu'en tel autre le courant galvanique réussit exclusivement, l'autre électricité jouant le rôle d'agent nocif ; en conséquence des névroses centrales paraissent partager avec l'hémicranie cette nature dualistique toute particulière. — 5° Les *névroses des ganglions sympathiques*, telles la sténocardie, la cardialgie, etc. se comportent vis-à-vis des courants électriques exactement comme les névroses des organes centraux. — 6° Il est des cas qui, par leur tableau clinique, relèvent indubitablement de formes morbides à lésions anatomiques des organes centraux ; or, ils se sont comportés vis-à-vis des deux sortes de courants tout à fait comme des névroses, et ils ont promptement guéri par un traitement électrique approprié. — Tantôt ces cas sont de véritables névroses ; tantôt, on peut penser que la dégénérescence propre à ces affections est préparée et engendrée par un processus névrosique initial (fonctionnel) durant plus ou moins de temps chez les divers individus. — 7° Il est plus que probable que le genre et la nature des éléments étiologiques exercent sur la genèse de la modalité morbide spéciale une influence déterminée. C'est ainsi, par exemple, que l'agent nosogène qui a le pouvoir de provoquer la production de la forme vaso-motrice de l'hémicranie est incapable d'engendrer le développement de l'autre forme de cette maladie, et *vice versa*. En connaissant l'étiologie, nous serions à même, en un cas donné, de choisir exactement le genre de courants nécessaire. — 8° Un état pathologique des ganglions spinaux peut, par action réflexe sur la moelle, être

l'occasion du développement de symptômes morbides spinaux. De même, une affection de la moelle peut, par action réflexe sur le cerveau, déterminer des symptômes cérébraux. Le processus réflexe est toujours *ascendant*. Presque toujours, l'organe *secondairement* atteint doit être traité par une autre espèce de courants que l'organe *primativement* affecté.

— 9° Je traite les symptômes cérébraux à l'aide de l'électrisation de la moelle allongée, en plaçant une électrode dans la fossette de la nuque, et l'autre au-dessus du larynx. Les symptômes spinaux peuvent être simplement traités, en conduisant l'électricité à travers la partie la plus inférieure de la moelle cervicale; mais il faut, pour cela qu'ils ne soient pas produits par une action réflexe émanée de la queue de cheval malade, c'est-à-dire de ses ganglions spinaux. — 10° L'aggravation bien connue des symptômes morbides, de par un long usage de l'électricité appliquée selon les règles thérapeutiques, cette aggravation provient des effets du courant sur le tissu nerveux sain (*névrose électrique*). — 11° L'électrisation de l'encéphale, de la moelle, des ganglions et du revêtement cutané exerce une action puissante sur les fonctions de la rétine; dans un cas donné, le courant à vertu thérapeutique positive agrandit le champ visuel et augmente, au moins parfois, la puissance visuelle; tandis que le courant à vertu thérapeutique négative rétrécit le champ visuel. Comme cette action du genre de courants électriques apparaît instantanément et que l'effet exercé sur le champ visuel peut être très notable, la propriété en question peut être utilisée par celui qui veut constater quel est l'espèce de courants qu'il lui va falloir employer dans un cas morbide spécial, à la condition bien entendu que l'action différente des deux sortes de courants sur les symptômes morbides subjectifs ne se révèle pas dès le premier essai. Tel est l'*examen-indicateur ou électrodiagnostic du champ visuel*. — 12° L'action, pendant quelques minutes de l'eau froide sur la peau, est la même, quant au champ visuel, que celle du courant galvanique; l'eau chaude agit sur le champ visuel comme le courant d'induction. Les observations sont au reste à cet égard peu nombreuses. — La friction de la peau peut aussi agir sur le champ visuel. — 13° L'action *générale* sur le revêtement cutané de l'eau froide et de l'eau chaude en un cas morbide, est la même que celle de l'application centrale des courants galvaniques et faradiques. L'eau froide agit comme la galvanisation, l'eau chaude, comme la faradisation. Quand donc on connaît l'espèce de courants qui convient à un cas spécial on est en état d'indiquer la conduite balnéothérapeutique applicable au même cas. Inversement, on peut utiliser les vertus positives ou négatives d'une cure d'eau froide et d'eau chaude comme signe indicateur de la conduite électrothérapeutique à suivre. — 14° Ainsi, il se présente des cas de maladies nerveuses qui, sans se différencier d'autres cas semblables curables, eux, par les effets *dynamiques* de l'électricité, échappent à toute guérison électrothérapeutique par les centres ou sont même aggravées par l'application *centrale* de cet agent. En revanche, quelques uns de ces cas cèdent à l'action de l'électrisation du revêtement cutané, c'est-à-dire à l'action *réflexe* du courant. — 15° On rencontre à cet égard des divergences. Tantôt les deux espèces de courants produisent par l'intermédiaire de la peau des résultats positifs; tantôt ils exercent chacun une action thérapeutique différente. Il semble donc qu'en tel cas le courant impressionne surtout les fibres nerveuses centripètes, qu'en tel autre il influence principalement le revêtement cu-

tané avec ses appareils terminaux périphériques. — 16° Les cas de maladies *nerveuses périphériques* curables par l'électrothérapie que nous avons observés jusqu'ici et qui ne provenaient pas d'altérations anatomiques des voies de conductibilité ou d'un élément morbide réflexogène, par exemple les névralgies dites idiopathiques, etc..., prenaient habituellement leur véritable origine dans les organes centraux ou exceptionnellement, dans les ganglions. Elles se comportaient à l'égard des deux espèces de courants exactement comme l'hémicranie et disparaissaient, à la condition qu'elles fussent d'origine centrale, par l'électrisation du bulbe ou de la moelle cervicale, dans les cas mêmes où l'électrisation périphérique usuelle était demeurée sans résultat. Nombre de ces cas furent également influencés favorablement par l'action excitante du courant. — 17° Les éléments étiologiques paraissent aussi exercer une action décisive sur la genèse de la modalité morbide spéciale de ces névroses. L'épreuve du champ visuel peut aider le médecin dans le choix du courant.

P. K.

II. COURTE COMMUNICATION SUR LES ESSAIS ENTREPRIS JUSQU'ICI AVEC LA PARALDÉHYDE, A L'ASILE DE STÉPHANFELD; par Th. BENDA. (*Neurol. Centralbl.*, 1884.)

Du mois de septembre au mois de mars, on l'a administrée contre l'insomnie chez trente-quatre malades atteints des formes d'aliénation mentale les plus diverses¹. Douze hommes et vingt-deux femmes ont ingéré des doses de 2 à 8 grammes. Le véhicule pour l'injection stomacale seule expérimentée ici, fut l'huile ou un vin quelconque; on l'administra une demi-heure à une heure et demie après le repas du soir. Les résultats ont été bons; en bien des cas le sommeil se produisit au bout d'un quart d'heure au plus tard. Malheureusement, l'assuétude rapide oblige à élever constamment les doses du médicament sous peine de ne plus rien obtenir du tout. La paraldéhyde, bien plus inoffensive que le chloral et la morphine (8 grammes sont absolument sans inconvénients), loin de diminuer l'appétit, paraît l'augmenter; elle se traduit par des effets accessoires plus désagréables que dangereux (vomiturition, toux, oppression, engouement céphalique, vertiges, chaleur à la peau, miction au lit); elle s'élimine par les poumons et non par l'urine (procédé en décelant un dixième pour cent dans l'eau); elle n'agit pas sur l'état psychique; mais, en produisant le repos de la nuit, elle contribue à diminuer ultérieurement, notamment chez la femme aliénée, l'agitation diurne.

P. K.

¹ Voy. sur ce sujet, la thèse de Nercam (Paris, 1884).

III. SUR LA SURVENANCE DE PHÉNOMÈNES DE TRANSFERT PENDANT LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PARTIELLE; par L. HIRT. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Traitement de cinq malades atteints d'épilepsie jacksonnienne (corticale) à forme hémilatérale, à l'aide de mouches de Milan appliquées sur les membres où se produit l'aura, prodrôme des convulsions limitées. Sous l'influence de cette excitation locale de la peau, on voit les convulsions changer de côté. Ces cas, la plupart relatifs au sexe masculin, témoignent d'une longue durée de la révulsion cutanée (des jours ou des semaines) avant que le transfert se produise; ce transfert précéda des mois durant, soit la guérison, soit la disparition, des accès en question. Peut-être, en conséquence, le transfert dans ces conditions est-il un signe pronostique favorable.

P. K.

IV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTION ANTI-ÉPILEPTIQUE DU BROMURE DE POTASSIUM; par P. ROSENBACH. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Il s'agit d'expériences de pathologie expérimentale d'après lesquelles chez tout chien intoxiqué par le K.Br., l'écorce du cerveau a perdu partiellement ou totalement son excitabilité à l'égard des courants électriques; la substance blanche ne subit aucune modification fonctionnelle.

P. K.

V. L'EMPLOI SIMULTANÉ DE DIVERS SELS DE BROME DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES ET TOUT PARTICULIÈREMENT DANS L'ÉPILEPSIE; par A. ERLÉNMEYER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884.)

Les bromures de potassium, de sodium, d'ammonium, de lithium contiennent respectivement 68, 80, 88, 92 p. 100 de brome. Ils ont, à la dose de 10 grammes par jour sur les attaques convulsives de l'épilepsie et diverses autres névroses et psychoses de même nature, une action spasmodique, sédative ou hypnotique absolument équivalente. Mais, suspendons le médicament, les accès reparaissent. K.Br. exerce sur le cœur, l'appareil vasculaire, la respiration, une action nocive que les autres sels n'exercent pas. Tous ces sels peuvent produire l'acné bromi-

que qui disparaît quand on fait usage de doses égales d'un autre sel. Ainsi l'association des bromures de potassium, de sodium, d'ammonium dans les rapports 1 : 1 : 1/2 a une action bien plus efficace que chacun des sels composants, à dose égale ou même à plus haute dose. Cette plus grande efficacité n'émane point de l'augmentation quantitative du brome, car 10 grammes de cette association comportent 7,68 p. 100 de brome c'est-à-dire un peu plus seulement que la même quantité de bromure de potassium, tandis que la même dose de bromure de sodium, d'ammonium, de lithium comporte bien plus de brome et un effet bien moins actif. Une longue administration des trois sels associés à parties égales entraîne fréquemment des stases veineuses imputables à l'ammonium, stases disparaissant lorsqu'on réduit le sel d'ammonium de moitié. Sous l'influence de cette association, les accès disparaissent, même quand on suspend l'administration du mélange. L'acné que provoque chaque sel isolément ingéré disparaît par l'usage des sels associés, même lorsque le sel producteur de l'acné est contenu dans la combinaison; cette association ne produit pas d'acné. Le meilleur véhicule, le plus sûr, c'est une eau carbonatée alcaline (Seltz, Vichy) que l'on donne en abondance après les repas. M. Erlenmeyer en a adopté un dont la goût agréable, piquant, masque le goût salé du mélange. Voici la formule de cette composition connue sous le nom d'eau bromée de Carbach : eau de Seltz carbonatée sodique, 750 cent. cubes; bromure de potassium, 4 gr; bromure de sodium, 4 gr.; bromure d'ammonium, 2 gr.; ammoniaque, une goutte. On la fait prendre après les repas par petites doses souvent répétées jusqu'à ce qu'on produise de la somnolence, de l'hébétude, de la fatigue, de l'incertitude des mouvements, de la difficulté de parler : doses progressives de une demie à une bouteille, pas davantage. Elle convient et réussit dans l'épilepsie, les psychoses épileptiques, l'hystérie, la céphalalgie hystérique, la terreur nocturne, la neurasthénie avec pollutions. l'hémicranie, l'insomnie qui succèdent au sevrage de la morphine. Une observation à l'appui. Cette préparation conserverait sa clarté pendant des mois, ainsi que sa réaction alcaline; il ne s'y formerait pas d'acide bromhydrique (réaction du violet de méthyle).

P. K.

VI. CONTRIBUTION AU TRAITEMENT GYNÉCOLOGIQUE DE L'HYS-TÉRIE ; par P. FLECHSIG. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Trois observations sont consignées en détail : 1° grande hystérie avec troubles psychiques intenses. Castration : atrophie et dégénérescence folliculaire des deux ovaires. Complète guérison ; 2° psychose avec éléments hystériques. Fibrome utérin gros comme une tête d'enfant. Amputation supra-vaginale de l'utérus. Résultat favorable ; 3° hystéro-épilepsie. Rétrécissement de l'orifice externe de l'utérus. Dilatation sanglante. Guérison. P. K.

VII. L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE DIVERSES PRÉPARATIONS DE chanvre indien, par RICHTER (de Pankow). (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Le haschisch, d'après le pharmacien Bombelon, serait un composé de cannabine, cannabinone et tétanine qui existent aussi dans le chanvre. — La cannabinone de cet auteur administrée à quatorze aliénés les plus divers, a procuré à cinq femmes un sommeil de plusieurs heures, calme et sans accidents consécutifs (dose 0,05 — 0,10), a apaisé les symptômes psychiques d'une mélancolie active, rebelle à tout sédatif, a agi dans le même sens en un cas d'agitation maniaque très vive, appartenant à un trouble psychique secondaire (total : sept résultats favorables sur huit malades du sexe féminin). Le haschisch demeure impuissant en pareille circonstance. La cannabine n'a donné que des résultats fluctuants. Doses indiquées par Bombelon : haschisch = 0,05, cannabine = 0,10. On les administre une heure avant le coucher (action hypnotique), ou dans la journée, pas trop près des repas (action sédatif) dans de la poudre de café. D'autres études sont indispensables¹. P. K.

¹ Voy. *Archives de Neurologie*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 18 mai 1885. — PRÉSIDENTE DE M. DAGONET.

Après lecture des deux rapports favorables à leur candidature, sont élus : M. DUBUISSON, membre titulaire, et M. LABITTE, membre correspondant de la Société.

Présentations de malades. M. MAGNAN. Je demande la parole, non point pour développer aujourd'hui la question de la folie héréditaire si nettement posée par M. Falret ; mais simplement pour examiner avec vous un cas de dégénérescence mentale, de folie héréditaire dans lequel nous verrons quelques syndrômes épisodiques de cette prédisposition morbide. Ces syndrômes épisodiques sont, à mon avis, de véritables *stigmates psychiques* de la folie héréditaire au même titre que le bec-de-lièvre, le pied bot, l'asymétrie faciale, le bégaiement, les conformations anormales du fond de l'œil, etc., en sont considérés, depuis Morel surtout, comme les stigmates physiques.

Clotilde que je vous présente est une journalière âgée de trente ans, très richement dotée, au point de vue des antécédents héréditaires pathologiques. Son père, d'une intelligence peu développée, était un buveur très émotif, jaloux, qui fut atteint pendant plusieurs mois de dépression mélancolique. Il a une sœur menteuse, paresseuse, dépensière, qui pendant une grossesse a voulu se suicider et qui, mariée à trente ans avec un homme deux fois plus âgé qu'elle, n'a jamais voulu sortir le jour avec lui. Du côté maternel, nous trouvons que la grand'mère est morte d'un cancer à la bouche ; la mère est très nerveuse, irritable, a une sœur somnambule et un frère alcoolique. Neuf frères et sœurs de la malade sont morts dans des convulsions. Un frère survivant a uriné au lit jusqu'à l'âge de dix-sept ans ; depuis fort longtemps, il conserve l'habitude, après chacun de ses repas, de jeter à terre une bouchée de pain qu'il trempe préalablement dans du café. Clotilde a eu dans son enfance quelques convulsions. Vers dix ans, elle était prise par moments de subits accès de tristesse pendant les-

quels elle s'isolait et refusait de jouer avec les autres enfants. Dès cette époque elle se montrait menteuse, paresseuse, se sentait portée au vol et contractait des habitudes d'onanisme; on l'appelait à l'école, où elle apprenait très difficilement, « la folle ». Elle avait aussi de fréquents accès de somnambulisme. De douze à dix-huit ans, elle a présenté une série de phénomènes des plus bizarres; c'est ainsi que parfois elle a des envies de rire qu'elle ne peut réprimer, et si elle s'efforce de les contenir, il ne font que s'exagérer. Le jour de l'enterrement de son grand-père, elle a été prise de ce fou rire au milieu de sa famille qui pleurait. De même, il lui arrive de verser sans raison d'abondantes larmes qui, comme le rire, sont tout à fait indépendantes des circonstances extérieures. Mais ce n'est pas tout, elle a aussi quelques tics dans les membres ou dans la tête, et souvent il lui arrive d'agiter un bras ou l'autre sans pouvoir se retenir. « Est-on bête, dit-elle, de faire tous ces mouvements, et que je dois être ridicule! » mais tout aussitôt elle recommence. A de certaines périodes elle se croit obligée de rester debout pendant des heures entières, d'autres fois, au contraire, de prendre place sur une chaise qu'elle ne quitte plus, ou bien de vouloir à toute force se rendre dans une pièce où rien ne l'appelle, dans l'unique but d'obéir à une insurmontable impulsion. Ses impulsions sont du reste très variées : parfois elle prononce, soit devant des étrangers, soit devant des personnes qu'elle respecte ou même seule, des mots grossiers qui la surprennent. En 1870, pendant le siège, rentrant à Paris avec un sac de légumes qu'elle venait de récolter avec l'intention de les vendre, elle rencontre deux messieurs qui lui proposent de les acheter : « Mon sac est lourd, je suis fatiguée; j'ai le cul lourd, » répond elle en se sauvant. Tout aussitôt, elle regrettait cette parole obscène, et revenait sur ses pas, mais les acheteurs n'étaient plus là. Elle eut aussi depuis d'autres impulsions dont les conséquences auraient pu être beaucoup plus graves. Un jour, par exemple, elle saisit son frère âgé de deux ans, et le tint un instant suspendu sur l'ouverture d'un puits « pour se procurer une émotion ». Si l'enfant était tombé dans le puits, elle s'y serait précipitée tout aussitôt, nous dit-elle.

Vers dix-huit ans, ses appétits sexuels se développèrent; elle commença à avoir de violents désirs de copulation et, les pratiques d'onanisme ne lui suffisant plus, elle s'abandonna à plusieurs individus qu'elle n'aimait pas, uniquement pour la satisfaction de ses sens. Parallèlement à ces phénomènes, il se manifestait chez notre malade un autre processus pathologique que je crois être aujourd'hui disparu, mais qui n'en a pas moins marqué sa trace par des signes caractéristiques; Clotilde a été en effet frappée de vertiges épileptiques suivis de fugues et autres actes inconscients. Un jour son père l'envoie faire une commission; elle est frappée d'un vertige et se rend tout aussitôt, sans le savoir, chez

un cordonnier qu'elle injurie, puis elle continue sa route. Le lendemain, grande fut sa surprise en apprenant sa visite chez le cordonnier. Elle eut aussi plusieurs pertes subites de connaissance, avec ou sans attaques convulsives. Mais depuis l'âge de vingt ans la névrose ne s'est plus montrée. A la suite d'excès de boisson, son sommeil fut troublé par des cauchemars et des hallucinations; elle vit des chats dans sa chambre, de grandes figures qui défilaient, etc. Elle eut même des idées de persécution; elle crut, à une époque, qu'on voulait l'empoisonner et, deux fois de suite, elle tenta de se suicider : une première fois par submersion et l'autre par pendaison.

Actuellement, elle est dominée par cette idée fixe qu'elle peut être enterrée vivante, et, à plusieurs reprises, elle m'a fait promettre de procéder à son autopsie ou bien de lui plonger un poignard dans le cœur; elle est d'ailleurs bien décidée à poignarder le cadavre de ses parents, pour leur éviter la torture d'être enterrés vivants. Dans ces temps derniers, elle a cru que le monde allait être englouti par un nouveau déluge. Dans la crainte de vivre trop longtemps sous l'eau, elle portait sur elle, au moment de sa séquestration, un revolver pour tuer les siens et se suicider ensuite dès le commencement de l'inondation. Ces dernières idées la poussent à inventer des histoires de gens auxquels semblables accidents seraient arrivés; une fois sur ce chapitre elle ne tarit plus. Souvent il lui vient aux lèvres des mots qu'elle ne veut pas prononcer, mais que cependant elle répète mentalement. Si elle n'agissait ainsi, elle se sentirait, dit-elle, suffoquée : il lui semblerait être sous l'imminence d'un péril prochain que le mot seul peut conjurer.

M. LEGRAND DU SAULLE croit que les phénomènes désignés par M. Magnan sous le nom de stigmates psychiques de la folie héréditaire sont simplement une des nombreuses manifestations de l'épilepsie larvée assez fréquente, comme on le sait, chez les héréditaires.

M. MAGNAN. L'épilepsie n'est qu'un phénomène accessoire dans le cours de l'histoire de ma malade; j'ai fait incidemment en vous la montrant la part de ce qui revient au morbus sacer. Les mots qu'elle répète ne sont que le résultat d'une obsession; la preuve en est dans le souvenir complet qu'elle en garde. Or, chacun sait que les actes accomplis par les épileptiques dans leurs phases délirantes sont inconscients; d'ailleurs, on trouve encore beaucoup d'aliénés prononçant impulsivement un mot sans que pour cela ils soient épileptiques; il n'y a donc pas lieu de penser à l'épilepsie et, pour ma part, je vois dans cette histoire une des nombreuses modalités de la folie héréditaire.

M. BRIAND. A propos des stigmates psychiques dont vient de

nous parler M. Magnan, permettez-moi de vous rapporter un certain nombre de faits qui me semblent procéder du même ordre d'idées; je n'ai pas sous la main les observations complètes, mais en voici les faits saillants. C'est d'abord un officier de marine des plus distingués, appelé à un brillant avenir et qui ne peut à certain moment et même dans les circonstances les plus sérieuses, s'empêcher de crier plusieurs fois de suite le mot de Cambrone, en inclinant brusquement la tête sur l'une des épaules. Dans le même port, se trouve un autre officier auquel il est impossible de franchir d'emblée le plus léger obstacle, et qu'on rencontre fréquemment un pied sur le trottoir et l'autre sur la chaussée, hésitant avant de passer un ruisseau. Ce n'est qu'après être revenu en arrière à plusieurs reprises qu'il prend enfin l'élan décisif, qui lui permettra de traverser; cette opération dure souvent plus d'un quart d'heure. — Une de ses sœurs est aliénée (délire des négations avec idées mystiques); l'autre est d'une religiosité exagérée. — Je connais également une demoiselle d'une vingtaine d'années, fille d'un excité maniaque à idées ambitieuses, qui depuis la plus tendre enfance tourne sur elle-même pendant des heures entières; elle a tellement conscience de l'étrangeté de cette impulsion que pour se dérober aux regards, elle se renferme dans sa chambre les jours où elle sent qu'elle n'y résistera pas; cette jeune fille, qui de tout temps a été bizarre, est plus menteuse qu'on ne saurait se l'imaginer et invente à plaisir des histoires impossibles qu'elle raconte avec l'accent de la plus sincère vérité. La vue d'une tache de vin l'impressionne très vivement; son père présente cette même particularité. Enfin, je voudrais raconter encore l'histoire d'une enfant de sept ans, fille d'un délirant mélancolique à idées hypocondriaques, laquelle se nourrit exclusivement de pain et de fromage, sous prétexte que la viande contient des os susceptibles de l'étrangler et que les légumes qui ont touché à la viande pourraient en dissimuler; il m'a été impossible à une première entrevue de faire surgir cette explication qu'elle avait donnée il y a longtemps à ses parents, et sur laquelle elle n'avait plus voulu revenir. Cependant, appelé à voir le père, qui dans le cours d'un nouvel accès mélancolique refusait de s'alimenter, je me fis présenter l'enfant pour rechercher si elle ne portait pas certaines tares héréditaires; mon interrogatoire était fini et j'allais la rendre à ses parents sans avoir trouvé rien de bien notable en elle si ce n'est une grande vivacité intellectuelle avec une prodigieuse mémoire et sans avoir obtenu une réponse caractéristique, lorsque par hasard la mère me rappela que la fillette se nourrissait exclusivement de pain et de fromage. Désireux d'obtenir de l'enfant l'aveu du motif qui lui faisait repousser les autres aliments, je l'interrogeai avec insistance. Elle se refusa d'abord à toute explication; prières, sollicitations, rien n'y fai-

sait ; enfin je la menaçai de lui faire manger de force une grosse bouchée de viande si elle ne me disait la cause de sa répulsion. Alors, elle m'avoua que toujours elle avait été poursuivie par l'idée qu'elle serait étranglée par un os. Elle est en effet prise d'accès d'étouffements et sa figure exprime une très vive terreur dès qu'on met dans son assiette des fragments de viande. Les parents ont cessé de sévir contre elle et l'enfant ne paraît pas d'ailleurs souffrir de son régime. L'isthme du gosier ne présente rien d'anormal ; la voûte palatine est très ogivale. Pas d'asymétrie faciale.

M. MAGNAN présente une autre malade, âgée de trente-six ans, qui se sent par intervalles poussée à absorber des quantités considérables d'aliments. Si l'on s'en tenait à ce seul symptôme, sa maladie pourrait être qualifiée de *limomanie* ou d'*esthiomanie* ; quoi qu'il en soit voici son histoire : Le père était un original à caractère un peu vif, c'est là tout ce que l'on sait sur les antécédents héréditaires. Elle-même a toujours été fantasque, orgueilleuse et prétentieuse à l'excès ; vers dix-huit ans, elle traversa une période de tristesse pendant laquelle elle se sentit prise de découragement, d'apathie, d'indifférence, sans pouvoir se livrer à aucun travail. Mariée à vingt et un ans, elle eut deux enfants et n'offrit rien d'extraordinaire jusqu'à vingt-huit ans ; elle eut alors une nouvelle période de dépression mélancolique qui dura deux ou trois mois. En novembre 1884, à trente-six ans, elle devint encore une fois triste sans savoir pourquoi et, à la fin de janvier de l'année suivante elle fut toute surprise des sensations étranges qui l'envahissaient : cette femme qui ne s'intéressait à rien, éprouva tout à coup un désir insatiable de manger. Tous les aliments lui étaient bons : pain, viande, légumes, fruits, fromage, peu lui importait pourvu qu'elle mangeât ; elle avait beau se lamenter, se reprocher sa glotonnerie, elle ne s'en corrigeait pas ; les journées et les nuits se passaient à manger. Cette existence lui devint si intolérable qu'elle demanda à être placée dans un établissement où on l'empêcherait de satisfaire son appétit ; elle eut même, dans ces derniers temps des idées de suicide qui décidèrent sa famille à prendre cette résolution. « Voilà la cause de mon malheur, » dit-elle, chaque fois qu'elle voit un morceau de pain. Semblable affection, n'est-elle pas en tous points comparable à la dipsomanie ? Aujourd'hui l'accès touche à sa fin.

M. LEGRAND DU SAULE demande si la malade n'est pas diabétique.

M. MAGNAN. L'état général de la malade étant satisfaisant, il m'a paru inutile de faire cet examen. D'ailleurs, le caractère impulsif du besoin de manger devant faire écarter l'idée qu'on pouvait être en présence d'un cas de boulimie diabétique, mais l'ana-

lyse des urines sera faite demain et j'en donnerai le résultat à la prochaine séance ¹.

M. BIGOT insiste sur la phase mélancolique, décrite par M. Magnan et qu'on ne retrouve pas chez les diabétiques.

MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES
DE BERLIN

Séance du 14 juillet 1884². — PRÉSIDENTE DE M. WESTPHAL

Communication annoncée de M. WESTPHAL : *Sur un cas de lésion spinale avec cécité et paralysie générale*. Il s'agit d'un professeur syphilitique accusant divers malaises qui paraissaient devoir être rattachés à l'hypochondrie et présentant la perte du phénomène du genou (1878); longtemps auparavant, il avait été atteint d'accès tout spéciaux d'hémianopsie avec amnésie passagers, ainsi que d'une iritis syphilitique non gommeuse. En juin 1883, accès maniaques, avec idées de grandeur et troubles de la parole; à ce moment, il est porteur d'une atrophie des nerfs optiques datant de trois ans à marche lentement progressive; cécité, absence de phénomène du genou, sans ataxie évidente pendant la marche; finalement sitiophobie, œdème pulmonaire; mort après un séjour de deux semaines à la Charité de Berlin. Le cerveau présente une sclérose modérée des artères. une coloration grise des nerfs et des bandelettes optiques. On trouve dans la moelle la dégénérescence grise des cordons postérieurs (de la région cervicale à la région lombaire); ce sont les parties externes des cordons postérieurs, parallèles aux cornes postérieures, qui se trouvent le plus prises. M. Westphal insiste sur l'hypochondrie datant de plusieurs années, sur les attaques d'aphasie avec hémianopsie sans altération du cerveau sur l'absence de douleurs et d'ataxie, sur les

¹ M. Magnan nous communique le résultat de l'analyse des urines de sa malade qui ne contiennent pas de sucre. M. B.

² Voy. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 382.

troubles vésicaux sans importance. Il lui semble impossible de rattacher l'affection nerveuse à la syphilis. Ce malade, de même que d'autres paralytiques généraux, avait, dans les intervalles lucides, une allure spéciale tout excentrique. Il importe de noter que dans la station debout, les pieds rapprochés, il n'oscillait ni lorsqu'on lui fermait les yeux ni lorsqu'il fut devenu aveugle. L'écorce du cerveau n'a pas été examinée. Peut-être, comme le veut Mendel, s'agissait-il d'une paralysie ascendante; dans ce cas, on trouverait des altérations corticales étendues.

Communication annoncée de M. ROSENBACH : *Des allures du système nerveux dans l'inanition*. Expériences sur des chiens et des lapins en deux séries concernant l'une, l'inanition absolue, l'autre, l'inanition sans la suppression de boissons. Durée moyenne de la vie chez ces animaux : 10 à 31 jours; déchéance pondérale moyenne : 24,50 à 54,84 p. 100. — *Anatomie pathologique*. Pas de lésions macroscopiques de l'encéphale ni de la moelle. Seule, la substance cérébrale paraît œdématisée. Quelquefois on trouve une dilatation insignifiante des ventricules. On est frappé de l'absence de graisse dans le canal vertébral; tandis que chez ces animaux bien portants il existe une quantité considérable de tissu adipeux sur la dure-mère, les ganglions intervertébraux et les racines qui touchent à ces derniers, chez ceux qui sont inanitiés, le tissu graisseux est soit tout à fait atrophié, soit transformé en une substance jaunâtre, visqueuse, facile à détacher. Au microscope, l'encéphale, la moelle, les ganglions intervertébraux, les ganglions du grand sympathique durcis (bichromate de potasse à 2 p. 100) ou frais, portent des altérations très nettes qui atteignent principalement les cellules. Extrêmement vives dans la moelle (cornes antérieures) elles se résument en : disparition de la transparence de la cellule, tuméfaction trouble de son noyau, résistance du protoplasma à l'action colorante du carmin, aspect tout spécial, vitreux, amorphe du protoplasma; saillie du noyau à contours fortement réfringents, disparition, atrophie, détachement des prolongements, rétraction du corps cellulaire (bords dentelés), perte de substance de l'élément (sinuosités, vacuoles); enfin le noyau devient indistinct, perd ses limites, disparaît totalement comme la cellule transformée en un débris informe qui cède à l'éther des particules de sa substance. Il en est de même pour des cellules nerveuses ganglionnaires de l'écorce, les cellules cérébelleuses de Purkinje, celles des ganglions spinaux et sympathiques; la dégénérescence y est simplement moins étendue; c'est dans les ganglions spinaux qu'elle est le moins accusée. Les vaisseaux capillaires gorgés d'hématies présentent la diapédèse des globules rouges dans la moelle, avec exsudat plasmatisque (colloïde); leurs parois, peu altérées, sont parfois stéateuses (lapins, cellules endothéliales); névroglie tuméfiée et trouble

sans altération de structure. Peu de chose dans la substance blanche du cerveau ou de la moelle; elle est raréfiée et ses noyaux ont diminué de nombre. Les nerfs périphériques ne présentent aucune altération. En résumé : *simple déchéance atrophique sans inflammation*. La destruction est du reste en rapport direct avec la longueur de l'inanition, elle progresse avec cette dernière et n'émane pas seulement des dernières heures ou des derniers jours de l'expérience. — *Etat de l'excitabilité électrique de l'écorce des animaux inanitiés*. Un animal bien nourri est trépané d'un côté; ou dispose l'appareil de du Bois-Reymond de manière à faire intervenir l'excitation électrique nécessaire à déchaîner par son application sur le centre psychomoteur la convulsion la plus faible du membre opposé correspondant. Cet animal est soigné et guéri, puis on l'inanitie. C'est alors qu'on traite avec l'électricité l'excitabilité de l'autre hémisphère du même sujet. Dans ces conditions, toutes choses étant égales d'ailleurs, l'inanition réduit considérablement l'excitabilité corticale (l'appareil à chariot donne, quant à l'éloignement des deux bobines, des différences de 30 millim. et plus); elle en modifie la qualité, car un fort courant, qui ne détermine pas d'épilepsie partielle, provoquera tout à coup, sous l'influence d'un faible renforcement, des convulsions épileptiformes généralisées. — *Symptomatologie*. Chez l'animal, l'inanition ne se traduit par aucun phénomène nerveux ni psychique. Le délire, qui se montre chez l'homme, doit être imputé aux émotions morales des grandes catastrophes concomitantes (naufrages, éboulements, etc.) Le délire d'inanition consécutif à des affections somatiques (fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine) relève de conditions physiques bien connues; il est caractérisé par des hallucinations terrifiantes et anxieuses, avec obnubilation de la connaissance, idée de persécution et parfois agitation maniaque; ces accidents surviennent pendant les quelques jours qui suivent la chute de la température (état d'inanition) et disparaissent dès que l'amélioration physique a lieu.

Discussion :

M. WESTPHAL. Le mot de tuméfaction trouble n'est pas très exact.

M. ROSENBACH. Evidemment il ne désigne pas une apparence semblable à celle des cellules du foie malade; les cellules, tout en conservant leur configuration normale, sont moins transparentes que normalement.

Séance du 10 novembre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL

Communication annoncée de M. OPPENHEIM : *Sur une affection du nerf vague dans le cours du tabes dorsal*. Présentation de malade et de préparations microscopiques. Un tabétique atteint de

crises gastriques et laryngées ne décela à l'autopsie aucune altération des noyaux bulbaires de ce nerf. Voici un autre patient qui présente des crises laryngées et des parésies des muscles du larynx. Un mémoire sera publié.

Discussion :

M. MENDEL. Les altérations du faisceau solitaire de Pierret, en relation avec des fibres du grand sympathique, expliquent les troubles vaso-moteurs et atrophiques.

M. WESTPHAL. A l'expression de crises (krisen) qui ne convient guère en allemand il faut substituer celles de spasmes laryngés, ou mieux accès laryngés. Une préparation d'Eisenlohr concernant la moelle allongée d'un tabétique ayant présenté de semblables accès démontre l'existence d'une épendymite du plancher du quatrième ventricule.

M. BERNHARDT ne croit pas à la fréquence de la coïncidence de crises laryngées et gastriques chez le même individu. D'après lui, chez les tabétiques, les accès laryngés seraient plus rares que les crises gastriques, lesquelles sont relativement fréquentes chez les ataxiques atteints d'affections osseuses et articulaires.

M. OPPENHEIM ne contredit pas à l'assertion de Bernhardt; ce n'est que dans quelques cas qu'il a vu survenir d'abord des crises gastriques, puis, plus tard, chez le même individu, des crises laryngées.

M. JASTROWITZ insiste sur la production, en des cas pareils, de paralysie des cordes vocales.

M. REMAK ajoute à l'observation précédente que, dans un cas de tabes observé par lui pendant un temps assez long, et compliqué de paralysie des muscles de l'œil, le premier symptôme de l'affection spinale fut une *paralysie unilatérale du muscle crico-aryténoïdien postérieur*. A rapprocher du travail récent de M. F. Krause, qui rattache la plupart de ces cas de paralysie à une contracture des adducteurs des cordes vocales.

Communication de M. THOMSEN avec présentation de malade, sur un cas de paralysie de l'oculo-moteur commun à retours périodiques. Homme de trente-quatre ans atteint actuellement d'une complète parésie de l'oculo-moteur commun (avec immobilité raide de la pupille et paralysie de l'accommodation). Début à l'âge de cinq ans, retour une fois ou deux par an (mai-octobre), finalement paralysie complète. L'accès est précédé de céphalalgie, nausées et vomissements; en peu de jours survient une blépharoptose totale, avec strabisme divergent très accusé. En trois à quatre semaines, la paralysie rétrocede. Nulle autre anomalie oculaire. L'orateur en a observé deux accès. Chaque paralysie s'accompagnait parallèlement de rétrécissement concentrique du champ

visuel, les allures de ce rétrécissement et de son retour à la normale sont en rapport direct avec l'intensité de la paralysie. L'acuité centrale se comporte à peu de chose près comme la paralysie et le champ visuel. Le rétrécissement se montre d'abord du côté paralysé, il y reste toujours plus complet que sur l'autre œil dont le champ visuel diminue du reste également. Le second accès observé fut un accès abortif; il succéda à un shock psychique; le malade eut un accès d'angoisse nocturne, puis présenta la paralysie en question et les modifications du champ visuel. Depuis l'âge de treize ans, le patient présente des convulsions épileptiques à retours irréguliers, consécutifs à un traumatisme céphalique; sans puisse qu'on établit aucun rapport entre les deux affections. L'orateur met en relief que la paralysie de l'oculo-moteur commun est survenue en des circonstances identiques à celles qui précèdent l'écllosion de l'épilepsie. Interprétation impossible. Cette observation sera publiée *in extenso* dans les *Charité-Annalen*.

Discussion :

M. REMAK. Un buveur de vingt-deux ans, autrement bien portant, présente depuis l'âge de douze ans deux fois par an en moyenne une *céphalalgie frontale violente à gauche*, de la *photophobie* du même côté, des *vomissements*; en même temps se produit une blépharoptose gauche avec tous les autres symptômes de la paralysie de l'oculo-moteur commun. Les accès rétrocèdent invariablement en quatorze jours. Depuis trois ou quatre ans, ils ont augmenté de fréquence; ils se montrent à peu près quatre fois par an; la blépharoptose et la diplopie durent actuellement trois à quatre jours. Depuis quelques années il s'est installé dans l'intervalle des accès, une faible déviation de l'œil gauche en dehors; la strabotomie n'a eu qu'un résultat passager. Le malade, observé par l'orateur trois jours après le début d'un accès périodique, présentait une légère blépharoptose, de la mydriase, de la parésie de l'accommodation, du droit interne (diplopie); dès le jour suivant, tous les symptômes, y compris la divergence, avaient disparu. Pour lui, il s'agit non point d'une tumeur cérébrale à accroissement périodique (théorie de Mœbius), mais d'une forme toute particulière d'*hémicranie*. Dans un autre cas de paralysie périodique de l'oculo-moteur commun, il a vu s'effectuer sous ses yeux la rétrocession des symptômes, si bien que le lendemain Hirschberg ne trouvait plus rien.

M. HIRSCHBERG. Le cas de Thomsen constitue un astigmatisme de l'œil droit. Si les troubles de la vue eussent été ceux qu'indiquent les tracés du champ visuel, le malade n'aurait pu se promener sans se heurter partout. Il a observé plusieurs fois de ces paralysies de l'oculo-moteur commun rapidement passagères, le second fait de Remak en est un exemple. On constate assez souvent quelque

chose de semblable chez les femmes; ce quelque chose est en rapport avec des anomalies de la menstruation.

Ces réflexions suscitent une discussion sur le champ visuel. MM. THOMSEN et UHTHOFF font remarquer que les dessins indiquent simplement les limites de la vision distincte, et non celles de la vision absolue; ce graphique rappelle celui des hystériques. Un tel trouble de l'acuité visuelle ne saurait dépendre exclusivement de l'astigmatisme, vu ses allures et ses rapports avec la paralysie en question. Réplique de M. HIRSCHBERG, qui se refuse à comparer l'amblyopie hystérique avec celle qui émane véritablement d'un rétrécissement concentrique du champ visuel; dans la genèse des troubles oculaires des hystériques interviennent comme générateurs des éléments psychiques, un faux jugement, etc. M. WESTPHAL ne fait aucun reproche aux dessins; seulement il faut savoir que la cécité ou l'amblyopie ne concerne ici que de petits objets. A ce propos, M. OPPENHEIM fait observer que dans un cas de lésion organique du cerveau la vision excentrique percevait de gros objets et non de petits.

Communication annoncée de M. MENDEL, sur la folie *præépileptique*. Il en existe selon lui, trois catégories : 1^o dysmnésie avec obubilation de la connaissance et somniation; — 2^o agitation et manie; — 3^o Prodrome mélancolique et penchant au suicide. — une quatrième classe doit prendre place. L'exemple envisagé concerne la prédominance de conceptions irrésistibles (obsessions). Un état instinctif de la vie psychique : la connaissance étant troublée et les raisonnements contradictoires ne s'effectuant plus (abolition de la volition), il en peut résulter des actes de violence. Il s'agit, dans le cas particulier, d'un ivrogne épileptique qui met le feu; puis survient une attaque d'épilepsie, après quoi, le malade vaque correctement à ses occupations habituelles, déjeune, etc. C'est quand le feu se déclare qu'il a pleine conscience de l'acte commis; arrestation. Rapport médico-légal concluant à l'épilepsie, à l'irresponsabilité. Libération.

Discussion :

M. LEWIN. L'audition des témoins démontre l'existence de troubles de la connaissance de courte durée et d'accès d'épilepsie.

M. LIMAN. Ce n'est pas un cas pur. Le protocole clinique de la Charité montre que cet homme était atteint d'épilepsie et de troubles psychiques entraînant le diagnostic de folie postépileptique. On ne voit pas, d'après les assertions de sa femme, qu'il y ait eu folie *præépileptique*. De plus, il ne faut pas oublier qu'il n'était jamais à jeun.

M. MENDEL. Oui, c'est un buveur et un épileptique; mais cette double constatation ne dit pas à quel élément il faut rattacher l'acte commis.

Séance du 8 décembre 1884. — PRÉSIDENTE DE M. WESTPHAL.

M. SARAKY présente un malade atteint d'*hypertrophie musculaire vraie* combinée à une sorte d'hémichorée gauche. C'est un enfant de quatorze ans, issu d'un père rhumalisant (affection cardiaque?), et d'une mère atteinte d'une névralgie du nerf cubital droit; trois sœurs sont bien portantes, mais trop petites pour leur âge, une autre serait morte de convulsions. Le malade en question a marché tard, sa dentition s'est faite tardivement; à l'âge de trois ans, il a fait les frais d'une pneumonie accompagnée d'entérite catarrhale (rachitique). A ce moment, s'est établie une graduelle inclinaison de la tête à droite; il a lentement appris à parler et à marcher, jamais il n'a eu de rhumatisme ni de convulsions. Il y a sept ans, scarlatine bénigne; cette année, le volume du bras et de la jambe gauche s'est accru: on ne peut recueillir plus de détails. *Etat actuel*: enfant assez bien développé; coloration un peu pâle du visage, expression stupide; c'est un gaucher. Asymétrie somatique: le côté gauche est plus développé, les extrémités y sont plus épaisses et plus longues; le corps incline à droite; scoliose à droite de la portion comprise entre les deux omoplates; lordose lombaire; convulsions cloniques des extrémités, des muscles de la nuque et du visage du même côté; la tête est tirée en arrière et à gauche; l'enfant fait toute espèce de mouvements avec les muscles du visage et de la langue quand il veut parler; les convulsions reprennent de plus belle à l'occasion des mouvements intentionnels; cet état cesserait pendant le sommeil. L'asymétrie, au préjudice du côté droit, est surtout accusée sur les cuisses, la langue; les lèvres beaucoup plus volumineuses à gauche; les muscles atteints sont plus fermes et plus tendu; malgré cette hypertrophie, ils ont conservé leur fonction normale, leur force brute est même plus élevée; l'excitabilité électrique des extrémités gauches est un peu plus forte. Il existe, en outre, de la mydriase droite sans autre anomalie, de la parésie du facial droit, de l'hypoglosse gauche; la parole est indistincte à raison des mouvements choréiformes (asynergie) de la langue et des lèvres; pas d'autres anomalies. Mendel a excisé un morceau du long supinateur soupçonné d'hypertrophie vraie; l'examen microscopique (dissociation du tissu frais ou durci) a révélé une augmentation du diamètre des fibres dans la proportion de 4-1,3; pas de dégénérescence graisseuse, pas d'infiltration intermusculaire, pas de multiplication ni de prolifération des noyaux, la striation transverse paraît un peu moins nette, et c'est tout.

Communication annoncée de M. RICHTER (de Pankow) sur la *cannabinone*. C'est la continuation de ses essais ¹. L'action en est

¹ Voy. *Archives de Neurologie*. Analyse du *Neurolog. Centralbl.* de 1884

surprenante, surtout chez la femme et, en particulier chez la femme rebelle à la morphine, au chloral, à la paralaldéhyde. Quelques cas seulement sans résultat. En dehors du fait déjà cité, aucun inconvénient. C'est aux petites doses qu'il faut s'adresser : 0,10-0,20 au maximum. Une seule patiente arriva facilement à absorber en un jour : 0,50 (0,20 le matin, 0,10 à midi, 0,20 le soir); cette malade, après une médication de six semaines, put être déshabituée du médicament en quatre jours sans aucun trouble résultant de ce sevrage; de plus, le calme obtenu par l'agent médicamenteux persista après sa suspension. Une des patientes déjà mentionnées, qui fut atteinte d'un léger collapsus après une dose de 0,10, fut soumise, après un intervalle de sept semaines, à 0,20, et tenue au lit : dans ces conditions, il n'y eut pas collapsus. L'action en est bien plus forte quand on l'introduit dans un estomac contenant aussi peu d'aliments que possible. C'est par ce moyen que l'on obtient, à l'aide de petites doses, de la dilatation pupillaire et une hébétude faible. — De nouvelles préparations de *haschisch* dues au même pharmacien Bombelon déterminent, aux doses de 0,03 à 0,05, d'abord un relèvement du moral de l'individu; deux à trois heures plus tard, survient un bon sommeil calme. Pas de phénomènes accessoires jusqu'ici; il est vrai de dire que les essais sont encore très peu nombreux. — Action favorable du *chlorhydrate de cocaïne* en injections sous-cutanées chez les morphinomanes. Dans un cas, il y eut sur le champ interruption des phénomènes intenses dus au sevrage de la morphine; guérison alors que l'issue eût dû être fatale. C'est la préparation de Merk, de Darmstadt, qui a servi ici; cette préparation diffère tout à fait de celle de Gehe, de Dresde.

CHLORHYDRATE DE COCAÏNE DE MERK

CHLORHYDRATE DE COCAÏNE DE GEHE

Complètement blanche.
Solution légèrement trouble.

Odeur aromatique très forte réveillant l'activité des papilles.
Sans effet désagréable.

Tire sur le jaune.
Gros grains se dissolvant complètement (liqueur claire).

Presque inodore.

Cause des nausées extrêmement vives.

D'après quelques essais, la cocaïne serait apte à supprimer complètement l'action de la morphine et inversement. Un cas démontra cet antagonisme aussi nettement que s'il se fût agi d'une expérience chimique.

Discussion :

M. VOGELSANG rapporte le sommaire des essais entrepris par lui à Dalldorf. Il donne la cannabinone en injections hypodermiques

(solut. : 1 gr. pour 9 d'huile d'amandes douces) ou à l'intérieur (1-2 gr. pr. 100-150 gr. du même véhicule), à des doses sous-cutanées de 0,10 et stomacales de 0,40 à 0,60. Chez vingt femmes agitées, le résultat fut modéré; le succès le plus grand fut obtenu sur une hystérique qui, après l'ingestion de 0,50, s'endormit pendant plusieurs heures. Les effets accessoires désagréables sont : la brûlure de la gorge, la propension à la toux, les vomiturations; il faut aussi faire la part du véhicule. L'orateur finit par rejeter l'injection sous-cutanée, parce que ce médicament exerce une action locale très irritante.

M. BLUMENTHAL. Un cas de spondylite douloureuse fut très favorablement influencé par 0,20 de cannabine; on eut un résultat assez heureux dans un cas d'emphysème. Chez un troisième malade, on nota des effets très désagréables aux doses de 0,10 à 0,20; il y eut pendant vingt heures du refroidissement et de la lourdeur des extrémités, de l'insomnie, de l'angoisse précordiale, des troubles de la parole, une coloration gris bleu de la peau. Une quatrième observation témoigna, après une ingestion de 0,10, d'une sensation de lourdeur avec convulsions cloniques, de vertiges, de troubles de la parole, d'irrégularité du pouls, de météorisme; durée des accidents : onze heures. Il espère aussi de bons effets de la cocaïne qu'il a employée chez un morphinomane.

M. GNAUCK. Administration de la cannabine chez douze malades. D'une manière générale, résultats de l'orateur précédent. Action très inégale. Tantôt, on n'obtient rien tant qu'on n'a pas atteint 0,70; tantôt, à petites doses, on constate de la brûlure et de la sécheresse de la gorge avec céphalalgie. Dans un cas, 0,30 déterminèrent un sommeil de trois heures, puis survinrent de l'agitation, du tremblement, des troubles de la parole; la morphine seule put rétablir l'équilibre. Il convient donc de commencer avec prudence par 0,10; 0,03 demeurent sans effet.

M. MENDEL n'a vu qu'une fois les accidents désagréables susmentionnés. Dans vingt à vingt-cinq cas, il obtint invariablement le sommeil. Sans être un succédané du chloral, la cannabine mérite d'être recommandée pour les hystériques. Il a traité par injections sous-cutanées de cocaïne (demi-seringue d'une solution à 5 p. 100) une névralgie du trijumeau, sans résultats (*Archiv. f. Psych. u. Nervenkrank.*, XVI, 1). P. K.

BIBLIOGRAPHIE

I: *Des zones hystérogènes et hypnogènes, des attaques de sommeil;*
par le D^r PITRES. (Bordeaux, 1885, in-8°, 70 p.)

Les zones hystérogènes sont, selon la définition de l'auteur, des régions circonscrites du corps, douloureuses ou non, d'où partent souvent, pendant les prodromes des attaques spontanées, des sensations spéciales qui jouent un rôle dans l'ensemble des phénomènes de l'aura hystérique, et dont la pression a pour effet, soit de déterminer l'attaque convulsive ou une partie des phénomènes spasmodiques de l'attaque, soit d'arrêter brusquement les convulsions. On sait que c'est M. le professeur Charcot qui a découvert les zones hystérogènes. M. Pitres, continuant les recherches commencées à la Salpêtrière, a découvert un certain nombre de faits intéressants, dont quelques-uns ont été publiés dans la thèse de son élève le D^r Gaube (Bordeaux, 1882). On rencontre fréquemment des zones hystérogènes dans l'hystérie vulgaire, ou petite hystérie. — Il existe des zones hystérogènes sur les membres. MM. Bourneville et Regnard, M. Richer n'en ont rencontré que sur la tête et le tronc; il résulte des explorations de M. Pitres que chez plus de la moitié des hystériques vulgaires, il y a des zones hystérogènes sur les membres supérieurs ou inférieurs. Leur siège d'élection se trouve au niveau du pli du coude et du creux poplité. Mais l'auteur n'a pas trouvé une seule hystérique avec des points hystérogènes seulement sur les membres; il y en avait aussi sur le tronc ou la tête. — Dans la majorité des cas, les zones des membres et du thorax sont exclusivement spasmogènes, et les zones ovarienne ou épigastrique exclusivement spasmofrénatrices. — Au point de vue de leur siège anatomique, les zones hystérogènes doivent être divisées en *zones cutanées, sous-cutanées et viscérales*. 1° Les *zones cutanées*, les plus rares de toutes, sont celles dont l'activité peut être mise en jeu par des excitations superficielles de la peau: le contact avec le doigt, ou un pinceau à aquarelle, quelques gouttes d'eau froide ou chaude, le rayonnement d'un corps en ignition, la pulvérisation de quelques gouttes d'éther. Les zones cutanées siègent dans les expansions nerveuses terminales de la peau. Il est curieux de constater à ce sujet qu'elles

peuvent se rencontrer sur des régions cutanées qui sont complètement anesthésiques. 2° Les zones sous-cutanées, qui sont plus communes, résistent aux excitations précédemment énumérées; elles ne siègent donc pas dans la peau, ni dans les muscles et tendons, car on peut, dans un certain nombre de cas, presser latéralement les masses musculaires qui traversent les régions hystérogènes ou les tétaniser à l'aide de courants faradiques intenses sans amener les convulsions. Il est probable que le point de départ est dans les troncs nerveux, car on peut également provoquer l'attaque par la compression énergique des troncs nerveux qui se rendent à la zone sous-cutanée, sur tous les points où ils sont accessibles dans leur trajet entre la moelle épinière et la zone. 3° Les zones viscérales, ont pour siège le parenchyme de l'organe, tel que la glande mammaire ou l'ovaire. Pour la mamelle, on le prouve en montrant que l'excitation énergique de la peau qui recouvre le sein ne produit rien et que la compression de la glande provoque l'attaque. Pour l'ovaire, la démonstration a été faite par M. Féré, qui a vu chez une hystérique enceinte la zone hystérogène du flanc gauche s'élever graduellement pendant la grossesse, de façon à occuper exactement le point qu'occupe successivement l'ovaire aux différents âges de la gestation. Cependant M. Pitres pense qu'il peut y avoir des zones ovariennes et mammaires sous-cutanées, car il arrive chez certains malades qui possèdent ces zones, à arrêter l'attaque en pinçant un pli de la peau qui recouvre le sein, sans comprimer la glande, ou un pli de la peau du flanc, sans comprimer profondément l'abdomen. — On peut faire disparaître les zones hystérogènes par l'électrisation statique, la galvanisation des centres nerveux, les inhalations anesthésiques, l'anémie locale (par exemple sur un membre), la réfrigération de la peau qui recouvre une zone sous-cutanée, l'application des sinapismes sur les zones cutanées ou sous-cutanées. (Les sinapismes appliquées circulairement autour d'un membre font disparaître toutes les zones situées au-dessous d'eux, et sont sans action sur les zones situées au-dessus).

Les zones hypnogènes sont des régions circonscrites du corps, dont la pression a pour effet soit de provoquer instantanément le sommeil hypnotique, soit de modifier les phases du sommeil artificiel, soit de ramener brusquement à l'état de veille les sujets préalablement hypnotisés. La principale zone hypnogène connue est le vertex, dont la pression fait passer l'hystérique de l'état de léthargie dans l'état de somnambulisme provoqué (Charcot et Richer), et de l'état de veille dans l'état hypnotique (Dumontpallier). On sait aussi que la compression ovarienne dissipe instantanément le sommeil hypnotique. M. Pitres a observé que les zones hypnogènes se rencontrent sur tous les points du corps, que leur nombre est très variable, que certaines malades en pré-

sentent seulement quatre ou cinq, que d'autres en ont vingt, trente, cinquante et plus encore, et que quelques hystériques facilement hypnotisables n'en possèdent aucun. Les zones ont en général de un à quatre ou cinq centimètres de diamètre; si la compression de ces zones produit l'effet spécifique, une compression en dehors des zones ne donne lieu qu'à une douleur plus ou moins vive, ce qui prouve que les actions hypnogènes ne sont pas le résultat d'irritations banales de la peau ou des tissus profonds chez des sujets particulièrement excitables. — De même que les zones hystérogènes, les zones hypnogènes peuvent être divisées en zones cutanées, sous-cutanées, viscérales. — Parmi ces zones, les unes provoquent le sommeil, ce sont les *zones hypnogènes proprement dites*; les autres la font cesser brusquement, ce sont les *zones hypnofrénatrices*. Les premières se subdivisent en trois groupes : les *zones hypnogènes simples*, dont la pression pratiquée sur des sujets à l'état de veille détermine une phase, toujours la même, du sommeil hypnotique; *zones hypnogènes à effets successifs*, dont la pression donne lieu successivement à des phases de plus en plus profondes du sommeil provoqué, à mesure que cette pression devient de plus en plus énergique; les *zones hypnogènes à effets incomplets*, dont la pression ne produit pas le sommeil chez le sujet éveillé, mais fait passer le sujet endormi d'une phase du sommeil dans l'autre. Les *zones hypno-frénatrices* sont susceptibles des mêmes subdivisions. Après ces distinctions minutieuses, l'auteur aborde l'étude de trois malades, qui possèdent un très grand nombre de ces zones, distribuées irrégulièrement sur toute la surface du corps, comme par exemple la racine du nez, le pavillon de l'oreille, la région mammaire, le sommet du triangle de Scarpa, la malléole interne, divers segments des doigts, etc. — Chez quelques malades, presque toutes les zones hypnogènes sont situées sur le côté gauche du corps, et presque toutes les zones hypno-frénatrices sur le côté droit. Or ces malades sont hémianesthésiques. Cependant il n'y a aucun rapport entre la distribution des zones et l'état de la sensibilité, car le transfert de l'hémianesthésie ne s'accompagne pas du transfert des zones. — Les zones hystérogènes et hypnogènes coïncident quelquefois, de telle sorte qu'une pression légère produite le sommeil hypnotique, et une excitation plus énergique produit l'attaque. Cependant les deux espèces de zones conservent leur individualité, car par l'électricité statique, on peut abolir la zone hystérogène, tandis que la zone hypnogène demeure intacte.

L'auteur étudie ensuite une malade de son service, qui est sujette à des *attaques de sommeil*. Cette hystérique, qui a eu autrefois des attaques convulsives très violentes, les a remplacées aujourd'hui par ses attaques de sommeil. L'*aura* présente trois stades : le sentiment d'une boule qui exécute cinq ou six tours

dans l'abdomen, des langueurs d'estomac, le serrement bi-temporal et la perte de connaissance. Pendant le sommeil, la malade est immobile, le pouls est régulier, la température normale; les paupières sont agitées d'un tremblement continuel; la malade répond quand on lui parle, on peut lui donner des ordres, des hallucinations; ses sens ont conservé leur activité. Les membres conservent l'attitude qu'on leur communique. Bref, la malade présente les mêmes phénomènes que dans une phase du sommeil provoqué, l'état cataleptoïde les yeux fermés. Ce qui ajoute à la ressemblance, c'est que la malade est tirée de son sommeil par le souffle sur les yeux; que, réveillée, elle ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant qu'elle était endormie, et qu'en revanche, pendant le sommeil, sa mémoire embrasse les faits de la veille et ceux des états hypnotiques antérieurs. — Guidé par ces analogies, l'auteur a plongé dans l'hypnotisme la malade, au moment où l'*aura* annonçait l'attaque de sommeil; il a constaté que l'attaque n'en survient pas moins, mais qu'elle met la malade dans un degré d'hypnose plus profond que celui dans lequel elle était placée artificiellement. Ainsi la malade étant placée dans l'état cataleptoïde, les yeux fermés, l'attaque la met en léthargie: la malade étant placée en léthargie, l'attaque produit une léthargie plus profonde, dans laquelle la pression de l'ovaire, des zones hystérogènes ne produit absolument rien. A. BINET.

II. La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse; par M. FOVILLE.

Les institutions anglaises relatives aux aliénés sont celles qu'il a toujours paru le plus intéressant d'étudier comparativement à celles de la France. C'est dans ce but d'études que M. Foville a été chargé de deux missions en 1881 et 1883; et ce rapport qu'il a rédigé au retour de son double voyage, a été publié par la commission sénatoriale, comme annexe au propre rapport de cette commission.

Ce travail qui a extrait des actes du Parlement anglais ce qu'ils contiennent d'essentiel étudie successivement :

CHAPITRE PREMIER. — *Historique.* C'est en 1796 que William Eucke ouvre la retraite d'Yorck, au moment où Pinel en France, Daquin en Savoie, Chiarurgi en Italie poursuivent une réforme analogue et que Duncan en Ecosse s'efforce de faire créer l'asile de Morningside à Edimbourg,

La première loi sur les aliénés date de 1746; ce n'est qu'un siècle plus tard, grâce à la campagne de lord Shaftesbury que

furent obtenues les deux lois de 1845 qui ont reçu le nom de grande Charte des aliénés; c'est de cette époque que date ce rouage important, le bureau des commissionnaires (board of commisionners in Lunacy); d'autres enquêtes (1877, 1880, 1882), pour tenter de nouvelles améliorations, n'ont pas encore abouti, tandis que en Ecosse, sur l'intervention de Miss Dick, une enquête en 1835, a produit, deux ans plus tard une législation plus parfaite qu'en Angleterre; ce que M. Foville explique en remarquant que le terrain écossais était alors moins encombré d'institution préexistantes qu'en Angleterre.

CHAPITRE II. — *Les aliénés du Lord chancelier.* Ces aliénés sont à peu près au nombre de mille pour l'Angleterre et le pays de Galles; ils n'existent pas en Ecosse. Ce sont des aliénés riches, dont la couronne s'est chargée de protéger la fortune; le roi autrefois ne prenait soin que des aliénés riches. Ces aliénés sont soumis à la surveillance de fonctionnaires désignés les uns sous le nom de visitors et les autres sous le nom de masters in Lunacy; ces derniers sont les tuteurs à la personne, des tuteurs aux biens (car il y a deux tuteurs au lieu d'un) désignés par la chancellerie; parfois il y a conflit entre les visitors et les masters. Quant aux aliénés peu aisés la couronne s'en désintéresse, et ils sont moins en sûreté que les indigents qui eux bénéficient de la charité légale. Cette intervention du pouvoir central vis-à-vis des aliénés riches a été vivement critiquée, car elle est onéreuse et lente.

CHAPITRE III. — *Direction générale et surveillance exercée par l'état sur le service des aliénés.* Ce chapitre comprend l'étude du bureau des commissionners in Lunacy, composé de onze membres (dont trois médecins et trois avocats, recevant chacun par an 30,000 fr.) M. Foville donna tous les renseignements sur les attributions administratives, de surveillance et judiciaires de ce bureau; il insiste sur son rapport annuel dont la collection actuelle contient l'histoire complète des services d'aliénés en Angleterre; toutefois, on a reproché à ce bureau de ne pas assez s'occuper des aliénés non interdits, de trop peu comprendre de membres, eu égard à leurs nombreuses attributions, de visiter trop peu les aliénés des workhouses (maisons de travail), et de ne pas visiter du tout les aliénés indigents gardés à domicile.

En Ecosse, les aliénés de la chancellerie n'existent pas;

tous sont soumis au bureau des commissionners qui, constitué en 1857, est pour cela mieux organisé qu'en Angleterre.

CHAPITRE V. — *Mesures relatives à la personne des aliénés.*
Les aliénés en Angleterre sont placés dans les asiles de comtés ou de bourgs (établissements publics) dans les hôpitaux, enregistrés, dans les maisons licenciées (asiles privées) dans les workhouses, et dans des habitations particulières qui ne reçoivent chacune qu'un malade.

Les aliénés indigents traités à domicile sont vus par les médecins des pauvres une fois par trimestre; ces aliénés sont placés dans les asiles par les officiers de charité (sorte de commissaires du bureau de bienfaisance.) Le certificat médical du placement doit contenir : 1° la mention de faits prouvant la folie et constatée par le médecin lui-même, 2° la mention de faits pareils, mais communiqués par le médecin. Il faut deux certificats médicaux pour le placement des aliénés non indigents. Les sorties à titre d'essai, les congés temporaires rentrent dans les attributions de ce même bureau, dont les membres font visite à ces aliénés en outre des visiteurs des comtés. Dans ce chapitre se trouvent les formules des certificats médicaux, des demandes d'admission et du bulletin de renseignement, ou questionnaire à remplir à propos de ces demandes de placement.

En Ecosse l'extension donnée au traitement des aliénés à domicile est plus considérable; il y a deux fois plus d'aliénés traités ainsi qu'en Angleterre et la surveillance de tous les aliénés par le bureau des commissionners est plus efficace; en Ecosse. il n'y a pour ainsi dire pas de placements volontaires.

CHAPITRE VI. — *Etablissements consacrés aux aliénés.* — Au 1^{er} janvier 1883, il y avait en Angleterre 70,000 aliénés répartis entre 182 établissements spéciaux. Les préceptes du no-restreint règnent dans tous ces établissements; d'ailleurs le no-restreint se résout à une question de budget; il y a 52 asiles de comité et 11 asiles de bourgs; le prix de revient par malade et par jour est en moyenne de 1 fr. 80. Le directeur dans chaque asile (superintendant) est au point de vue légal assimilable à un préposé responsable, de plus, il peut-être remercié sans appel par le comité des visiteurs du comté, chargés de la gestion des biens des aliénés et de l'organisation de l'asile. Dans ces asiles, tous les malades sont au régime

commun; il ya très peu de pensionnaires: 654 sur 45,000. Les hôpitaux enregistrés qui avant 1808, avant la création des asiles de comtés recevaient seuls les aliénés, reçoivent graduellement moins d'indigents mais plus de payants. Le besoin d'hôpitaux en Angleterre est urgent pour la classe moyenne pouvant payer 10, 12, 18 fr. par semaine, comme il n'en existe pas, de tels malades sont classés parmi les indigents, ce qui augmente les frais des contribuables. La moyenne du prix de revient est de 5 fr. 50 par jour.

Les Workhouses ou maisons de travail, instituées en vertu de la loi des pauvres, comprennent 17.330 aliénés, et laissent beaucoup à désirer au point de vue de la surveillance, exception faite des trois asiles métropolitains créés en 1870 pour les aliénés indigents chroniques et inoffensifs.

Les maisons licenciées ou asiles privées se sont très améliorées depuis les attaques passionnées dont elles ont été l'objet. M. Foville est porté à croire, en raison de la concurrence des établissements publics, à la disparition des maisons privées médiocres,

Enfin il y a les asiles du gouvernement consacrés aux soldats aliénés, aux marins aliénés, aux aliénés du service des Indes orientales, et aux aliénés criminels.

En Ecosse, il y a les asiles de districts, qui correspondent aux asiles de comté, les asiles de province, aux asiles de bourg, les asiles privés, peu nombreux six seulement renfermant ensemble 149 malades, les quartiers d'aliénés des poor-houses pour les chroniques inoffensifs, trois écoles pour idiots et un quartier spécial de la prison de Perth pour les aliénés criminels. Mentionnons enfin le placement très économique des aliénés indigents par l'état chez des nourriciers.

Quant au système des asiles aux portes ouvertes, appliqué à l'asile d'Haddington, à l'hôpital de Morningside, il consiste: 1° dans l'abolition des murs d'enceinte autour des préaux; 2° dans la suppression des portes fermées dans l'intérieur des asiles; 3° dans l'extension des congés préalables; par compensation, précision dans l'emploi du temps, enchaînement des occupations, et vigilance incessante du personnel de surveillance, d'ailleurs fort nombreux.

Le CHAPITRE VII concerne les asiles d'aliénés criminels. (Voir une précédente analyse dans les *Archives de Neurologie*.)

CHARPENTIER.

III. *La Pathologie de l'Esprit*; par Henry MAUDSLEY, professeur de médecine légale à University-college; traduit par le D^r GERMONT, ancien interne des hôpitaux.

L'idée fondamentale qui domine le nouvel ouvrage du D^r Maudsley c'est que la folie constitue un phénomène social et que, pour en connaître la véritable nature et la signification, il faut l'étudier surtout au point de vue des relations qu'elle affecte avec l'organisme social.

Cette conception de la folie a pour résultat d'en reculer singulièrement les frontières et permet d'un poursuivre la genèse jusque dans les sphères les plus élevées de la connaissance humaine. L'auteur de « *Crime et Folie* » est trop connu pour que nous ayons besoin de dire dans quel esprit son nouveau livre est écrit : la physiologie et la psychologie expérimentales y servent constamment de guide à la pathologie dont les phénomènes les plus obscurs sont interprétés à la lumière de ces deux sciences.

Voici le plan qui a été adopté par Maudsley : il étudie d'abord l'*Etiologie* et la *Prophylaxie* de la folie, ensuite sa *Symptomatologie* qui comprend deux parties : celle de la folie proprement dite, et celle d'un certain nombre de troubles mentaux envisagés isolément, et enfin son *Anatomie pathologique* et son *Traitement*. La *Folie chez l'enfant* est l'objet d'une étude spéciale en deux chapitres consacrés au *Sommeil*, aux *Rêves* et à l'*Hypnotisme* annexés à cet ouvrage que nous allons essayer maintenant d'analyser rapidement.

Au sujet du *sommeil*, l'auteur se borne à présenter quelques considérations intéressantes sur les causes qui le provoquent ou qui le font cesser, les mauvais effets qui résultent de sa privation et sur les phénomènes physiologiques et psychologiques qui sont en relation avec lui. Il étudie ensuite les *rêves* qu'il rattache à la perte de la coordination fonctionnelle des centres cérébraux supérieurs et passe en revue les principales conditions qui semblent en déterminer l'origine et le caractère. Cette étude le conduit naturellement à celle de l'*hypnotisme*, du *somnambulisme*, de la *léthargie*, de la *catalepsie*, etc. Mais les travaux de M. Charcot ont jeté depuis quelques années une si vive lumière sur ces questions qu'elles ont perdu un peu de leur intérêt. Disons toutefois que Maudsley a su donner de la plupart de ces phénomènes une interprétation exacte; il montre que tous ces états s'accompagnent d'une abolition de la conscience normale, qu'ils ont tous pour fondement un tempérament nerveux, d'origine héréditaire et qu'ils laisseront également après eux un legs nerveux. Il rejette complètement l'existence des perceptions qui auraient lieu par

d'autres voies que les organes des sens, et passe en revue les causes les plus susceptibles de faire croire aux prétendues facultés prophétiques des somnambules. Cette première partie se termine par quelques considérations sur le spiritisme, cette nouvelle forme de superstition, dont il n'a pas de peine à démontrer la complète inanité.

Les trois chapitres qui suivent sont consacrés à l'*Étiologie* et à la *Prophylaxie* de la folie ; ainsi que nous l'avons déjà fait entrevoir, c'est la partie la plus importante de l'ouvrage. Maudsley y étudie tour à tour le rôle que jouent dans la production des maladies mentales : l'*hérédité normale et morbide*, les *mariages consanguins*, la *religion*, l'*éducation*, les *conditions de vie, de sexe, d'âge, de profession*, etc. Il examine en outre l'influence de la *civilisation* et du *paupérisme* sur la progression des maladies mentales. Il passe ensuite à l'examen des causes directes ou pathologiques de la folie : les *arrêts* ou les *vices de développement* des centres nerveux, les *modifications cliniques ou physiques* de la circulation cérébrale, les *maladies* qui retentissent *par voie réflexe* sur les centres nerveux, et enfin les *blessures* et les *affections du cerveau* y compris certaines névroses telles que l'*épilepsie*, l'*hystérie*, la *chorée*, etc. Quant aux prétendues *causes morales* de la folie sans nier leur influence, l'auteur anglais pense qu'ils agissent de la même manière que les causes physiques et qu'elles ne doivent par conséquent pas en être séparées.

On voit par cette simple énumération quelle est l'importance des questions qui sont traitées dans cette partie de l'ouvrage, il nous est malheureusement impossible d'entrer ici dans les développements qu'elles comportent, et nous nous bornerons à en reproduire la conclusion générale. On aurait tort, dit Maudsley, de s'apitoyer sur le sort des fous, ce sont des faibles, des êtres incapables de s'adapter au milieu social et physique, soit héréditairement, soit pour toute autre cause, ils sont destinés à disparaître et les forts ne doivent pas user leurs forces à soutenir leurs infirmités privant ainsi le monde des avantages — auxquels il a droit — de la mise en œuvre de leur puissance supérieure, et il ajoute. « Bien qu'il soit affligeant de voir une personne tomber et se couper le cou, ce serait peut-être une chose plus affligeante encore si la loi de la gravitation était suspendue pour un moment dans le but de sauver le cou de cette personne et si l'univers allait à sa perte ». C'est en somme, comme on le voit, l'application aux aliénés de la célèbre formule anglaise « *struggle for life.* »

Après avoir ainsi montré la place que doit occuper la folie dans l'organisme social, Maudsley aborde l'étude de sa *symptomatologie*. Il met pour cette exposition la classification suivante qui est à peu près la reproduction de celle d'Esquirol :

FOLIE AFFECTIVE OU FOLIE SANS DÉLIRE	}	a. Instinctive		
		b. Morale		
	}	Mélancolie	}	
				aiguë
			chronique	
FOLIE INTELLECTUELLE		Manie	}	aiguë
				chronique
	Monomanie	}	aiguë	
	Démence		chronique	
	Imbécillité			
AMENTIA	Idiotie		Morale et intellectuelle	

On pourrait supposer d'après cette classification, que Maudsley émet l'existence des monomanies telles que les comprenait Esquirol, il n'en est rien : avec Falret, Magnan et beaucoup d'autres auteurs, il soutient que les délires partiels ne sauraient exister isolément et qu'ils sont toujours accompagnés d'un désordre général des facultés.

Les affections mentales qui ne rentrent pas dans la classification purement symptomatologique de Maudsley et qui peuvent emprunter tour à tour le masque de la mélancolie, de la manie ou de la démence sont décrites séparément sous le nom de « *groupes cliniques* ». L'auteur les divise en deux catégories : la première comprend celles qui se lient au développement physique, telles que : la *paralysie générale*, la *folie de la puberté*, de la *masturbation*, de la *ménopause*, la *folie hystérique*, *épileptique*, la *folie puerpérale*, *sénile*, etc.

Le second groupe, dont le cercle pourrait être parfaitement élargi, comprend : la *folie des phthisiques*, c'est-à-dire les cas dans lesquels les désordres mentaux et la phthisie apparaissent simultanément ; la *folie syphilitique*, en rapport avec des lésions cérébrales de même nature, et enfin la *folie alcoolique*, qui aurait gagné à être traitée d'une façon moins écourtée.

La symptomatologie de la *folie chez l'enfant* est ensuite l'objet d'une description spéciale : Immédiatement après la naissance, on sait que les *convulsions* représentent d'abord presque seules l'altération des jonctions des centres nerveux ; plus tard, en raison de la connexion intime qui existe entre les centres moteurs et les autres sensoriels, on observe des manifestations sensorielles mélangées aux troubles moteurs.

Cette *folie sensorielle*, suivant le caractère des réactions motrices qui l'accompagnent, doit être distinguée en *folie épileptoïde*, *folie sensorielle cataleptoïde*, et *folie sensorielle choréïque*.

L'auteur décrit ensuite les troubles *affectifs* ou *moraux*, habituellement d'origine héréditaire, et le plus souvent liés à un certain degré d'imbécillité que l'on observe si fréquemment chez les enfants.

Les deux derniers chapitres sont relatifs à l'anatomie pathologique et au traitement de la folie.

On sait combien il est fréquent de ne pas trouver de lésions à l'autopsie d'un aliéné ; d'autre part, lorsque ces lésions existent, il est presque toujours impossible de saisir le lien qui les unit aux symptômes observés pendant la vie. Néanmoins, personne ne doute plus que les maladies mentales ne soient le résultat d'une lésion primitive des éléments nerveux, lésion probablement moléculaire qui nous échappera tant que nous ne connaissons pas la constitution normale des molécules nerveuses. Après cette profession de foi, Maudsley décrit les lésions *macroscopiques* et *microscopiques* des *méninges*, des *vaisseaux* et de la *substance cérébrale*, qui ont été le plus souvent signalées dans la paralysie générale, la manie, la mélancolie, l'idiotie, etc., ainsi que les altérations de l'appareil circulatoire ou pulmonaire auxquelles succombent fréquemment les aliénés.

Au sujet du *traitement*, l'auteur rappelle que c'est à la doctrine chrétienne de la possession par le diable que doit surtout remonter la responsabilité des cruautés que l'on faisait autrefois subir aux pauvres fous ; il rend justice à la réforme bienfaisante de Pinel, introduite en Angleterre par Conolly, l'apôtre du « *no-restraint* », et passe en revue les principales conditions afférentes au traitement des aliénés. Il reconnaît la nécessité de leur placement dans les asiles publics ou privés, et réfute les accusations injustes dont ceux-ci ont été l'objet aussi bien en Angleterre qu'en France. Il examine ensuite les avantages et les inconvénients de la saignée générale ou locale, des pratiques d'hydrothérapie, etc.

Quant au traitement pharmaceutique, on sait dans quelles limites il est confiné.

Maudsley étudie les principaux médicaments qui ont rendu quelques services dans le traitement de la folie : les bromures, la digitale, la jusquiame, l'hyoscyamine, etc. ; mais il combat l'usage, au moins journalier, des véritables sédatifs du système nerveux : le chloral et l'opium. Il compare leur action à une espèce de coercition chimique qui s'exercerait sur les éléments nerveux et qui doit être prescrite au même titre que la coercition physique et corporelle.

Tel est ce livre dont cette courte analyse ne saurait donner qu'une faible idée : c'est, en somme, en véritable traité d'aliénation mentale qui n'est pas moins remarquable au point de vue philosophique qu'au point de vue purement chimique.

Remercions donc M. Germond qui, par le soin apporté à sa traduction, a rendu un véritable service au public médical français.

DENY.

IV. *Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten*; par Adolf STRUEPPELL. T. II, 1^{re} partie, 2^e édition. (Leipzig, in-8°, 1885. F.-C.-W. Vogel, éditeur).

La première partie du second volume du traité de pathologie interne du professeur de clinique de Leipzig renferme les *maladies du système nerveux*. Voilà pourquoi son analyse doit prendre place ici. L'auteur du reste est bien connu du public médical français. Ses recherches sur la pathologie nerveuse ont été, de notre part, l'objet de nombreuses notes dans les *Archives de Neurologie*; qu'on se reporte par exemple au t. VIII de cette publication (p. 329, 232-82).

M. Struempell a réussi à faire tenir, en moins de 500 pages, toute la neuropathologie, sans cesser d'être clair. Son but a manifestement été de dresser le catalogue complet de nos connaissances dans cette branche de la médecine; il a donc éliminé les discussions relatives aux questions non encore résolues. Sous le mérite de cette observation, le livre qui nous occupe est fort recommandable. Il débute par les maladies des nerfs périphériques, sensitifs ou moteurs; après des considérations générales d'ordre séméiologique, il passe en revue la symptomatologie de ces deux genres de conducteurs, non pas simplement en nosographe, mais en anatomo-pathologiste et en clinicien expérimenté. C'est ainsi notamment que les paralysies toxiques, la crampe des écrivains, la névrite simple et dégénératrice, la névrite alcoolique, nous ont particulièrement frappé. Le même plan, empreint du même discernement, a présidé à la rédaction des pages consacrées aux névroses vaso-motrices et trophiques.

Les maladies de la moelle sont aussi judicieusement traitées. M. Struempell en exclut à juste titre la méningite cérébro-spinale épidémique, qui rentre dans le cadre des maladies infectieuses, et renvoie, en ce qui concerne les méningites spinales symptomatiques aux affections dont elles relèvent. La pachyméningite cervicale hypertrophique, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie spasmodique, la poliomyélite, etc., font briller au premier rang les Charcot, Vulpien, Duchenne, Aran, Prévost, Joffroy. Un chapitre intéressant est consacré à l'ataxie locomotrice héréditaire (maladie de Friedreich). Enfin, l'étude des lésions hémilatérales de la moelle (paralysie spinale de Brown-Séquard) sera, croyons-nous, fort goûtée, grâce aux schémas qu'on y rencontre.

De récents mémoires ont rajeuni la pathologie de la moelle allongée; aussi l'exposé des formes rares de la paralysie bulbaire chronique et de l'ophtalmoplégie progressive, et le parallèle établi entre cette affection et l'atrophie musculaire progressive, ainsi qu'avec la sclérose latérale amyotrophique, constituent-ils

un élément doctrinaire qui enlève aux tableaux morbides leur ingrate sécheresse. Les maladies du cerveau bénéficient, elles aussi, de cet avantage, grâce à la théorie des localisations cérébrales aujourd'hui familière à chacun de nous (Charcot et l'école de la Salpêtrière). La syphilis cérébrale mérite encore un chapitre spécial depuis qu'Heubner, reprenant les études des auteurs français et étrangers, a élargi, par l'anatomie pathologique, le domaine de nos connaissances sur ce point.

Les maladies à substratum anatomique une fois décrites, nous nous trouvons en présence des névroses. M. Struempell en distingue dix : 1° L'épilepsie avec son appendice naturel des convulsions de l'enfance; 2° la danse de saint Guy ou petite chorée; 3° la paralysie agitante; 4° l'athétose; 5° la tétanie; 6 le tétanos; 7° la myotonie congénitale ou maladie de Thomsen; 8° la catalepsie; 9° l'hystérie; 10° la neurasthénie. C'est un plaisir de voir revenir à chaque pas les noms de nos maîtres; outre que M. Struempell est impartial, il possède à fonds l'ensemble des matériaux dont sont issues les notions aujourd'hui si bien établies dans la pathologie nerveuse. Les indications diagnostiques très soignées trouvent leur corollaire dans les indications thérapeutiques et dans les méthodes de traitement usitées ou utiles. Le style, très accessible, saisit par sa lucidité et sa sobre précision; la bonne disposition et la variété des caractères d'imprimerie forcent l'attention en même temps qu'elles facilitent singulièrement l'intelligence du texte et la recherche. De bonnes figures rehaussent l'éclat de la description. P. K.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La physionomie et l'expression des sentiments; par P. MANTEGOZIA. (*Bibliothèque scientifique internationale*, 1885).

Case of hysterical hemianesthesia, convulsions and motor paralysis; par WALTON. (*Boston med. and surg. journ.*, 1884).

A contribution to the study of hysteria bearing on the question of oophorectomy; par WALTON. (*Journ. of nerv. and ment. disease*).

Crural symptoms occurring in hysteria and the hysterical element in crural disease; par BLOKE et WALTON, 1884.

Contributo alla dottrina della temperatura cefalica; par BIANCHI, MONTEFUSCO et BIFULCO. (*La Psichiatria*). Napoli, 1885.

Le andature (Cammino); par BIANCHI. (*Giorn. intern. d. sc. mediche*). Napoli, 1885.

Sulla emicorea sintomatica; par BIANCHI. (*Medicina contemporanea*, 1885).

VARIA

RAPPORT SUR LES PROGRÈS DE L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS EFFECTUÉS EN ALLEMAGNE AU MOYEN DES ASILES PENDANT CES DERNIÈRES ANNÉES; par LÉHR.

Ce travail a pour but de soumettre au public le développement qu'a pris chacun des asiles d'aliénés allemands, et de montrer que les progrès de tout établissement sont en rapport intime avec ceux de la psychiatrie dans le pays correspondant. Les matériaux ont été empruntés aux rapports de la Société pour échange de documents de cette sorte entre les asiles, ainsi qu'aux renseignements fournis avec la plus grande complaisance par les collègues¹.

Prusse, BRANDEBOURG. — A..., ville de *Berlin*. La *Charité* est resté l'asile de traitement de la ville; cet hôpital sert en même temps d'établissement clinique. La ville a fait construire un nouvel asile à *Dalldorf* pour essayer de satisfaire aux exigences d'un asile d'hospitalisation opportun. En même temps, elle passait un contrat avec la *Charité*, en vertu duquel cet hôpital servirait de bureau d'admission pour *Dalldorf*. La *Charité* évacue donc à *Dalldorf* les malades réputés incurables par les médecins de cet hôpital; on les y expédie par voitures, une fois par semaine. Aussi la clinique a-t-elle à sa disposition une riche collection de malades. L'année dernière, elle a reçu 1,036 aliénés, alors qu'elle ne possède que 140 places. On projette d'annexer aux ressauts de la façade, sous forme de prolongements postérieurs, un quartier d'isolement pour chaque sexe. Depuis la fin de 1884, époque à laquelle on a ouvert à *Dalldorf* un *établissement d'idiots* (création nouvelle) pour 100 enfants, on n'a procédé à aucune modification architecturale importante dans cet asile; en 1882, on a dû construire une porterie à l'entrée du terrain, afin d'en interdire l'accès aux profanes; on a dû aussi pourvoir certaines sections d'isolement de transformations destinées à empêcher autant que

¹ Ce rapport, dont nous exprimons le suc, a été lu par son auteur au Congrès annuel de la Société des médecins aliénistes allemands, à Leipzig, en septembre 1884. Nous en publions l'analyse détaillée à part, pour décharger d'autant l'analyse du congrès en question, et nous moins restreindre,
P. K.

possible les évasions des criminels aliénés proportionnellement nombreux.

STATISTIQUE RÉSUMÉE DE BERLIN

	DÉBUT DE 1881.	FIN MARS 1883.	FIN MARS 1884.
Aliénés entretenus au compte des communes. } Présents.	1240	1637 { H. 812 F. 825	1799
Total général des admissions	2404		

A DALLDORF. DANS ONZE ASILES PRIVÉS.

Présence actuelle :	1165 { H. 567 F. 589	634 { H. 314 F. 320
TOTAL.	1799.	

De 1883-1884, il y a eu un accroissement de plus de 140 malades.

On n'a encore pu réussir à transformer en succursales les divers châteaux du voisinage de Berlin dont les propriétés ont été achetées pour canaliser la ville : on donnerait ainsi du même coup une plus grande extension aux occupations agricoles.

B. *Province de Brandebourg proprement dite.* — Le recensement du 1^{er} décembre 1880 lui assigne une population de 2,266,000 âmes, dont 5,685 aliénés, soit : 1 : 398. Comparé au recensement de 1871, il fournit un accroissement de population de 11 p. 100 et d'aliénés de 39 p. 100. Les trois établissements d'Eberswalde, de Sorau, de Wittstock contiennent respectivement 800, 400, 240 aliénés, soit un total de 1,440. Il regorgent tous les trois¹. D'où la nécessité d'envoyer à Charlottenbourg 12 malades et à Pankow jusqu'à 50 aliénés moyennant une redevance quotidienne de 2 marks (2 fr. 50). Il faut aussi remarquer que les femmes maniaques, exclues de Sorau, incombent à Eberswalde. C'est d'ailleurs en vain que l'on agrandira certains services de Sorau, qu'on y complètera les constructions nouvelles, qu'on agira de même à Eberswalde, on n'obtiendra ainsi que 70 à 80 places; on n'assurera donc le service que pour un temps, car on a augmenté le nombre des gardiens, on a élargi les constructions du service économique, enfin on a au premier bâtiment des femmes ajouté deux nouveaux étages. Il est par conséquent indispensable de construire un quatrième établissement² qui sera destiné à des malades incurables

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. IX, p. 119.

² *Id.*, t. IX, p. 120.

et dégagera les autres asiles, notamment Wittstock. En adoptant la proportion d'aliénés de 1 : 4,000 habitants, il faudrait que le nouvel asile contint 600 malades; il comprendrait le traitement et l'entretien des incurables dangereux et perturbateurs. On y joindrait une exploitation agricole étendue. Pas de pensionnaires. Aujourd'hui Eberswalde dessert un cercle de 1,200,000 habitants, Sorau 700,000; l'asile projeté, d'une superficie de 400 hectares, desservirait 400,000 habitants.

PROVINCE DE SAXE. — *Asile de Nietleben*, près Halle. Le directeur actuel a, dans l'été de 1879, obtenu, du comité de l'assemblée provinciale une somme de 46,500 marks (20,625 francs) pour construire un baraquement destiné aux affections intercurrentes du quartier des femmes, dont l'état hygiénique était défectueux; dans sa cinquième session, il a voté 272,000 marks (340,000 francs), dans la sixième 197,000 marks (246,450 francs); enfin la direction régionale a ajouté 42,580 marks (15,725 francs) pour frais de crépi, etc. Une grande partie de ces ressources a été employée à améliorer l'état sanitaire; on a assuré l'épuration du sous-sol, le désencombrement des quartiers, l'évacuation des vidanges et leur absorption par le sol, la ventilation, les services d'infirmerie et leur isolement, l'accès de l'air et de la lumière, le déversement par les égouts, l'arrivée d'eau en quantité et en qualité au point de vue des besoins journaliers et des incendies, la reconstruction des cuisines et de la buanderie, le chauffage à la vapeur (système Sulzer). Pour préparer ces travaux, il fallut faire éclater le porphyre dont se compose le sol. L'établissement a été agrandi de 30 hectares, dans lesquels il faut compter la culture agricole et horticole; 266 ares 39 centiares sont consacrés à des jardins potagers par irrigation; dans ce but, on a construit une remise pour outils. On a ainsi fait disparaître la dysenterie infectieuse, et l'on a réduit la proportion des affections somatiques.

Le *Domaine d'Altscherbitz* comprend un territoire de 290 hectares. Acheté en 1876 pour qu'on y construisit un second asile, il a coûté 975,000 ares (1,248,750 fr.); on y commença aussitôt les travaux. Aujourd'hui 500 malades y trouvent place. Le tiers des aliénés occupe un établissement central dans le genre des autres asiles; les autres, retrouvant les conditions d'une existence libre, qui correspond à peu près à leurs anciennes habitudes, sont placés dans une série de maisons d'habitation acquises avec le domaine ou plus tard, et situées soit dans le territoire domanial, soit dans le village, soit enfin dans des maisons de campagne semblables à des villas, nouvellement construites à quelque distance de l'établissement central, tout près du domaine et du village. Une chaussée coupe le terrain: d'un côté on trouve l'asile central; de l'autre, est la ferme avec les bâtiments économiques et les locaux exté-

rieurs des colons. L'asile central se compose de pavillons séparés : — bâtiments d'administration — salle d'autopsie — pavillon d'admission pour chaque sexe — quartier d'observation pour les malades en traitement — section de détention pour agités, mal-propres, évadeurs — lazareth pour les affections intercurrentes. Seuls, les jardins du pavillon de détention sont entourés de murs; seules les fenêtres des chambres d'isolement sont grillées; les fenêtres des pavillons de détention et d'admission sont munies d'une simple serrure à broche; quant aux autres bâtiments, il n'y a que dans les dortoirs des étages supérieurs qu'elles se peuvent fermer. C'est dans le domaine lui-même qu'existent l'habitation du directeur, les bâtiments économiques et un local pour les malades occupés à la laiterie et à l'étable. Tout près, sur un rang, se voient cuisine, buanderie avec magasins ainsi que les villas destinées aux femmes. De l'autre côté, est le village avec les constructions qui appartiennent à l'établissement; tout contre sont les villas des hommes. Dans le parc, il y a une salle de réunion en construction, qui doit servir en même temps au culte. Altscherbitz renferme maintenant 230 hommes et 170 femmes. En 1882, on a élevé deux villas pour 25 ou 28 malades. En 1883, on a élevé une troisième villa avec deux pavillons d'admission. Les cuisines ont été agrandies de même que la buanderie afin qu'elles puissent desservir un *second asile*. On a, dans le même dessein, acheté une maison du village. En effet le terrain de l'établissement sert d'assiette à un second asile construit à l'aide de contributions destinées à une *fondation* en l'honneur des noces d'or de l'empereur. Cette fondation a pour but l'assistance d'aliénés infirmes non dangereux. Pourvu de son personnel supérieur et inférieur et de ses fonctionnaires, elle se compose d'un petit bâtiment d'administration, de deux pavillons pour 60 hommes et 60 femmes; mais elle est soumise à l'autorité du directeur de l'asile.

Les parents des malades ou des fonctionnaires de leurs pays peuvent choisir pour eux l'asile qui leur convient. Ils adressent une demande au directeur de l'asile envisagé, lequel, lorsqu'il a de la place, est obligé à la réception. On n'exclut d'Altscherbitz que les criminels aliénés. Du reste, Nietleben et Altscherbitz ne suffisent pas. On a dû acheter tout récemment deux asiles privés. C'est ainsi que depuis octobre 1883 on possède celui de *Gardelengen* (de M. Schultze), on y a évacué 20 hommes et 20 femmes de Nietleben et d'Altscherbitz. On s'est également rendu acquéreur de l'asile de *Liedenburg* (de M. Fontheim); on y a évacué 45 femmes de Nietleben, on y enverra encore 55 malades de Nietleben et d'Altscherbitz.

PROVINCE DE SILÉSIE. — *Breslau*. Après bien des peines dépensées depuis longues années, nous voyons enfin s'approcher le but.

Les plans de construction d'un asile d'aliénés de la ville sont exécutés. Le quartier d'aliénés de l'hôpital général contenait 167 places ; en 1883, 855 malades y étaient entretenus. Ce même quartier sert en même temps à l'enseignement clinique.

Leubus. Pas de modifications architecturales importantes. Le quartier des pensionnaires, qui occupe une grande partie, la plus belle partie du magnifique édifice, et qui revendique une certaine indépendance administrative (démêlés dans les derniers temps) n'a pas subi de changements.

Bunzlau. Le nombre des malades s'est élevé à 600. En 1882, on a construit de nouveaux ateliers, Aujourd'hui 45 hectares sont en culture à la bêche ; 9 hectares en culture forestière. En 1883, on a transformé les bâtiments des agités, des épileptiques, des infirmes ; on a maintenant 12 chambres capables de recevoir plus de 60 malades.

Brieg. Jusqu'en 1880, on y comptait 175 aliénés. En 1880, on transporte les bureaux, les habitations du directeur et des fonctionnaires supérieurs dans un édifice limitrophe du territoire de l'établissement acheté par l'administration provinciale. Les constructions laissées libres par ce déplacement sont adaptées à la réception de 50 malades, de sorte qu'en 1883, le nombre des places monte à 223. En 1882, l'assemblée approuve le projet de nouvelles constructions de Rybnick ; elle décide en même temps que les édifices existants serviront exclusivement pour les femmes. On arrivera à loger 400 hommes en élevant dans le jardin deux nouveaux édifices, soit un lazareth avec section d'agités, ainsi qu'un logis pour 45 malades avec chapelle et habitation du gardien chef (en tout 70 places) — et en adaptant à l'usage de 30 aliénés, une métairie louée pour 12 ans dans le village adjacent de Briegischdorf — enfin on édifiera une nouvelle cuisine pour tout l'établissement. Celle-ci est en train depuis un an ; les deux constructions neuves seront livrées en automne ; on a depuis janvier 1883 pris possession de la colonie de Briegischdorf. Les 30 hommes qu'on y a placés laissent 30 places de libres dans l'établissement principal. La dernière session de l'assemblée provinciale a conclu à l'extension de cette colonie qui comprendra 25 malades de plus. A ce moment l'asile entier contiendra 360 aliénés : 135 hommes, 225 femmes. Ces améliorations permettront de séparer complètement les sexes. Maintenant, en partant du bâtiment des fonctionnaires, on aborde le grand jardin de l'établissement qui n'a que peu perdu à la construction du service des hommes ; on a devant soi, au milieu, la cuisine et la buanderie, à gauche l'ancien asile (section des femmes de l'avenir), à droite le nouveau quartier des hommes. La colonie réalisera un mode d'assistance en liberté par l'agriculture, 2,706 ares 45 sont cultivés. — *Kreutzburg et Plagwitz* n'ont

été l'objet d'aucune modification pendant ces trois dernières années.

Malgré l'agrandissement des asiles de Brieg et Bunzlau l'entrée des malades qui attendent devra être retardée d'un an et demi pour les hommes, d'un an pour les femmes. Le projet de nouvelles constructions de Rybnick pour la *Silésie supérieure* est assez avancée pour qu'on puisse espérer entrer en possession de l'établissement dans deux ans.

PROVINCE DE WESTPHALIE. — *Hospice de Marienthal près Münster*. De 1880-81, on a commencé à annexer aux locaux économiques, une petite colonie destinée à 15 malades; prise de possession en mai 1881. En 1882, on a prolongé les conduites d'eau de la ville jusqu'à l'établissement; un des bons effets a été le rinçage permanent de quelques waterclosets. Le 2 mai 1884, l'assemblée provinciale applique à Marienthal les mêmes conditions d'admission que celles en usage dans les asiles de Marsberg et de Lengerich, mais pour le moment on recevra à Marienthal des malades des deux cultes chrétiens.

Asile de Lengerich. Construction de waterclosets avec irrigation des prairies. — *Asile de Marsberg*. Pas de modifications. — Construction de l'*asile-hospice d'Eickelborn*, près Benninghausen depuis 1883. Il contient provisoirement 200 à 250 lits. Il sera jusqu'à nouvel ordre administré par la direction de l'assistance publique de la province.

La province de Westphalie possède donc actuellement trois asiles de traitement et d'hospitalisation avec un asile d'entretien d'aliénés. Elle peut assister la moitié de ces malades: le dernier recensement en a décélé 2,500. Elle a essayé par deux nouvelles institutions d'assurer les besoins de deux catégories spéciales.

Asile d'idiots de Marsberg. Etabli en 1881, il compte 60 à 70 enfants. Une nouvelle construction, qui date de cet été, porte le nombre des places à 120-130. Fondé par la *Johannes-Verein*, il vit au moyen des contributions des membres de cette société, augmentées de collectes et de secours de la province.

Asile d'épileptiques de Tilbeck près Münster. Il est destiné aux jeunes épileptiques capables d'éducation; ses ressources sont empruntées à l'assistance privée avec addition des contributions provinciales. — Une caisse de retraites a été fondée en Westphalie pour venir en aide aux veuves et aux orphelins des fonctionnaires de l'État.

P. KÉRAVAL.

FAITS DIVERS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — *Programme des prix et récompenses à décerner en 1886.* Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 5 mai 1885, a décidé : 1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société. La Société ne met au concours aucune question spéciale pour l'année 1886, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur la question suivante : Etudier sur un point déterminé du territoire français (commune, canton ou département), l'influence de la loi du 17 juillet 1880, d'un côté sur le nombre des débits de boissons et de l'autre sur le chiffre des condamnations pour ivresse publique, des morts accidentelles déterminées par les excès de boisson, des folies et des suicides de cause alcoolique. Une somme de 4,000 fr. sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 4^{er} janvier 1886. Pour l'année 1887, la Société met au concours la question suivante : le *Livre des mères*; manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie. Montant du prix : 4,000 fr. Le concours pour ce prix spécial ne sera clos que le 31 décembre 1886.

ALTHAUS (J.). — *On sclerosis of the spinal cord: including locomotor ataxy, spastic, spinal paralysis, and other system-diseases of the spinal cord: Their pathology, symptoms, diagnosis and treatment.* Volume in-8° de 394 pages avec 9 figures. London, 1885. Longmans et Co.

FOVILLE. — *La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse*, rapport de missions remplies en 1881 et en 1883. — Paris, 1885. Librairie J.-B. Baillière.

MARIE-GIROD. — *Les aliénés en Savoie.* Volume in-8° de 215 pages. Chambéry, 1884. — Imprimerie Chatelain.

MOREAU (de Tours). — *Fous et bouffons*, étude physiologique, psychologique et historique. Volume in-18° de 275 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, 1885. — Librairie J.-B. Baillière.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE

SUR LA TENSION DES MUSCLES COMME SUBSTRATUM DE L'ATTENTION;

Par le professeur SIKORSKI.

Fechner a démontré le premier, que l'acte de l'attention est accompagné d'une sensation de tension qui ne saurait être décrite, mais qui peut être clairement définie par voie subjective (*bestimmtes nicht zu beschreibendes Gefühl*¹). Selon Wundt, il est hors de doute que cette sensation de tension est une innervation conçue et qu'elle est, en effet, accompagnée d'une tension des muscles². Mais, encore avant Wundt, Herbert Spencer a répondu d'une manière précise à la même question. Il compare la pensée à un certain mouvement défini, il la considère comme la manifestation la plus faible ou, pour ainsi dire, l'état naissant des

¹ Fechner. — *Elemente der psychophysik*, t. II, p. 475.

² Wundt. — *Grundzuge der physiologischen psychologie*, Leipzig, 1874, p. 722.

mêmes processus nerveux qui ont lieu pendant l'exécution du mouvement¹. Les expériences psychométriques, bien connues, pour déterminer *le temps physiologique* (temps de réaction d'Exner), faites par Helmholtz, Donders, Wundt et d'autres, ont prouvé que la personne en expérience peut préparer d'avance l'impulsion au mouvement qu'il lui faudra faire, et que, grâce à cela, *le temps de réaction* se raccourcit précisément du même laps de temps qu'il faut pour *le temps de volonté* d'Exner. En d'autres termes : *l'acte de volonté* et la tension des muscles qui en résulte se préparent d'avance, précèdent le moment de l'impression signalé. Tous les faits mentionnés nous ont autorisé à conclure que la pensée à une action quelconque est infailliblement accompagnée de la tension préparatoire des mêmes muscles qui doivent se contracter pendant l'exécution du mouvement même. Il a paru vraisemblable que cette tension pourrait être soumise à une recherche objective. C'est l'idée qui m'est venue, quand j'ai assisté à des expériences connues sous le nom de *la lecture des pensées*, expériences qui, dans ces derniers temps, ont vivement préoccupé à Saint-Petersbourg les hommes de science ainsi que la partie du public qui s'intéresse aux questions scientifiques. J'ai résolu de vérifier mes suppositions par l'observation. Les résultats que j'ai obtenus ne sont pas sans intérêt pour la psychologie physiologique. Une partie de mes expériences a été faite sur une femme-médecin, lecteur parfait des pensées.

Comme on le sait, l'expérience de la lecture des

¹ Herbert Spencer. — *Principes de psychologie*, t. III, chap. vi (sur la mémoire).

pensées a lieu dans les conditions suivantes : pendant l'absence de la personne désignée pour servir de lecteur, une ou plusieurs personnes conviennent d'une simple opération mécanique à faire (par exemple : s'approcher de la fenêtre, prendre un objet quelconque, etc.), ensuite on appelle le lecteur; la personne qui a décidé ce qu'il doit faire, le touche de ses mains; ils se mettent à marcher ensemble dans la chambre, après quoi le lecteur devine ordinairement l'opération convenue et l'exécute. Le plus souvent, deux personnes prennent part à l'expérience : celui qui a choisi l'opération à exécuter reste les yeux ouverts, le lecteur a les yeux bandés; c'est ainsi que ces deux personnes, le *suggesteur* et le *lecteur* font un couple, et le succès dépend de leur action réciproque. Les problèmes ordinaires ou, pour mieux dire, les seuls problèmes qui sont absolument solubles consistent en ce qui suit :

1) On cache un objet quelconque ou l'on enfonce quelque part une épingle; et le lecteur doit trouver la chose cachée;

2) On choisit une personne parmi les assistants, et le lecteur doit s'approcher de cette personne;

3) On choisit un certain objet, et il faut s'approcher de l'endroit où l'objet se trouve (le reste se comprend);

4) Il faut deviner le chiffre, le mot, la figure dont il a été convenu;

5) Il faut deviner un air musical convenu.

Les problèmes 1, 2 et 3 sont au fond identiques et consistent à deviner la direction dans laquelle il faut marcher, et l'endroit où se trouve l'objet convenu.

Par conséquent, il s'agit, dans le cas donné, proprement dit, non pas de deviner la personne ou l'objet choisi, mais seulement l'endroit où il se trouve. Pour deviner un air musical convenu, il faut dessiner la place que chacune des notes occupe sur le clavier du piano.

Au premier moment 4 et 5 paraissent d'une difficulté inconcevable, mais les conditions dont ne saurait se passer aucun lecteur, — fût-il même d'une expérience aussi incontestable que celle de Bishop — les rendent bien plus faciles. Ces conditions sont :

1) L'air doit être choisi parmi des airs familiers au lecteur ;

2) Le suggesteur doit savoir jouer de l'instrument sur lequel l'air choisi s'exécute.

Bishop lui-même m'a parlé encore d'une autre condition facilitant le succès, c'est qu'il ne devine ordinairement que les trois premières notes, et, d'après elles, il en conclut à l'air entier. Par conséquent, il s'agit ici de reconnaître le tout au moyen des parties, comme, par exemple, on devine le nom de *Pierre* d'après les deux premières lettres *pi*, si l'on sait d'avance qu'il s'agit d'un nom propre. L'expérience consistant à deviner un mot, une rangée de chiffres, une figure convenus et aussi bien dans des conditions qui la facilitent singulièrement, nommément : a) Le lecteur ne peut que les écrire, de même que la note convenue ne peut qu'être touchée sur l'instrument, mais ne saurait être ni définie, ni nommée sans l'aide de l'instrument, etc.; b) Le mot ou la rangée de mots et de chiffres ne doivent pas être longs ; il ne peut pas être question de deviner une ligne entière.

Pour éclaircir la question qui nous intéresse, il faut définir et déterminer psychologiquement, comme je l'ai fait dans mes expériences, les sphères dans lesquelles la lecture des pensées est possible, et celles qui présentent de grandes difficultés ou ne se prêtent pas du tout à cette opération. Il se trouve qu'on ne peut lire facilement que les pensées qui supposent un mouvement. Cependant la sphère de l'accessible, même prise dans ces limites-ci, se rétrécit encore considérablement. Les exemples sus-nommés prouvent qu'on ne peut deviner la chose convenue qu'à deux conditions, savoir: 1° quand le déplacement d'un corps dans l'espace fait part du contenu du problème (mouvements de locomotion); 2° quand des mouvements de main font partie du contenu du problème. *Sans mouvement point de lecture des pensées.*

Les faits allégués expliquent beaucoup. Il est évident que le lecteur, dans une partie de ces expériences se laisse guider par le mouvement du corps du suggesteur, et dans les autres, par les mouvements de sa main, auxquels le corps prend toujours une certaine part.

Les vues générales que je viens d'énoncer peuvent être expliquées par des exemples, à la description desquels nous allons passer. Supposons que le problème donné consiste à s'approcher de la fenêtre qui se trouve en avant et à gauche du couple faisant l'expérience. La nature du problème exige que les impulsions locomotrices (préparées pour le déplacement vers l'endroit indiqué) entrent dans la composition de l'acte d'attention du suggesteur. Supposons que le lecteur, ne connaissant pas le but, fasse un

premier mouvement à droite, c'est-à-dire dans la direction contraire du but, — alors il doit à l'instant même se heurter contre un système de tensions locomotrices préparées de la part du suggesteur, et s'il ne tourne pas de suite, il doit peu à peu dévier de la route prise d'abord, parce que, à chaque nouveau mouvement faux, il rencontre ces tensions qui le font, finalement, entrer dans le courant des mouvements du suggesteur. Chaque mouvement du lecteur dégagera de la part du suggesteur des impulsions préparées d'avance — dans l'exemple donné — des impulsions aux mouvements vers la fenêtre, et ces impulsions seront perçues avec avidité par le toucher du lecteur aux yeux bandés. Par conséquent, le fond de l'action réciproque que nous décrivons consiste en ce que le suggesteur se trouve continuellement dans un certain état d'équilibre musculaire, prêt à tout moment à passer à un mouvement déterminé, et que le lecteur, par ses mouvements, le fait sans cesse sortir de cet équilibre, par quoi il obtient les conditions nécessaires pour découvrir les mouvements préparés du suggesteur, — ce qui se passe d'une manière inconsciente pour la plupart. Si le lecteur a trouvé par hasard la direction juste, sa locomotion coïncidera avec celle du suggesteur, comme c'est le cas avec un couple de danseurs, et il n'y aura point de pression exercée par l'un sur l'autre. En cas de désaccord des mouvements, le lecteur se heurte contre le mouvement préparé du suggesteur qui devient *obstacle*. Comme je viens de le dire, la masse non interrompue de ces obstacles fait entrer peu à peu le lecteur dans le courant des mouvements intentionnés du suggesteur. Votre sensation subjek-

tive, si vous jouez le rôle de lecteur, ne manquera pas de vous en convaincre. Le sentiment du lecteur, guidé par le suggesteur, entre bientôt dans un état de dépendance, vu que l'attention du suggesteur est tendue, sa vue agit et il a un but déterminé; le lecteur se trouve dans le cas contraire; voilà pourquoi sa soumission rapide devient inévitable, d'autant plus que le lecteur se déconcerte bientôt après le commencement des mouvements, perd la conscience de l'endroit où il se trouve et ne peut s'orienter que difficilement. Mais ici se présentent deux questions spéciales, qui sont d'une gravité extrême pour arriver à une solution décisive.

Pourquoi le lecteur ne sent-il pas de choc, mais seulement une certaine tension ou un obstacle insaisissable; et pourquoi, d'un autre côté, le suggesteur est-il convaincu qu'il ne donne aucune indication au lecteur, en général, qu'il ne manifeste pas sa volonté d'une manière active, qu'il ne viole pas le lecteur? En d'autres termes, pourquoi chacun des deux éprouve-t-il le contraire de ce qui est? Ce fait paradoxal se compose de plusieurs moments.

1) Le lecteur ne sent pas de choc, mais une pression continue ou une « *indication de volonté* », parce que la force de contraction musculaire du suggesteur et la résistance que ses muscles opposent à la main du lecteur grandissent parallèlement aux mouvements de la main de ce dernier, — tout de même que la tension de nos muscles est proportionnée à la violence du vent et de ses coups; si la direction de notre marche est contraire à celle de la pression aérienne, nous résistons au vent sans chocs, en marchant d'un pas éga..

2) Le suggesteur ne perçoit pas ses contractions musculaires comme étant actives, comme dépendant de sa volonté, en premier lieu, parce que ses mouvements se manifestent indépendamment de lui, et tout à fait involontairement, sous l'influence des mouvements du lecteur. A proprement parler, le suggesteur ne fait pas de mouvements; il ne fait que remettre ses membres dans le même état d'équilibre, dont les mouvements du lecteur viennent de le faire sortir; c'est pourquoi, en toute conscience, il peut se regarder comme non actif. La conviction subjective du suggesteur concernant sa passivité a, outre cela, une base psychologique indubitable dans le fait, qu'entre l'acte de volonté ayant préparé le mouvement et l'exécution de ce même mouvement se passe un laps de temps indéfini, plus ou moins long, pendant lequel la conscience du suggesteur est préoccupée d'une quantité de perceptions courantes, de manière que la liaison immédiate entre l'acte de volonté et le mouvement s'efface dans l'esprit.

3) Enfin, il résulte des conditions mêmes dans lesquelles l'expérience a lieu (l'attention du lecteur tournée vers le suggesteur) qu'une certaine adaptation réciproque s'établit entre le lecteur et le suggesteur, adaptation semblable à celle qui existe entre l'obstacle que l'eau offre à la rame du rameur et la tension des muscles de ce dernier. C'est la raison pour laquelle le suggesteur et le lecteur se sentent subjectivement libres et indépendants; chacun d'eux juge son rôle au point de vue subjectif, psychique, et non pas au point de vue objectif physiologique.

Dans l'expérience consistant à deviner un nombre,

un mot ou une figure convenus, l'acte de volonté préparé d'avance peut être reconnu avec encore plus de clarté. Deviner une figure convenue est un problème analogue à celui de deviner des lettres et des chiffres. Il s'agit de tracer différentes lignes courbes comme dans les chiffres et les lettres. Une des conditions de l'expérience veut que le lecteur *écrive* ce dont le suggesteur est convenu, évidemment, dans l'esprit du suggesteur doivent naître les contours ou les signes écrits répondant au mot, à la figure ou au chiffre choisis, et son bras droit doit être tout prêt à exécuter le choc locomoteur préparé pour les rendre par écrit. C'est ce qui a été entièrement confirmé par l'observation. Je vais décrire en détail, par quelle voie je suis arrivé à résoudre cette question expérimentalement. J'ai conclu comme suit : si je propose de choisir l'un des deux chiffres 1 ou 7, l'innervation préparée par la personne se manifestera, dans le premier cas, par la tendance de faire un mouvement de bras en avant, tandis que, dans le second cas (c'est-à-dire quand le nombre choisi est 7), le premier mouvement doit être un mouvement d'*abduction* pour tracer la première ligne horizontale. Ayant proposé ce problème à la femme-médecin, mais sans lui communiquer mon plan, je me suis mis à tenter la tension des bras dans différentes directions. En tenant de ma main gauche le bras droit de la personne en expérience (au poignet même), j'essayai à plusieurs reprises de mouvoir le bras dans le sens d'*abduction* et d'*adduction*, et je m'aperçus que le bras exécutait ces mouvements opposés avec la même facilité. Alors j'essayai d'avancer le bras et de le retirer, et je me convainquis à l'instant de

l'existence d'une tension évidente dans cette direction, d'où je conclus l'intention secrète d'écrire 1, et ma conclusion se trouva être juste. Je continuai les expériences avec ces deux chiffres mentionnés et rencontrai bientôt des conditions qui me prouvèrent clairement qu'on avait choisi le chiffre 7, c'est-à-dire que je ressentis une grande raideur du bras en essayant de le déplacer à droite ou à gauche, comme si j'avais affaire avec un membre en état de contracture. Il était évident que le bras s'était préparé à tracer la ligne supérieure du chiffre 7; de l'existence de cette ligne je conclus le reste. Ayant fait plusieurs essais sur plusieurs personnes et même sur des enfants, j'appris à deviner assez bien *les nombres 1 et 7*¹. Après cela, je passai à 0. Je proposai de choisir l'un des trois chiffres 1, 7, 0, et je commençai par essayer si les chiffres choisis n'étaient pas peut-être 7 ou 1, après quoi je fis un mouvement rapide, qui formait la diagonale des deux premiers mouvements d'essai, et alors il devint facile de déterminer dans quelle direction la résistance rencontrée était la plus forte. Si le maximum de résistance se manifestait pendant que je traçais la diagonale, j'en conclus que le chiffre choisi était 0. Le succès justifia mes suppositions. Alors je passai aux lettres N et O. Je devine la première d'après l'existence des indices qui répondent au chiffre *un* et la dernière d'après les indices qui correspondent à *zéro*. J'ai appris à deviner le chiffre 4 en partant du chiffre 1, et

¹ Pour le commencement de ces exercices, je conseillerais de proposer au suggesteur de choisir l'une des deux figures + ou — et, ayant appris à dessiner celles-ci, de passer à d'autres figures régulières, comme par exemple : au cercle, au carré, etc. ; — les lettres et les chiffres sont difficiles pour commencer.

à cette occasion, je me suis convaincu de la difficulté relative de cette opération, vu qu'il était très facile de confondre ces deux chiffres, puisqu'ils commencent par la même ligne; alors j'eus l'idée d'exiger que le suggesteur fixât son attention sur l'intérieur vide d'un carré tracé et qu'il se représentât vivement le chiffre choisi, écrit dans le carré. Il se trouva que, dans des circonstances pareilles (il est connu que Bishop a recours au même expédient), les mouvements du bras devinrent bien plus précis, certainement sous l'influence des mouvements associés du bras et des yeux, qui a lieu dans ces conditions. Bref, le bras travaille, dans ce cas, sous la direction des yeux. Dès que j'eus introduit cette condition, toutes les opérations pour deviner le chiffre convenu se trouvèrent sensiblement facilitées, et il devint possible de distinguer presque infailliblement le chiffre 4 de celui de 1. Dès que le suggesteur fixe ses yeux sur le carré, il offre une plus grande résistance au déplacement du bras, en cas où le chiffre choisi est celui de 4, et la mobilité du bras même devient bien minime, comme s'il craignait de se laisser aller à tracer une ligne qui remplirait le carré de haut en bas. Au moyen de cette mobilité minime, je distingue le chiffre 4 de celui de 1.

Pour m'exercer, je composai des rangées de chiffres dans le genre de ce qui suit : 1704, 7104, 0174, 4170, 4071, 4017, 4710, et je proposai au suggesteur de choisir, selon son goût, l'un ou l'autre de ses nombres et me mis à éprouver le bras. Ces exercices achevèrent d'éclaircir le principe de la lecture des pensées. Voilà comment je m'y prends pour deviner le chiffre 3 : m'étant convaincu de l'existence de la ligne horizon-

tale supérieure, je déplace subitement le bras du suggesteur pour m'assurer de l'existence d'une tension musculaire dans une direction perpendiculaire à la première ligne. Si l'obstacle rencontré se manifeste à un degré moyen, cela indique la ligne plus longue du chiffre 7, tandis qu'une forte résistance du bras qui paraît craindre de se déplacer indique une ligne plus courte, c'est-à-dire répond à la ligne perpendiculaire du chiffre 3. Quant à l'existence de l'autre moitié du chiffre, c'est-à-dire de la ligne courbe qui en forme la partie inférieure, j'y arrive par un simple syllogisme.

Il me paraît inutile de continuer la description de ces opérations. Tout l'exercice m'a pris quelques jours. Il est facile de deviner les lettres en suivant la voie indiquée pour deviner les chiffres. J'ai essayé aussi de deviner une figure voulue; pour arriver à ce but, j'ai dessiné plusieurs figures plus ou moins dissemblables, mais de la même grandeur, — supposons plusieurs profils de visage tournés du même côté, mais se distinguant l'un de l'autre, par exemple : par la forme du nez (nez pointu, gros nez), et j'ai proposé d'en choisir un, que je parvenais à deviner.

Il me reste à parler de l'état psychique des personnes prenant part à l'expérience. La première question qui se présente, c'est de savoir si le lecteur ne se trouve pas dans un de ces états, pendant lesquels la conscience est oppressée et la sensibilité aux impressions extérieures se trouve élevée, comme c'est le cas sous l'hypnose. Les observations que j'ai faites m'amènent à la conclusion contraire. Il y a des personnes, en effet, que ces expériences mettent dans un état d'agi-

tation, surtout lorsqu'elles ont recours à des procédés inutiles, absurdes, par exemple : lorsqu'elles baissent la tête, lorsqu'elles se balancent, etc.; mais, chez la femme-médecin, je constatais un calme complet, comme si elle était à un travail. Je m'occupe aussi de la lecture des pensées sans éprouver la moindre agitation.

J'ai démontré des expériences de lecture des pensées avec un succès complet, dans la séance de la Société des psychiatres à Saint-Petersbourg, le 27 décembre 1884. Les expériences ont été faites sur des membres de cette société.

PATHOLOGIE MENTALE

DE L'ONOMATOMANIE;

Par MM. CHARCOT et MAGNAN.

Par l'expression *Onomatomanie* nous n'entendons pas désigner une espèce pathologique nouvelle, nous désirons simplement attirer l'attention sur un groupe de symptômes dans lequel le mot ou le nom jouent un rôle prépondérant; ces troubles psychiques s'observent habituellement chez des sujets très élevés dans l'échelle des dégénérescences mentales (les simples déséquilibres), et constituent un des syndromes épisodiques de la folie héréditaire.

Pour que la préoccupation du mot surgisse au point de provoquer l'angoisse, que cette préoccupation repose sur une recherche pressante et active du mot, sur une obsession ou une impulsion, il faut nécessairement, nous le verrons, un terrain de choix. Ce syndrome de même que la folie du doute, l'inversion du sens génital, les anomalies sexuelles, la terreur des épingles, la folie des antivivisectionnistes, la dipsomanie, etc., ne peut se développer que chez les seuls prédisposés.

Tous ces états si nombreux, si variés, confondus sous les titres de folie avec conscience, folie raisonnante, manie sans délire, pseudo-monomanie, etc., ne sont que les *stigmates psychiques* de la folie héréditaire. Aussi, ces syndromes épisodiques peuvent-ils être déterminés par les causes les plus insignifiantes : le souvenir d'un simple fait divers peut faire naître la recherche angoissante du nom ; un coup de tonnerre amène, comme chez un malade de M. Blanche, la crainte du phosphore ; la chute sur la table d'un corps métallique suffit à provoquer la terreur des épingles. Mais ce n'est là assurément que la goutte d'eau faisant déborder le vase ; derrière la cause prochaine, souvent banale, se trouve toujours la cause éloignée, la prédisposition ; le sujet était mûr pour l'éclosion de pareils accidents.

Pour bien comprendre le rôle que peut jouer le mot dans les préoccupations des héréditaires, il faut examiner les principales situations qu'il peut créer : 1° la recherche angoissante du nom ou du mot ; — 2° l'obsession du mot qui s'impose et l'impulsion irrésistible à le répéter ; — 3° la signification particulièrement funeste de certains mots prononcés dans le

cours d'une conversation ; — 4° l'influence préservatrice de certains mots ; — 5° le mot devenu pour le patient un véritable corps solide indûment avalé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expuition et le crachement. — Dans tous ces cas, le malade a une entière conscience de son état ; il regrette et déplore, dit-il, ces idées absurdes, mais il n'en reste pas moins l'esclave de ces bizarreries.

Etudions d'abord les faits se rattachant à la recherche angoissante du nom ou du mot.

OBSERVATION I. — *Hérédité morbide ; — dégénérescence mentale, déséquilibre dès l'enfance ; — à dix-huit ans accès mélancolique. — Plus tard, perversions sexuelles. — Recherches angoissantes du mot. — Recherche angoissante du nombre. — Rires et pleurs involontaires analogues aux tics. — Doutes sur l'Infini. — Périodes dépressives irrégulières dans tout le cours de la vie ; tendances au suicide dans les dernières années.*

M. S..., âgé de soixante ans, que nous avons vu avec notre distingué confrère M. le D^r Derlon, est très inégal, très irrégulier de mœurs et de caractère ; il a gaspillé sa fortune et n'a jamais pu se livrer à une occupation suivie. Son grand-père, paternel qui passait pour un homme bizarre et original, avait fait bâtonner un de ses fils pour le punir d'avoir projeté une mésalliance. Son père avait une grande passion pour le jeu ; toutefois il occupait dans l'armée un grade supérieur et s'était fait remarquer par sa bravoure. Un oncle paternel était mort fou ; une sœur avait été prise d'accès maniaque à la suite de couches et une seconde sœur, délirante chronique, est encore dans une maison de santé.

A dix-huit, ans M. S... éprouve un accès de mélancolie qui dure deux mois. Il avait depuis longtemps déjà contracté des habitudes d'onanisme, il se livre plus tard à la pédéastie et s'adonne au coït debout. Depuis cette époque jusqu'à soixante ans, il a traversé des périodes irrégulières de dépression auxquelles se sont ajoutées, dans les dernières années, des idées de suicide.

Au mois d'avril 1884, il rencontre dans l'avenue des Champs-

Elysées, un monsieur qu'il avait connu pendant un voyage à Rome, il s'arrête, cause avec lui et après l'avoir quitté, il cherche à se souvenir de son nom ; n'y parvenant pas, il essaye de penser à autre chose ; mais, loin de réussir, le besoin de retrouver ce nom s'impose et devient pressant ; obsédé il fouille vainement dans sa mémoire, il éprouve un très grand malaise, il se sent oppressé, *serré à l'estomac* ; son visage se couvre de sueurs, ses mains sont froides et, craignant de s'évanouir, il s'empresse de rentrer chez lui, se lamentant, se désolant, parcourant à grands pas son appartement dans un état d'angoisse extrême.

Quinze jours après, étant en soirée, il aperçoit un ancien camarade qu'il n'avait pas vu depuis plusieurs années, ils s'entretiennent longuement ensemble, puis il se retire. De retour chez lui, M. S., qui ne s'est pas souvenu du nom du camarade, le cherche d'abord, se remémore diverses circonstances qui pouvaient l'y aider, mais sans succès ; il s'efforce de se débarrasser d'une pareille fantaisie : c'est vainement, l'obsession, de plus en plus pressante, ne laisse place à aucune autre pensée ; il ne peut se coucher, il pleure, gémit, s'agite et, accablé, il finit par se laisser tomber sur un canapé dans le plus violent désespoir. Le repos n'arrive qu'avec la découverte du nom.

A partir de ce moment, il est constamment sur le qui-vive, préoccupé du nom et du prénom des personnes avec qui le hasard le met en relations, les cochers, les marchands, les fournisseurs, etc. Il s'empresse, dès qu'il a vu quelqu'un, d'inscrire le nom sur un feuillet de papier et se sent alors tranquille. Peu à peu, cependant, le champ de ses recherches s'étend et il est poussé à demander le nom d'inconnus, de gens qu'il rencontre dans la rue, puis encore le nom de personnes qui passent en voiture, puis enfin des voyageurs que contient un train de chemin de fer qui siffle devant lui. — L'impossibilité de réaliser de tels désirs, le désole, l'exaspère, le rend furieux et le force à ne regarder personne dans les rues ou à chercher les lieux solitaires, puis enfin à se confiner dans son appartement.

Au bout de trois mois, l'obsession du nombre s'ajoutant à l'obsession du mot, M. S... se voit de plus en plus tourmenté, et sa vie devient de plus en plus pénible. Il compte tout ce qui lui est servi à table, il dresse à chaque repas un tableau sur lequel sont indiqués le nombre de morceaux ou de bouchées de pain, de viande, le nombre de cuillerées d'eau, de vin, de

lait qu'il va prendre. Pour le lait, il compte le nombre de gouttes contenues dans une cuillerée, et le nombre de cuillerées dans une tasse. Pourquoi se livre-t-il à ce calcul ? Il n'en sait rien, dit-il, c'est ridicule, mais il doit le faire. Si on lui sert une tomate, il s'empresse de compter le nombre de graines qu'elle renferme ; il en est de même pour les pommes, les poires.

Un jour, il avait mangé vingt cerises, mais il n'avait recueilli que dix-neuf noyaux ; il cherche le vingtième de tout côté. Ne le découvrant pas, il pense qu'il l'a probablement avalé. Dès le soir, il fouille dans les garde-robes et passe la nuit à pétrir fiévreusement entre ses doigts les matières fécales. Il se lamente de l'insuccès de ses recherches. Sur les instances de sa famille, il se couche quelques heures vers le matin après avoir consenti à faire un grand lavage. Il se relève pour se présenter à la chaise, et l'évacuation obtenue, il recommence, avec plus d'ardeur encore, la recherche du vingtième noyau qu'il finit par trouver le soir seulement, après une nouvelle déjection. Il se calme alors, prend un bain, se couche et passe une bonne nuit.

Il pousse, par moments, sans cause appréciable, de grands éclats de rire qu'il ne peut réprimer ; quelquefois aussi il se sensibilise et pleure sans motifs. Par crainte de ces obsessions, il refuse absolument de sortir et manifeste des idées de suicide. Enfin, depuis quelque temps, il devient très méticuleux, il collectionne des débris de toute sorte, des épiluchures, des morceaux d'os, des allumettes, des bouts de cordon et de fil, des vieilles plumes, etc. Il ne veut pas, dit-il, avoir à se demander ce que sont devenus ces objets, il fait tous ses efforts pour éviter de telles questions, l'idée de l'*Infini* le jette, ajoute-t-il, dans le doute et l'effraie.

Cette observation est un exemple frappant de la multiplicité des troubles cérébro-spinaux auxquels peut successivement être soumis le dégénéré héréditaire. En effet, toujours, mal équilibré, dès dix-huit ans, surgit brusquement un trouble général de l'intelligence, un accès de mélancolie de courte durée, et de temps à autre, depuis cette époque, se produisent des périodes

dépressives s'accompagnant parfois d'idées de suicide. Plus tard, se montrent des perversions sexuelles; plus tard encore, des accès de rires ou des pleurs qui s'imposent à la façon de tics.

L'obsession du mot, l'obsession du nombre se développent successivement, puis enfin arrivent le doute et les interrogations sur l'Infini. Ce sont là tout autant de syndromes épisodiques réunis dans ce cas chez le même sujet, mais qui peuvent, nous le verrons, se montrer isolément, comme troubles distincts, chez différents individus.

Dans le fait suivant, le syndrome est plus limité. Il s'agit d'une dame de Lorient, sur laquelle notre excellent collègue, M. le D^r Le Diberder, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous a demandé notre avis. Voici en quelques mots l'observation :

OBSERVATION II. — *Néuralgie intercostale; préoccupations hypochondriaques; — chagrins violents; besoin irrésistible de retrouver des mots ou des phrases; angoisse, désespoir jusqu'à la découverte des mots.*

M^{me} X..., âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament très nerveux, mais dont les antécédents héréditaires ne nous sont pas connus, avait été affectée d'abord d'une néuralgie intercostale très douloureuse; vivement préoccupée, M^{me} X... s'était imaginé que cette douleur était due à un commencement de cancer. Toutefois, il n'a plus été question de cette grave maladie une fois la néuralgie guérie. Peu de temps après, à la suite d'un violent chagrin, de la perte à peu d'intervalle de son père et d'un de ses frères, elle est devenue triste, moins active, obsédée d'abord d'une façon intermittente, puis, au bout de quelques mois, presque constamment, du besoin de rechercher des mots ou des phrases prononcés quelquefois depuis plusieurs semaines. Quand il lui arrive de ne pas retrouver promptement ces mots, elle gémit, se lamente, elle est prise de sueurs,

de tremblement et avec l'expression de la plus vive anxiété elle ne cesse de répéter : « Je ne pourrai donc jamais retrouver cela, que vais-je devenir ? Je voudrais être morte, je suis folle et vous allez m'enfermer, etc. » Elle néglige son intérieur se désintéresse de tout, même de son enfant ; elle passe ses journées à réfléchir pour retrouver les souvenirs parfois les plus futiles. Ses recherches ne cessent même pas la nuit et le sommeil est devenu rare et agité.

En présence de personnes étrangères, elle peut maîtriser ses obsessions, le calme se rétablit en apparence et l'on ne se douterait point du trouble profond dont elle est l'objet. Elle a, d'ailleurs, parfaitement conscience de son état, et par instants, elle déplore son impuissance à ne pouvoir résister à d'aussi ridicules obsessions.

OBSERVATION III. — Mère très émotive. — Déséquilibration mentale. — Période dépressive et accès de délire alcoolique avant la recherche angoissante du nom. — Mesures de prévoyance : cahiers ; Bottin. — Recherche angoissante des physionomies et des traits.

M. L..., âgé de quarante-six ans, qui nous a été adressé par M. le Dr E. Collin, médecin inspecteur de Saint-Honoré-les-Bains, est fils d'une mère très nerveuse, irritable, pleurant facilement et se mettant, à la moindre contrariété, à trembler de tous ses membres. Quant à lui, toujours nerveux, émotif, il a été pris, peu de temps après son mariage, sans motifs apparents de tristesse, de découragement, d'insomnie pendant six mois.

En 1881, il a éprouvé, pendant quelques jours, un accès de délire hallucinatoire : il voyait des personnages défilier devant ses yeux, il entendait des chants, parfois des menaces, il était inquiet, effrayé et dormait mal. Tout a disparu assez rapidement. Il buvait à ce moment du vin blanc le matin et parfois des liqueurs. En 1882, il éprouve pour la première fois l'irrésistible besoin de chercher des noms.

Etant venu à Paris pour ses affaires, et se reposant au café, il avait lu dans un journal un fait divers dans lequel il était question d'une petite fille qui, après avoir glissé dans la rue de Provence, était tombée dans un égout en réparation. Il ne connaissait nullement la famille de cette enfant, et le fait en lui-même l'intéressait médiocrement. Il reprend le chemin de fer et rentre

chez lui; le soir il se couche comme d'habitude, sans le moindre incident. Au milieu de la nuit, il s'éveille et la lecture du fait divers lui revient à l'esprit; il cherche à se rappeler le nom de la petite fille. Ce nom ne venant pas, il s'efforce de ne plus y penser et de dormir, mais c'est vainement; le besoin que rien n'explique de trouver ce nom est impérieux et le force à réfléchir et à chercher. Il se retourne plusieurs fois dans le lit, s'assied, réveille sa femme, gémit et, la tête dans les mains, cherche le nom qui ne vient pas. Tout à coup il saute hors du lit, pâle, angoissé, couvert d'une sueur froide il se sent, dit-il, *comprimé*, sa poitrine est resserrée comme dans un étau, surtout du côté gauche, il ne peut respirer, il étouffe, il se lamente, parcourant la chambre en se désolant et passe ainsi le reste de la nuit dans la plus vive anxiété. Dès le matin, on va chercher un journal, il voit le nom « Georgette », éprouve aussitôt un immense soulagement et se sent guéri. Quelques temps après, la même scène se reproduit à propos du nom d'un ami, et comme la première fois, la crise finit avec la découverte du nom.

A partir de ce jour, la recherche du nom devient plus pressante, il est obsédé et se voit dans la nécessité de retenir tous les noms qu'il entend; il se munit alors d'un petit cahier et s'empresse de noter successivement les noms qu'il craint de ne pas se rappeler. Dans ce cahier, il classe les noms par groupes; les noms de commerçants, de députés, de fonctionnaires; les noms de ville, etc. Dans une lettre qu'il nous écrivait à cette époque, il dit lui-même: « J'ai la manie de chercher des noms dont je n'ai pas besoin, ou de trouver celui d'une personne que j'ai connue ». Bientôt aux noms de personne, s'ajoutent les noms de choses et les préoccupations de M. I... augmentent d'autant; puis encore ce sont des phrases, des pensées dont il doit se rappeler; il se voit alors obligé de fuir la société, d'éviter les conversations; toutes ses habitudes sont changées et il n'a du repos ni le jour ni la nuit. Parfois le rêve lui-même devient l'occasion de nouvelles recherches et, pour les éviter, dès qu'il se réveille, il s'empresse de noter les incidents du rêve. Les pensées ou les noms qu'il cherche à se rappeler se rattachent le plus souvent à différents actes de la vie ordinaire, et c'est ainsi qu'il est amené à ne plus oser embrasser ses deux filles, par crainte d'avoir à se souvenir soit des paroles entendues, soit des pensées qu'il aurait eues à

ce moment. Dans les rues, il baisse la tête, ferme quelquefois les yeux pour ne voir ni les noms, ni les enseignes sur les devantures ; il ne lit strictement que ce qui lui est indispensable, et à la fin, pour plus de sécurité, il ne voyage plus qu'avec un Bottin. A diverses périodes il a été poussé à se rappeler des airs qu'il avait entendus chanter ou jouer et, pour rien au monde, il n'eût voulu assister à une représentation au théâtre, pas plus qu'il n'eût voulu entendre un discours.

Pendant quelque temps, ce besoin de se souvenir s'est étendu même aux physionomies et aux images. Une femme entre un jour dans son magasin pour faire une emplette, il la regarde comme les autres clientes ; mais, dès qu'elle est sortie, il a eu, dit-il, comme un pressentiment et, s'adressant à sa femme, il ajoute : « Voilà une tête qui, je le crains bien, va me faire de l'ennui. » Ceci se passait à dix heures. A midi et dem. il cherche à retracer dans son esprit les traits de cette femme. Ne pouvant pas se rappeler l'image, il s'inquiète, cherche s'angoisse et se sent *comprimé* comme pour les noms. Il n'a pas pu dîner, il ne s'est pas couché ; il pleure, gémit, se lamente jusqu'à quatre heures du matin où subitement, comme une apparition, raconte-t-il, il a pu retrouver dans son esprit l'image et les traits de cette femme. Aussitôt, il se calme et il peut dormir. La photographie eût suffi, dit-il, à conjurer tout ce malaise. Une autre fois, ne pouvant se rappeler la physionomie d'une autre cliente, il s'est empressé de faire cinq kilomètres pour la revoir et il a pu de la sorte éviter une grande crise.

Cet état a duré deux ans, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration, et il a cessé après un changement complet d'hygiène, après des exercices physiques, de longues promenades, du jardinage et après un traitement hydrothérapique de trois mois régulièrement suivi dans un établissement.

Les premiers jours, il ne quittait pas son petit cahier d'inscription, il le tenait même à table devant tout le monde à côté de l'assiette et prenait des notes sur tout ce qui se disait. Au bout de quinze jours, il s'est mis à table sans cahier, puis il est resté plusieurs heures dans une journée sans écrire, puis enfin il a cessé toute inscription pendant des journées entières ; les recherches sont devenues de moins en moins pressantes et M. L... est arrivé insensiblement à se débarrasser de toute obsession.

Depuis un an environ, la guérison se maintient. Toutefois, il est très probable que sous l'influence soit d'une cause morale vive, soit de fatigues, soit d'excès ou de toute autre cause, il se produirait de nouveaux troubles. M. M..., en effet, est un prédisposé chez lequel il a suffi des fatigues du mariage et plus tard d'un écart de régime pour voir se développer tout aussitôt un accès de dépression mélancolique et un délire hallucinatoire très actif, puis l'obsession des noms et des figures. Le terrain est chez lui bien préparé, et la porte reste ouverte à tout le cortège d'obsessions et d'impulsions qui accompagnent le dégénéré héréditaire.

Les deux faits suivants montrent le syndrome à l'état de simplicité ; mais l'obsession du mot était-elle isolée ? Nous ne pouvons l'affirmer, n'ayant vu qu'une seule fois les malades et n'ayant pas pu nous renseigner sur les antécédents.

OBSERVATION IV. — M. X..., âgé de cinquante ans, négociant à Rouen, se présente un jour à la consultation disant : « Voici mon affaire » : il tire, en même temps, de sa poche un cahier où se trouvent indiqués par lettre alphabétique les noms et les adresses des personnes avec qui il est en relation. Il raconte que si, se rappelant telle personne, il ne pouvait pas immédiatement en dire le nom, il surviendrait un tel état d'anxiété qu'il se verrait décidé à reprendre le chemin de fer pour retrouver son cahier.

OBSERVATION V. — M. X..., cinquante-six ans, industriel belge, raconte son état de la manière suivante : « J'ai une maladie qui consiste dans l'obsession des noms propres. » Interrogé sur l'existence d'un cahier, il en est surpris et le tire immédiatement de sa poche. Sur ce cahier se trouvaient des noms français et des noms flamands rangés par lettre alpha-

nétique. Il avait fait des croix devant les noms des membres d'une même famille ou les noms des personnes amies. En lisant les journaux, certains mots le frappaient, *communément, indirectement* par exemple, et ces mots, dit-il, passaient à l'état d'idée fixe.

Voici encore une observation très courte rapportée par M. Moreau, lors de la discussion sur la folie raisonnante devant la Société médico-psychologique.

OBSERVATION VI. — « Il (M. Moreau) a vu un homme qui se rend malheureux par l'impossibilité de se remémorer certains noms ; s'il le trouve, tout est bien ; sinon, il a une crise qui le fait horriblement souffrir. Il est obligé d'avoir constamment sous les yeux l'almanach des 25,000 adresses. » (*Ann. médico-psych.*, juillet 1866, p. 97.)

Le dernier fait de ce groupe que nous tenons à rapporter, nous offrira un curieux exemple de l'hérédité directe de ces stigmates psychiques des dégénérés. Le sujet dont nous allons en quelques mots rapporter l'observation, est le père d'une malade sur laquelle nous aurons plus tard à insister longuement à propos du mot pénétrant dans l'estomac à la façon d'un corps solide.

OBSERVATION VII. — Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, toujours mal équilibré et d'une avarice sordide quoique dans une position aisée. Il a été pendant longtemps en proie à la recherche angoissante du mot. Pour mettre fin à son anxiété, à ses lamentations, sa femme et sa fille venaient à son secours et prononçaient des mots pouvant se rapporter à celui qui était cherché ; elles arrivaient quelquefois à le trouver. Il se sentait immédiatement soulagé ; se calmait, se tranquillisait.

Lorsque ces premiers efforts n'étaient pas couronnés de succès, on avait recours à un dictionnaire dont on lisait parfois un grand nombre de pages avant de trouver le mot. La famille ne se couchait, en général, qu'après la découverte du mot.

Ces observations suffisent, croyons-nous, à mettre en saillie ce syndrome bizarre qui pousse impérieusement à la recherche du mot effacé du souvenir. Examinons maintenant l'état tout opposé, celui dans lequel le mot, loin de fuir, s'impose au contraire et force le sujet à le répéter. (A suivre.)

PATHOLOGIE NERVEUSE

DEUX NOUVEAUX CAS DE SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE SUIVIS D'AUTOPSIE¹ (Suite et fin);

Par J.-M. CHARCOT et P. MARIE.

Dans les *circonvolutions* nous avons trouvé les corps granuleux dans la frontale et la pariétale ascendantes au voisinage du lobule paracentral, et non dans le reste de ces circonvolutions, la région dans laquelle on les trouvait ne s'étendait guère sur la face convexe des hémisphères à plus d'un centimètre en dehors de la grande scissure interhémisphérique, aussibien pour la frontale ascendante que pour la pariétale ascendante.

Pour la *capsule interne* nous ferons remarquer le peu d'étendue de l'espace dans lequel on trouve les corps granuleux, espace qui certainement est loin de correspondre à toute la largeur du faisceau pyramidal, mais qui est bien situé dans la zone de celui-ci. On

¹ Voy. t. X, p. 1.

voit d'ailleurs en comparant entre eux les résultats fournis par nos deux autopsies que cet espace même est essentiellement variable d'un hémisphère à l'autre puisque, dans l'hémisphère gauche de Bornic. (*Fig. 3*), les corps granuleux sont tout à fait disséminés, et que l'espace où on les rencontre est des plus limités, tandis que dans l'hémisphère droit ils forment un groupe assez compact.

Signalons aussi la présence de ces corps dans les fibres ou les tractus qui traversent horizontalement la capsule interne et semblent se diriger du noyau lenticulaire à la couche optique.

Enfin, comme nous l'avons dit dans l'autopsie, les cellules nerveuses de la couche optique quoique très nombreuses et très belles, nous ont paru présenter une surcharge grasseuse assez accentuée se révélant par une coloration plus intense avec l'acide osmique au niveau d'un de leurs pôles, mais nous ne pouvons affirmer que cela soit pathologique, les variations de l'état normal étant à ce sujet assez étendues.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos des lésions des pédoncules, de la protubérance et du bulbe; mais pour celles de la moelle, nous voulons faire quelques remarques.

Grâce à la recherche méthodique des corps granuleux à l'aide des procédés indiqués plus haut, nous avons pu constater qu'en réalité le faisceau pyramidal semble occuper une étendue un peu plus grande que celle qui lui est assignée par Flechsig; en effet, nous avons, dans la moelle cervicale, constaté (*Fig. 6. PL. III*) l'existence de corps granuleux dans une partie de la moelle située bien en avant du territoire de ce faisceau;

il est vrai que là les corps granuleux étaient infiniment moins abondants qu'au siège d'élection, il n'y en avait que quelques-uns, mais ils se voyaient nettement.

Dans la moelle dorsale, il en était de même pour le faisceau pyramidal croisé qui semblait avoir des dimensions un peu plus grandes que celles qu'on lui assigne généralement; mais, chose plus importante, dans la partie antérieure des cordons antéro-latéraux, la disposition des corps granuleux ne répondait nullement aux notions anatomiques généralement adoptées. Au lieu de retrouver ces corps seulement au niveau des faisceaux de Türck, comme dans la moelle cervicale, nous avons constaté qu'ils existaient dans la plus grande partie des faisceaux antéro-latéraux sauf à la région antéro-interne de ceux-ci, c'est-à-dire partout sauf dans la région correspondant aux faisceaux de Türck. Comment faut-il considérer ce fait? Ces corps granuleux appartiennent-ils au faisceau pyramidal croisé ou au faisceau pyramidal direct? Nous l'ignorons, et en tout cas il faut reconnaître que, disséminés et aberrants comme ils le sont, il est difficile de les rattacher plutôt à l'un qu'à l'autre système.

Ces apparences correspondent-elles à l'état ordinaire des choses, c'est-à-dire à une dissémination des fibres pyramidales beaucoup plus marquée qu'on ne le pense, ou bien tiennent-elles seulement à une de ces variétés anatomiques si fréquentes d'après Fleschig lui-même? Nous ne saurions le dire, n'ayant eu jusqu'à présent l'occasion d'examiner qu'un seul cas à ce point de vue; cependant dans un autre cas, Kahler¹ a trouvé quel-

¹ Kahler. — *Ueber die progressiven spinalen Amyotrophien*, Prag. 1884.

que chose d'analogue et dit très nettement qu'il existait de la dégénération punctiforme et des corps granuleux dans les cordons antérieurs et dans les cordons latéraux sur toute la hauteur de la moelle dorsale. Quoi qu'il en soit, c'est là, croyons-nous, un procédé qui n'est pas à dédaigner pour l'étude du trajet du faisceau pyramidal dans la moelle.

Dans la région lombaire, les corps granuleux siégeaient au niveau du territoire du faisceau pyramidal peut-être un peu agrandi; dans les faisceaux antérieurs on en voyait encore quelques-uns mais en nombre absolument insignifiant, et on peut considérer ce fait comme le vestige de ce qui existait à la région dorsale.

Chez nos deux malades nous avons observé de plus un fait relevé dans un grand nombre d'autres autopsies : l'extension de la sclérose à une assez grande étendue des faisceaux antéro-latéraux bien au delà des limites du territoire pyramidal proprement dit. Signalée depuis longtemps déjà, cette extension du processus scléreux peut en effet être considérée comme très fréquente; faut-il avec certains auteurs la regarder comme une preuve que la sclérose latérale amyotrophique n'est pas une affection systématique, mais une myélite diffuse? — Loin de là, et nous nous rattachons entièrement à l'opinion émise par MM. Debove et Gombault, qui envisagent cette extension de la sclérose comme liée à l'existence de *zones de propagation du processus inflammatoire de la substance grise à la substance blanche avoisinante*. On pourrait, il est vrai, en considérant seulement les résultats fournis par l'examen de la région dorsale penser que cette extension de la sclérose est due à la dégénération de ces fibres pyramidales

disséminées et aberrantes dont nous avons signalé la présence dans une certaine étendue des faisceaux pyramidaux : mais on voit qu'il n'en est rien, si l'on veut bien se rappeler que dans la région cervicale cette extension existe d'une façon très nette, bien que les fibres des faisceaux pyramidaux soient dans cette région presque toutes situées dans des territoires bien localisés (cordon de Türck, faisceau pyramidal croisé) et qu'il n'y ait qu'un très petit nombre de fibres aberrantes. — D'autre part, certains faits indiquent quel rôle prédominant joue dans la production de ce phénomène l'inflammation de la substance grise : d'une part cette extension de la sclérose est surtout marquée immédiatement à la périphérie de la substance grise et surtout des cornes antérieures ; d'autre part on trouve dans les zones radiculaires antérieures un certain nombre de corps granuleux indiquant les relations de ces régions avec la substance grise enflammée ; enfin à la région lombaire où la substance grise (grandes cellules nerveuses et fibres nerveuses à myéline observées par la méthode de Weigert) est beaucoup moins altérée que dans les autres régions de la moelle, cette extension de la sclérose aux faisceaux antéro-latéraux est infiniment moins marquée qu'à la région dorsale.

Cette opinion d'après laquelle l'extension du processus scléreux doit être rapportée à l'inflammation de la substance grise semble d'ailleurs prévaloir aujourd'hui et vient d'être de nouveau soutenue par M. Friedenreich (de Copenhague)¹.

Friedenreich. — Communication au Congrès international de Copenhague, 1884.

Une autre remarque est à faire à propos des lésions médullaires sur l'état des fibres nerveuses au niveau des faisceaux pyramidaux sclérosés. Ces fibres existent encore en grande quantité ainsi qu'on peut s'en assurer par la coloration de Weigert, mais avec un peu d'attention on reconnaît (cela est surtout net dans la moelle de Dupont) que les fibres qui persistent ainsi sont presque exclusivement de très minces fibres ; quant à ces grosses fibres qui sur une moelle normale se voient si nettement dans leur région avec leur volumineux cylindre-axe, elles ont presque entièrement disparu. C'est donc bien là une preuve que dans la zone de substance blanche qui contient les faisceaux pyramidaux, il existe encore d'autres fibres, et que suivant toute ressemblance, les plus grosses doivent être considérées comme appartenant surtout à ces faisceaux. D'autre part en comparant aux préparations de sclérose latérale amyotrophique des coupes provenant d'un cas de dégénération descendante consécutive à une myélite transverse ; nous avons vu qu'il y avait une différence considérable et que dans celles-ci la disparition des fibres nerveuses était beaucoup plus générale que dans le premier.

Enfin du côté des cordons de Goll, nous avons dans nos autopsies, signalé un certain degré de sclérose des faisceaux de Goll ; ce fait a déjà été noté un certain nombre de fois, et se trouve consigné dans plusieurs observations. Chez nos deux malades, cette sclérose n'était pas également prononcée, dans l'OBSERVATION I elle était notablement moins accentuée que dans l'OBSERVATION II ; dans celle-ci elle existait nettement non seulement à la région cervicale, mais aussi à la région

dorsale où elle occupait même une certaine portion des faisceaux de Burdach, où elle avait l'apparence en N que nous avons décrite; à la région lombaire on en trouvait encore quelques vestiges mais très peu accentués, au niveau du sillon postérieur, et une légère bande transversale assez mal marquée d'ailleurs dans les faisceaux de Burdach.

Quant à la nature même de cette sclérose et du processus qui lui a donné naissance, nous ne la connaissons pas; elle n'est vraisemblablement pas la même que celle des lésions des cordons latéraux, car dans aucune de nos préparations nous n'avons trouvé un seul corps granuleux dans les faisceaux de Goll, tandis qu'ils étaient en très grande abondance dans les faisceaux latéraux. D'autre part cependant, un certain nombre de fibres des faisceaux de Goll semble avoir disparu ainsi qu'il résulte de l'examen des préparations faites avec la méthode de Weigert; peut-être est-ce dans la congestion permanente produite par l'inflammation prolongée des autres parties de la moelle qu'il faudrait rechercher la cause de cette lésion et l'explication du processus qui l'a causée.

Après avoir étudié pour chaque organe les résultats obtenus dans ces deux autopsies, nous aurons quelques remarques à faire au point de vue de la disposition générale des lésions.

Dans les deux cas, les corps granuleux existaient, nous l'avons vu, dans toute la hauteur des faisceaux pyramidaux depuis les circonvolutions jusqu'à la moelle. Mais il faut bien noter qu'ils n'occupaient pas (du moins au-dessus de la moelle) toute la largeur de ceux-ci. Dans l'OBSERVATION I, du côté gauche la capsule

interne les montrait sur une assez grande étendue quoique bien certainement une portion assez considérable de son segment pyramidal en fût indemne; à droite, au contraire, les corps granuleux ne se trouvaient qu'en très petit nombre.

D'autre part, suivant la hauteur des segments du faisceau pyramidal que l'on examine, les corps granuleux ne semblent pas pour un même côté se présenter en quantité égale ou même analogue, de grandes différences peuvent exister à cet égard; c'est ainsi, par exemple, que pour l'OBSERVATION I ils étaient en grande abondance dans le pédoncule gauche, tandis qu'au niveau de la protubérance, du même côté, ils étaient très peu nombreux. — A quoi tiennent ces différences? — Tout d'abord il faut bien remarquer que dans un cas quelconque de dégénération, le nombre des corps granuleux n'est pas exactement proportionnel au nombre des fibres atteintes, quoiqu'il s'en rapproche sensiblement. De plus la quantité des fibres dégénérées étant supposée égale dans des segments pris à diverses hauteurs, le nombre des corps granuleux varie vraisemblablement suivant la nature du tissu ambiant (circonvolution, pédoncule, protubérance) et la faculté de résorption de celui-ci. — On pourrait donc expliquer ainsi, en partie du moins, l'inégalité du nombre des corps granuleux aux différentes hauteurs; mais cependant cette inégalité était tellement considérable que, dans le cas signalé plus haut, il nous semble nécessaire d'admettre qu'elle correspondait à une inégalité dans le nombre des fibres dégénérées. Il est donc bien probable que le processus destructif n'atteint pas d'un coup et dans toute sa longueur la fibre

nerveuse; il commencerait à telle ou telle hauteur¹ et n'atteindrait que peu à peu sa partie inférieure; de telle sorte qu'une même fibre nerveuse pourrait présenter dans l'écorce des corps granuleux tandis qu'elle n'en contiendrait pas au niveau de la capsule interne, ou inversement en contenir à ce niveau et n'en plus présenter dans l'écorce. Ce n'est là évidemment qu'une hypothèse, mais elle nous semble assez en rapport avec les faits connus et elle expliquerait assez aisément l'inégalité que nous venons de signaler.

D'autre part, il ressort de ce que nous venons de dire que si, à un certain moment, les corps granuleux finissent par disparaître au niveau des fibres dégénérées, on ne peut de leur absence conclure sûrement que les fibres nerveuses sont saines. La chose est évidente et il est bien certain qu'il serait préférable de constater directement l'état de celles-ci, mais malheureusement dans l'état actuel de nos connaissances cette recherche est des plus ardues et des moins sûres, étant donnée la difficulté qu'il y a à reconnaître dans des organes où les fibres nerveuses forment un lacis inextricable s'il y en a quelques-unes de moins qu'à l'état normal. Quelque précis que soient les renseignements fournis par la méthode de Weigert (hématoxyline), elle ne nous a pas, dans ce cas, donné de résultats aussi satisfaisants que la recherche des corps granuleux.

Aussi croyons-nous être en droit de récuser, jusqu'à

¹ Nous ne pouvons pas affirmer que ce soit toujours au niveau de l'écorce que débute le processus, il est possible que celui-ci atteigne d'abord le faisceau pyramidal sur un point quelconque de sa hauteur, mais c'est là un fait qui demande à être confirmé au moyen de la recherche spéciale des corps granuleux, l'examen de la sclérose seule étant à notre avis insuffisant.

nouvel ordre les autopsies de sclérose latérale amyotrophique dans lesquelles la lésion du faisceau pyramidal, recherchée seulement au point de vue de la sclérose et non des corps granuleux, n'aurait pu être retrouvée au-dessus de la moelle, et notamment, quelle qu'en soit d'ailleurs la valeur, l'observation de O. Vierordt ¹; cette observation, il est vrai, n'est pas considérée par son auteur comme appartenant à la sclérose latérale amyotrophique, nous croyons et nous partageons en cela l'avis de Kahler ², que c'est à tort et qu'elle doit être comprise dans le cadre de cette affection.

Dans l'observation de Kahler ³, il est bien tenu compte dans une certaine mesure de la présence des corps granuleux et de la dégénération ponctiforme, mais nous n'avons pas de renseignements assez détaillés pour apprécier si la technique employée était suffisante pour permettre d'observer tous ceux qui se trouvaient sur les coupes. Aussi le fait signalé par cet auteur, que les lésions du faisceau pyramidal ne pouvaient plus être constatées dans la protubérance ne nous semble-t-il nullement prouver qu'elles s'arrêtassent à ce niveau. C'est en effet dans la protubérance qu'il est le plus difficile de rechercher ces lésions ainsi que nous l'avons nous-mêmes éprouvé; dans l'OBSERVATION II notamment, il nous a été impossible, quelques soins que nous prissions, de réussir à observer aussi nettement que dans les autres régions les corps granuleux, quoiqu'au

¹ O Vierordt. — *Zur combinirten Degeneration der Vorderhörner und Seitenstränge des Rückenmarks.* (Arch. f. Psych., XIV.)

² Kahler. — *Ueber die progressiven spinalen Amyotrophien.* (Ztschft. f. Heilk., 1884. Prag.)

³ *Ibidem.*

moyen de l'écrasement, sous le couvre-objet, nous ayons constaté qu'il en existait quelques-uns dans chacune des coupes. Pendant le déroulement de celles-ci un certain nombre des faisceaux longitudinaux coupés en travers et n'adhérant presque pas au reste de la protubérance s'en détachent, et de plus les propriétés optiques de ces faisceaux rendent difficile la recherche des corps granuleux. Aussi, à défaut d'examen de la capsule et des circonvolutions, est-il nécessaire pour déclarer s'il y a ou non des lésions du faisceau pyramidal au-dessus du bulbe d'examiner des coupes des pédoncules cérébraux, la protubérance étant certainement le point le plus défavorable pour ce genre de recherches.

Au point de vue *clinique* nous n'insisterons pas sur l'histoire de la première malade, elle ne présente rien de spécial et rentre absolument dans la règle, c'est pour ainsi dire un cas type de sclérose latérale amyotrophique.

La seconde observation, au contraire, doit être l'objet de quelques remarques. Dans ce cas, l'affection a très nettement débuté par les phénomènes bulbaires (difficulté de la parole et gêne légère de la déglutition); ceux-ci furent tout d'abord remarqués en novembre 1882; en mars 1883 survint une sorte d'attaque apoplectiforme (sans aucune manifestation paralytique du côté des membres), à la suite de laquelle ces phénomènes bulbaires s'exagérèrent notablement. Quelle était au juste la nature de cette attaque apoplectiforme? — Nous l'ignorons; peut-être faut-il la rapprocher des accidents analogues que l'on observe dans la paralysie générale ou dans la sclérose en

plaques ; quoiqu'il en soit, ce que l'on peut affirmer, c'est qu'elle n'était liée à l'existence d'aucune lésion macroscopique, l'autopsie n'ayant fait constater aucun foyer ancien ou récent.

C'est seulement en mai 1883 que survient une parésie notable des membres supérieurs, et en avril 1884 que ceux-ci commencent à présenter de l'atrophie ; quant aux membres inférieurs, ils ne sont atteints qu'en mai 1884.

Il existe donc un intervalle de six mois entre le début des troubles bulbaires et celui de la parésie des mains, et un intervalle de dix-sept mois entre le début des phénomènes bulbaires et celui de l'atrophie musculaire.

Cette évolution présente ce point important d'un début nettement et uniquement bulbaire ; c'est plus tard seulement et peu à peu que les autres signes de la sclérose latérale amyotrophique sont apparus et ont atteint un degré d'intensité remarquable ; on a vu qu'à l'autopsie les lésions les plus manifestes ont été constatées.

Le fait en lui-même n'a rien d'extraordinaire, et il n'y aurait aucune raison d'y insister si, dans quelques récents mémoires, on ne relevait une tendance singulière à exclure des cadres de la sclérose latérale amyotrophique des cas dont le tableau clinique presque tout entier est exactement celui de cette affection, et cela sous le prétexte que, soit dans le mode de début, soit dans la succession des symptômes, il y aurait une modification au type décrit par l'un de nous. C'est là une grave erreur, s'il est vrai que dans cette description une certaine évolution est considérée comme pré-

sentant au maximum et avec ses caractères les plus ordinaires, l'aspect de la sclérose latérale amyotrophique, il ne faut pas oublier que l'existence de formes d'une évolution différente s'y trouve signalée d'une façon catégorique¹.

Aussi éprouve-t-on un certain étonnement à voir quelques auteurs se refuser à considérer comme sclérose latérale amyotrophique des cas où le début s'est fait par le bulbe ; il en est ainsi, par exemple, pour les deux observations de M. Déjerine² qui, malgré les résultats de l'autopsie (lésions des cellules motrices de la substance grise et des faisceaux pyramidaux), se refuse à admettre que ce soient là des cas de sclérose latérale amyotrophique « parce que, dit-il, cette affection répond à un type clinique tout spécial : paralysie et atrophie débutant par les membres supérieurs, le plus souvent, s'étendant ensuite aux inférieurs, puis enfin attaquent ceux de la langue, du facial inférieur, du pharynx, etc..., et emmenant le malade par suite des accidents bulbaires. Mais il y a eu toujours auparavant une paralysie des membres avec contracture souvent très marquée, avec attitudes vicieuses consécutives, et conjointement exagération des réflexes tendineux, du phénomène du genou, etc. ».

C'est là, nous le répétons, une erreur absolue que de vouloir restreindre aussi étroitement le domaine de la sclérose latérale amyotrophique ; les deux observations de M. Déjerine sont purement et simple-

¹ Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 3^e fasc., 2^e édit., p. 240.

² Déjerine. — *Etude anatomique et clinique sur la paralysie labio-glossolaryngée*. (*Arch. de physiol.*, 1883, n^o 6.)

ment des cas de sclérose latérale amyotrophique dont le début s'est fait par le bulbe comme dans notre OBSERVATION II (Bornic..); une chose est à regretter, c'est que, dans ces deux observations, il ne soit même pas fait mention de l'état des réflexes tendineux; leur étude eût certainement permis de reconnaître pendant la vie le caractère spasmodique de l'affection et de faire le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique.

Nous relevons la même erreur dans un travail récent de M. H. Blumenthal¹: « Nous trouvons chez notre malade à peu près le même aspect symptomatique que celui présenté par le tableau de la sclérose latérale amyotrophique, d'après Charcot. Mais à un examen plus minutieux, le groupement des symptômes présente de notables différences avec la description de Charcot. La sclérose latérale amyotrophique est, d'après Charcot, une maladie à début successif, continuellement progressive, et à marche relativement rapide; elle commence dans les extrémités supérieures, affecte ensuite les inférieures et enfin se termine par la paralysie bulbaire »; aussi l'auteur, tout en avouant que « à part l'évolution et l'état spasmodique dans le domaine des nerfs bulbaires, tous les autres symptômes positifs ou négatifs se retrouvent exactement comme dans le type clinique décrit par Charcot sous le nom de sclérose latérale amyotrophique », arrive-t-il à conclure que l'intensité et la distribution des phénomènes spasmodiques dans le domaine des nerfs bul-

¹ H. Blumenthal. — *Ein Fall von spastischer amyotrophischer Bulbarparalyse complicirt mit amyotrophischer Lateral sclerose*. Inaug. dissert., Dorpat, 1884.

baire suffisent à faire considérer son observation comme un fait à part qu'il propose de désigner du nom de paralysie bulbaire amyotrophique spasmodique.

Leyden n'a pas reconnu certains cas de sclérose latérale amyotrophique parce qu'à son avis, l'un de nous avait péché par exagération dans sa description des phénomènes spasmodiques. Nous ne nous attendions pas à ce qu'on pût, un jour, émettre le reproche que dans cette description, ces mêmes phénomènes spasmodiques aient été présentés sous une forme trop atténuée. C'est cependant ce qui ressort de l'observation de H. Blumenthal ; elle n'est autre chose qu'une sclérose latérale amyotrophique parfaitement caractérisée, à début bulbaire et avec développement extrême des phénomènes spasmodiques, c'est ce dernier caractère qui a fait croire à l'auteur qu'il était en présence d'une affection spéciale, distincte de la sclérose latérale amyotrophique.

Aujourd'hui encore, comme cela a été fait dans les publications antérieures de l'un de nous, nous devons insister sur le caractère spasmodique de la sclérose latérale amyotrophique, car c'est là la clef du diagnostic, c'est là le symptôme qui permet de reconnaître l'affection dans les cas où le tableau clinique n'est que peu marqué, et n'existe pour ainsi dire qu'à l'état d'esquisse. Aussi voit-on peu à peu le cadre de la sclérose latérale amyotrophique s'élargir de plus en plus ; l'aspect général des différents cas reste immuable, les détails peuvent varier à l'infini ; les symptômes fondamentaux sont toujours identiques à eux-mêmes, mais leurs modalités sont diverses ; tantôt atté-

nués, tantôt exagérés, ils peuvent encore être intervertis dans leur ordre d'apparition.

En effet, et nous ne faisons que répéter ici ce que l'un de nous a déjà dit bien des fois dans ses leçons¹ : « Telle est la règle (le début par les membres supérieurs), mais il y a le chapitre des anomalies.... celles-ci ne changent rien d'essentiel au tableau qui vient d'être tracé. Ainsi la maladie dans certains cas débute par les membres inférieurs, d'autres fois elle se circonscrit dans ses commencements soit à un membre supérieur, soit à un membre inférieur, parfois elle reste limitée pendant quelque temps à un côté du corps sous forme hémiplegique. Enfin, dans deux cas, elle a débuté par les symptômes bulbaires; mais ce ne sont là, je le répète, que des modifications accessoires. L'ensemble des symptômes caractéristiques ne manque pas d'être bientôt constitué. »

Si l'on veut bien y réfléchir un peu, on verra qu'en somme cette diversité du début n'a rien qui doive surprendre. On sait que le faisceau pyramidal, tout en présentant une véritable unité au point de vue du développement et de la pathologie, n'est à proprement parler qu'un composé de faisceaux secondaires provenant des circonvolutions motrices et se rendant soit à la moelle, soit au bulbe; or ces faisceaux secondaires conservent pendant la plus grande partie, sinon pendant la totalité de leur trajet, une notable indépendance. C'est ainsi, par exemple, comme l'a très bien fait voir M. E. Brissaud, que l'on trouve au niveau du pédoncule une localisation différente de la dégénération descen-

¹ Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux.* — *Sclérose latérale amyotrophique*, 2^e édit., p. 240.

dante suivant que la lésion primitive siègeait sur telle ou telle partie du faisceau pyramidal au niveau des circonvolutions ou de la capsule interne. Le faisceau secondaire spécialement destiné au bulbe aurait notamment, d'après M. E. Brissaud, une indépendance toute particulière, c'est celui qu'il décrit sous le nom de *faisceau géniculé*.

Ceci étant donné, si l'on admet que la sclérose latérale amyotrophique ait son point de départ dans une hauteur donnée du faisceau pyramidal, il est aisé de comprendre que suivant que tel ou tel faisceau secondaire sera atteint le premier on verra les symptômes se montrer tout d'abord du côté des membres supérieurs ou inférieurs, ou du côté du bulbe; suivant aussi que la lésion sera plus marquée dans un hémisphère, que l'entrecroisement des pyramides sera plus ou moins complet, on verra les symptômes présenter une certaine prédominance hémiplegique.

Il existe encore au point de vue de l'évolution clinique des différences très accentuées entre les divers cas, les uns marchent d'une façon extrêmement rapide, les autres fort lentement; dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile d'indiquer la raison de ces différences; il semble qu'il faille la chercher dans le plus ou moins d'intensité du processus dans la substance grise; quant à la cause de ces variations dans l'intensité de la poliomyélite, nous l'ignorons encore.

Un fait doit être relevé, c'est que contrairement à ce que l'on pourrait croire, le début bulbaire n'est nullement l'indice d'une marche fatalement rapide; dans notre OBSERVATION II, en effet, l'évolution n'a pas de-

mandé moins de deux ans, et nous observons actuellement des cas dans lesquels la durée paraît devoir être plus longue encore. Il semble que le faisceau pyramidal n'ayant pas ou presque pas de relations avec les centres de la vie végétative, ceux-ci puissent rester intacts pendant un temps assez long, alors même que le faisceau bulbaire est lésé, et qu'ils ne soient atteints que d'une façon secondaire par l'extension de la poliomyélite localisée tout d'abord au niveau des éléments moteurs en rapport intime avec les fibres du faisceau volontaire. Quelle que soit la raison qu'on en veuille donner, la réalité du fait ne peut être contestée, le début par le bulbe n'indique pas fatalement une marche rapide.

La sclérose latérale a donc franchi une nouvelle étape; comme l'ataxie et la sclérose en plaques, d'abord méconnue même dans ses formes les plus accentuées, à mesure qu'elle occupait plus solidement sa place dans la nosographie, elle a vu son domaine s'agrandir peu à peu; les formes atténuées se sont montrées de plus en plus nettes; aujourd'hui l'étude des formes frustes est devenue légitime et rend possible déjà le diagnostic même dans les cas les moins marqués.

EXPLICATION DE LA PLANCHE II.

FIG. 1. — Circonvolution frontale ascendante droite de Bornic..., OBSERVATION II, au niveau du lobulé paracentral. Abondants corps granuleux dans la substance blanche. — La partie située tout à fait à gauche ne contient pas de corps granuleux.

FIG. 2. — Capsule interne, OBSERVATION I, côté gauche, les corps granuleux y sont disposés en deux groupes.

FIG. 3. — Capsule interne, OBSERVATION II, côté gauche.

A, couche optique. — B, noyau lenticulaire. — C, corps granuleux occupant les interstices entre les faisceaux de fibres coupés perpendiculairement à leur direction.

PLANCHE III

FIG. 4. — Pédoncule gauche, OBSERVATION I.

A, corps granuleux. — B, cellules pigmentées du locus niger.

FIG. 5. — Protubérance coupée par moitié, OBSERVATION I.

A, corps granuleux.

FIG. 6. — Moelle cervicale, OBSERVATION II.

A, corps granuleux du faisceau pyramidal croisé. — B, corps granuleux aberrants. — C, corps granuleux situés dans les processus radiculaires antérieurs. — D, corps granuleux du faisceau pyramidal direct.

 CLINIQUE MENTALE

DES FAMILLES D'IDIOTS;

Par BOURNEVILLE et SÉGLAS.

A sanis sana, a morbois morbosa.

(HIPPOCRATE. *De Morbo sacro*, cap. III.)

La transmission héréditaire des maladies n'est plus un fait discuté maintenant et l'on s'accorde à attribuer à l'hérédité un rôle important dans la genèse d'un bon nombre d'affections. Cette influence de l'hérédité est surtout manifeste dans la production des maladies nerveuses et mentales; elle est le plus souvent alors, comme l'a dit avec raison Trélat, la cause primordiale, la cause des causes, qui fixe la maladie dans les familles et la rend transmissible de génération en génération. Telle est la loi. Cependant il y a des faits en apparence contradictoires. C'est ainsi que l'on verra dans une même famille des enfants sains qui auront des frères sourds-muets ou rachitiques ou strabiques et d'autres aliénés, épileptiques ou idiots. Cette diversité dans les manifestations pathologiques chez les descendants est-elle un argument contre l'hérédité? Nullement: « Aliénés, idiots, scrofuleux, rachitiques, en vertu de leur communé origine, de certains caractères physiques et moraux, doivent être considérés comme les enfants d'une même famille,

comme les rameaux divers d'un même tronc », dit Moreau (de Tours). Ce serait fort mal comprendre la loi d'hérédité que d'attendre fatalement à chaque génération nouvelle le retour des phénomènes morbides identiques. Sans doute le fait existe, mais ce n'est toujours que dans un certain nombre de cas, et les affections les plus diverses, qui de près ou de loin viennent atteindre le système nerveux des parents, peuvent devenir pour les enfants une cause de prédisposition héréditaire à des affections nerveuses d'un autre ordre. Ce que le père transmet à l'enfant, ce n'est pas sa folie ; c'est le vice de constitution qui se manifestera sous des formes différentes. Et, comme le dit fort justement M. Delasiauve, « la ressemblance qui existe entre les individus soumis à la même influence morbide, n'empêche pas qu'on puisse trouver chez eux des caractères tout particuliers et tenant essentiellement à leur différente manière d'être, à leur tempérament propre, à leur idiosyncrasie ».

La tare héréditaire se manifeste souvent chez les ascendants par des symptômes peu accentués et qu'un commerce suivi peut seul dévoiler à l'œil de l'observateur. Ce sera par exemple un vice de conformation quelconque, un « tempérament nerveux », des excentricités, une émotivité anormale. Ces individus, sans présenter des troubles assez nets pour être classés dans telle ou telle espèce pathologique, manquent de cet équilibre des facultés qui caractérise les intelligences bien pondérées. Ils vivront le plus souvent fort bien dans le monde qui les qualifiera d'excentriques et d'originaux ; mais ils seront incapables de rien faire de suivi et de durable par eux-mêmes. Ils donneront naissance à des individus dégénérés, abâtardis au point de vue physique, intellectuel et moral et alors les symptômes morbides prendront une intensité plus grande, un caractère mieux défini. Au bout d'un certain temps, surtout si à la tare héréditaire viennent se joindre des causes occasionnelles, ces familles s'éteindront d'elles-mêmes ; car les derniers descendants, tombés au plus bas degré de l'échelle sociale, ne vivant plus que de la vie végétative, seront inaptes à la reproduction.

Notre but est justement de montrer ici plusieurs exemples de ce genre. Mais, avant de rapporter nos observations communes, nous citerons brièvement deux cas analogues. Le premier a été publié par l'un de nous ¹.

¹ Bourneville. — *Archives des maladies mentales et nerveuses*, 1861, p. 289.

I. FAMILLE R...

Trois frères idiots. — Influence de l'hérédité. — Mère affectée d'irrégularités mentales. — Affaiblissement paralytique chez les trois enfants. — Irascibilité chez deux d'entre eux. (Archives des maladies mentales et nerveuses, 1861, p. 289.)

Aucun antécédent du côté paternel. Le père est bien conformé et intelligent. La mère, assez nerveuse, est sujette à des accès de tristesse, revenant à intervalles irréguliers, s'accompagnant de maux de tête et suivis d'une sorte d'hébétude. Habituellement douce et affectueuse; santé physique bonne. Pas de renseignements sur sa famille. — Les accouchements ont été naturels. — Une petite fille morte à cinq ans ne différait en rien des enfants de son âge.

1^o R... (Vincent-Clet), né à Douarnenez, âgé de quinze ans, est grand, fluet, et se tient avec peine sur ses jambes. Front assez saillant, médiocrement élevé, effacé sur les côtés; légère dépression au-dessus des arcades sourcilières. Le crâne n'offre rien d'anormal, le sommet seul en est un peu exhaussé. Le regard constamment baissé, errant, ne peut fixer les objets, mais révèle une certaine lueur d'intelligence: *strabisme* assez prononcé à droite. C'est le plus avancé des trois frères sous le rapport des connaissances usuelles, bien que son vocabulaire soit très restreint. Caractère généralement doux: il ne joue pas, reste immobile. Il mange à peu près seul, ne sait pas s'habiller et ne gâte pas. Parties génitales développées; pas d'onanisme.

2^o R... (Joseph-René) est né à Brest en 1850. La mensuration ne donne pas de différence entre sa tête et celle de son frère. Le front est aussi effacé sur les parois latérales, mais la dépression sus-sourcilière est moins profonde. L'œil droit est aussi moins strabique, ce qui, sans doute, lui donne une apparence plus intelligente. Mais, au fond, l'affaiblissement intellectuel est plus grand que chez l'aîné; il ne sait pas distinguer les objets et ne dit guère que son nom. Il se tient mieux sur les jambes que le précédent, mais, à l'inverse de lui, il est très turbulent, inattentif et irascible. Il a un tic qui consiste à se frotter continuellement les yeux. Les organes générateurs sont normalement développés; il gâte la nuit.

3^o Le dernier R... (Vincent-Michel), âgé de neuf ans, est à peu près conformé comme ses frères, quant à ce qui concerne la tête. La dépression sus-sourcilière est légère, les arcades effacées, l'arc interne abaissé, le front bas et étroit. Il n'a pas de strabisme, mais le regard est méchant et sauvage. La taille est en rapport avec l'âge, mais les jambes sont sans force; aussi est-il toujours

assis. Cependant il n'y a rien d'anormal du côté de la colonne vertébrale.

Sauf les mots « papa » et « maman », son vocabulaire se limite à des cris inarticulés qu'il pousse surtout quand on le regarde. Il est encore plus irritable que le précédent. Il mange seul, mais avec ses mains et est gâteux. Les testicules sont petits, la verge développée, ce qui tient sans doute à ce qu'il se frotte habituellement les jambes et les cuisses l'une contre l'autre en plaçant les mains aux parties génitales.

De ces trois frères, l'aîné seul paraissait perfectible et pouvait prêter quelque attention aux petits exercices qu'on lui faisait faire.

Ce fait n'est-il pas un exemple frappant des dégénérescences dans certaines familles? Comme antécédents : de simples irrégularités mentales ; et cependant dans la nouvelle génération l'abâtardissement est très prononcé et tout porte à croire que la famille s'est éteinte en elle. Sur quatre enfants, l'un meurt à cinq ans ; les trois autres idiots, strabiques, paralytiques, inéducables sont la dernière expression des dégénérés aux trois points de vue physique, intellectuel et moral. Remarquons encore ici une sorte de marche graduelle dans l'expression des phénomènes de déchéance, moins accentués chez l'aîné des trois frères que chez les deux autres.

Citons encore un nouvel exemple emprunté au D^r F.-W.-A. Browne.

II. FAMILLE W...

Groupe de sept idiots, frères et sœurs. (The Journal of mental science, 1862, t. VIII, p. 429.)

Parents *excentriques*, que l'on croyait *consanguins*.

Onze enfants. Un frère disparu : on l'a cru noyé. Une sœur *imbécile* est encore vivante. Deux frères et une sœur bien portants.

1^o Agnès, soixante et onze ans, affectueuse particulièrement pour Thomas, calme, inoffensive, industrielle ; parole indistincte.

2^o James, soixante-neuf ans, affectueux, enfantin, brouillon, irritable, ne travaille pas.

3^o Hélène, soixante-cinq ans, affectueuse et attentive pour ses frères et sœurs, soumise, travaille volontiers comme laveuse à la cuisine, propre dans ses vêtements ; parole intelligible.

4^o David, cinquante-six ans, indifférent pour ses frères et sœurs, actif aux grosses besognes, aide les servantes, ne veut pas travailler au jardin ; aime à laver les bas.

5^e William, cinquante-trois ans, affectueux pour ses frères et sœurs, travaille au jardin mais ne veut pas arroser; ne peut parler intelligiblement.

6^e Thomas, cinquante et un ans, affectueux pour ses sœurs, indifférent pour ses frères, violent à l'occasion, se querelle avec James, aime le changement, a travaillé au jardin jusqu'à ce qu'il eût perdu l'usage de sa main droite.

7^e Mungo, quarante-sept ans, indifférent pour ses frères et sœurs, parle quelquefois à James; solitaire, taciturne, travaille dur au jardin.

Ainsi donc, ces parents excentriques et peut-être consanguins ont donné le jour à onze enfants dont huit imbéciles à différents degrés, inéducables, incapables de se suffire à eux-mêmes. L'influence de l'hérédité n'éclate-t-elle pas manifestement dans la déchéance de cette famille où les derniers membres arrivés à un âge avancé, ne vivant guère que d'une vie machinale, privés de la parole, de sentiments affectueux, sans initiative, n'étant propres qu'à exécuter des travaux manuels qu'il faut leur commander, mourront sans avoir été capables de se reproduire.

Dans les observations suivantes que nous avons recueillies, le fait de dégénérescence, sa marche sont encore plus évidents, l'état d'hérédité morbide plus net, plus accentué et ses conséquences finales plus frappantes et plus terribles.

III. FAMILLE BONT...

Père : faible d'esprit, épileptique, buveur. — Grand'mère paternelle alcoolique; grand'tante paternelle imbécile. — Cousin germain paternel, mort de convulsions.

Mère : faible d'esprit, sujette à des étourdissements et à des migraines, goitreuse; grand-père maternel alcoolique; grand-oncle maternel bégue.

Cinq enfants : un épileptique, un faible d'esprit, ivrogne; deux idiots épileptiques; un mort-né.

Antécédents héréditaires (Renseignements fournis par la mère, 43 juillet 1884). — Père : ouvrier journalier, travaillait dans les plâtrières ou dans les poteries, où il ne gagnait jamais plus de 3 fr. par jour, car il n'avait jamais eu l'intelligence développée; il ne savait pas lire; son caractère était doux. Il fumait beaucoup et faisait de fréquents excès de boisson; il était souvent

ivre plus ou moins deux ou trois fois par semaine : depuis la guerre cela ne lui arrivait plus qu'une fois par mois ; il buvait surtout du vin et de l'eau-de-vie, quelquefois de l'absinthe. On était alors obligé de le coucher, et souvent il gâtait dans ces moments-là. Pas d'excès vénériens ; il était au contraire peu porté aux rapports sexuels. Pendant trois mois, avant son mariage, il avait eu des relations avec sa femme, qui avait été attirée dans la maison par la mère du jeune homme, laquelle l'a mise en relation avec son fils. Il est mort en décembre 1879, à quarante-neuf ans, dans un accès d'épilepsie. Il travaillait alors dans une fabrique de faïence : une masse de terre est tombée sur son dos, elle n'aurait pas suffi à l'étouffer ; mais, ayant été pris d'un accès d'épilepsie, il a succombé avant qu'on ait eu le temps de le secourir. *Il était devenu épileptique à l'âge de six ans, à la suite d'une peur* : son maître d'école l'avait enfermé dans un cachot noir où les autres enfants allaient lui faire peur. Lorsqu'il s'est marié, à vingt-huit ans, sa femme ignorait absolument qu'il tombât du haut mal ; elle ne l'a su que quinze jours après le mariage, parce qu'il a eu deux accès dans une nuit. Le nombre des accès variait un peu ; il en avait tantôt trois ou quatre, tantôt cinq ou six dans une nuit. Ils venaient en général par série avec des intervalles de une ou deux semaines au plus. A mesure qu'il vieillissait ils devenaient plus fréquents. [*Père*, mort on ne sait de quoi, il travaillait à la terre. — *Mère* : journalière aux champs, bien portante, *boit* beaucoup, souvent de l'eau-de-vie et de l'absinthe ; elle s'enivre. Pas d'attaques de nerfs. — Deux frères bien portants, l'un célibataire ; l'autre a quatre enfants qui sont en bonne santé et n'ont jamais eu de convulsions. Ces deux frères sont plus intelligents que le père de nos malades. — Une sœur, bien portante, mariée, a eu dix enfants et n'en a plus que trois ; les autres sont morts tantôt de convulsions, tantôt de maladies ; on ne peut donner à ce sujet de renseignements précis. — Une tante paternelle aurait toujours été « imbécile » ; elle parlait, mais n'était au courant de rien. — Pas de paralytiques, d'épileptiques, de suicidés, de criminels, de difformes dans la famille.]

Mère : quarante-sept ans, taille petite ; journalière, paraît d'une intelligence peu développée ; cependant, elle renseigne passablement. Pas d'excès de boisson. De quinze à vingt et un ans, elle aurait eu des « faiblesses » qui revenaient plusieurs fois chaque année. Elle avait comme un étourdissement et tombait par terre : chaque fois que cela lui arrivait, elle rendait un ver (ascaride) par la bouche. Depuis la puberté, ces étourdissements ne sont pas revenus. Elle n'a été réglée qu'à vingt et un ans ; les menstrues, qui ne venaient que trois ou quatre fois par an, ne devinrent régulières qu'après le mariage ; elle ont cessé brusquement à quarante-cinq ans, lorsqu'on lui a apporté le cadavre de

son mari et ne sont plus revenues. — Elle est sujette à des *migraines* depuis l'âge de vingt ans, c'est-à-dire six ans avant son mariage. Elles consistent en douleurs de tête frontales vives, accompagnées de mouches violettes, rouges, blanches, qui volent devant les yeux, sans que ceux-ci soient douloureux; en même temps il y a des nausées violentes et parfois des vomissements aqueux. Ces accidents durent une journée, et sont moins fréquents en hiver qu'en été où ils reviennent presque toutes les semaines; ils n'ont aucun rapport avec les règles. Pas d'autres accidents nerveux. Cette personne, qui est originaire de la Savoie, a eu dans sa jeunesse un *goître*, gros comme le poing, situé sur la ligne médiane du cou, et qui disparut en un mois à la suite d'un abcès de la région sus-sternale survenu dans la convalescence d'une pleuro-pneumonie; la malade avait alors trente-huit ans. [*Père*, travaillait à la terre, est mort très vieux. Il *buvait* du vin et de l'eau-de-vie de marc, pas d'absinthe et s'*enivrait* une vingtaine de fois par an. Il n'était pas violent, cependant il battait souvent sa femme quand il était ivre. — *Mère*, serait morte enflée après avoir été longtemps malade. — Trois *frères* qui sont morts, deux tout jeunes, l'autre de la poitrine, à trente-trois ans; il avait eu un enfant qui est mort en bas âge, on ne sait de quoi. — Cinq *sœurs* dont quatre sont mortes jeunes; la cinquième est morte vers quarante ans, on ne sait de quoi; elle n'était pas mariée et n'avait pas d'enfants. — Un *oncle paternel* était *bégué*, à un degré très prononcé. — Pas d'aliénés, de goitreux, de convulsifs, etc., dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Six enfants : 1° un *garçon* mort à dix-huit ans, le 2 décembre 1879, à l'hôpital Tenon, d'une bronchite chronique. Il était devenu *épileptique* « aux germes de ses dents », à six mois. Il n'était pas plus intelligent que nos malades, ses frères; cependant il travaillait un peu dans les fabriques de faïence et gagnait 50 centimes par jour.

2° Un *garçon*, dix-sept ans, sert les maçons, paraît peu intelligent; il n'a jamais rien appris à l'école; il a été soigné à l'hôpital des Enfants-malades, pour la gourme et la teigne; il n'a pas eu de convulsions et ne tombe pas; il est déjà *ivrogne*;

3° Notre malade Philippe;

4° Notre autre malade Julien;

5° Fausse couche à sept mois et demi;

6° *Enfant mort-né*. Ces deux derniers étaient bien conformés.

Nous allons maintenant rapporter l'histoire personnelle de chacun des deux enfants *idiots épileptiques*.

OBSERVATION I. — IDIOTIE; ÉPILEPSIE NOCTURNE.

Premières convulsions à sept mois; — peur à dix ans: premier accès d'épilepsie. Caractère et marche des accès; fièvre continue à douze ans. — Description du malade; — blésité: amélioration de l'état-intellectuel. — Hydrothérapie (amélioration); bromure de nickel, etc.; aggravation de l'épilepsie.

Bont... (Philippe-Désiré), né à Bourg-la-Reine, le 13 mars 1866 est entré le 23 mai 1881 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents personnels (Renseignements fournis par la mère, 13 juillet 1881). — *Grossesse* bonne, pas d'alcoolisme; pas de traumatisme, accouchement à terme, naturel. Rien de particulier à a naissance. L'enfant, élevé au sein par sa mère jusqu'à vingt et un mois, a marché à dix-sept mois, a été propre à deux ans, a parlé vers un an. *Premières convulsions internes* (?) à sept mois: pendant la nuit on s'est aperçu qu'il avait les yeux égarés, on n'a pas vu les convulsions. A dix ans, il eut *peur* d'un cheval emporté qui courait vers lui et trois jours après, il eut son *premier accès*, puis un second huit jours plus tard. Depuis lors il en a toujours eu environ tous les mois; ils sont plus fréquents quand il a des contrariétés. On n'en a jamais noté plus de deux en vingt-quatre heures; ils sont plus souvent nocturnes que diurnes. Le plus long intervalle entre deux accès serait de trois à quatre semaines. Les accès seraient précédés d'une *aura*. L'enfant les sent venir et dit: « Maman, cela me prend »; il disait aussi qu'il avait les membres engourdis, tantôt les bras, tantôt les jambes. Il n'a jamais eu d'accès aussi forts que son frère Julien. Il ne pousse pas de cri: rigidité générale, égale des deux côtés, pas de secousses, de stertor, d'écume, ni de morsure de la langue. (Le père et le frère aîné se mordaient la langue, ronflaient et écumaient.) Il s'endort quelquefois après les accès ou reste hébété; pas d'hallucinations. Aucun traitement.

Comme maladies antérieures, l'enfant n'a eu qu'une fièvre muqueuse qui a duré un mois et pour laquelle il a été soigné aux *Enfants-malades*: il avait alors douze ans. — Pas de signes de scrofule: quelques glandes seulement au cou, non abcédées. — Sommeil bon, sans peurs; pas d'onanisme.

A l'école, il n'a presque rien appris: il se sauvait de l'école et allait jouer dans le pays ou se cachait: depuis deux ans, il n'y allait plus que le matin et travaillait le reste de la journée dans des fabriques de faïence où il gagnait 0,40 par jour. Il était peu obéissant, n'était pas gourmand; il mangeait salement « comme défunt son père »; il s'habillait et se lavait seul, mais mal et il fallait l'aider. Il est assez peureux.

MOIS	1881		1882		1883		1884	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			»	»	»	»	5	»
Février			»	»	4	»	12	»
Mars.....			»	»	»	»	8	»
Avril			»	»	»	»	43	»
Mai.....	»	»	»	»	»	»	4	»
Juin.....	»	»	»	»	4	»	7	
Juillet.....	»	»	»	»	2	»	13	
Août.....	»	»	4	»	7	»	11	
Septembre.....	»	»	»	»	4	»	15	
Octobre.....	»	»	»	»	3	»	18	
Novembre.....	»	»	»	»	7	»	16	
Décembre.....	»	»	»	»	8	»	42	
Totaux.....	»	»	1	»	33	»	134	

1881. Juillet. Poids : 39 kil. 200. Taille : 1^m 46.

1882. Juillet. Poids : 43 kil. 200. Taille : 1^m 53.

1883. Juin. Poids : 51 kil. 500. Taille : 1^m 61.

1884. Janvier. Poids : 55 kil. 600. Taille : 1^m 64.

1885. Janvier. Poids : 58 kil. 80. Taille : 1^m 67.

1885. Juillet. Poids : 58 kil. 50. Taille : 1^m 78.

1884. 7 mai. — *Etat actuel.* Tête de grosseur moyenne, ronde, régulière; les bosses frontales sont saillantes, les bosses pariétales très accentuées semblent égales; au-dessous d'elles, il existe une dépression qui est plus marquée à droite, méplat peu prononcé à l'angle supérieur de l'occipital qui est saillant. L'occipital est aplati, les deux bosses occipitales saillantes, surtout la droite.

Circonférence au niveau de l'attache des oreilles, 0,55; de la racine du nez à la protubérance occipitale externe, 0,34; d'une oreille à l'autre, 0,31; diamètre antéro-postérieur (compas Budin), 47,5; diamètre bi-pariétal, 44,7; diamètre bi-temporal, 43. *Face* : ovale, régulière et symétrique. *Front* assez élevé, étroit : pas de dépressions latérales. — *Arcades sourcilières* : peu prononcées. *Nez* moyen, un peu déprimé à sa racine. — *Yeux* petits; iris gris-bleu; pupilles égales et contractiles. — *Strabisme* convergent surtout du côté droit. — *Bouche* moyenne, lèvres normales, voûte palatine peu profonde, assez large, pharynx régulier et symétrique.

— *Maxillaire supérieur* régulier et symétrique; quatorze dents permanentes saines, mais un peu écourtées : il en est de même du *maxillaire inférieur* ; les gencives sont saines, l'articulation des mâchoires normale ; *menton* rond ; *oreilles* grandes, bien ourlées, écartées de la tête, lobule détaché.

Le *cou* ne présente rien de particulier : la *colonne vertébrale* est rectiligne. Sur le *thorax*, bien conformé d'ailleurs, on ne note qu'une saillie exagérée des clavicules à leur tiers interne. Les *membres*, supérieurs et inférieurs, bien conformés, bien musclés, ne présentent pas de traces de rachitisme ; les doigts sont longs, les ongles normaux, la voûte plantaire bien accentuée ; la coloration des extrémités est normale. Les *appareils respiratoire et circulatoire* sont absolument intacts ; l'*appareil digestif* fonctionne régulièrement, le foie et la rate sont normaux ; l'abdomen, souple, ne présente pas de saillie exagérée.

Organes génitaux : verge assez volumineuse, pas de phimosis, méat normal, testicules bien développés.

Peau : cheveux, cils, sourcils châains, abondants ; poils assez abondants sous les aisselles et au pubis, plus rares sur les jambes, les cuisses, et les bras ; léger duvet à la lèvre supérieure. Deux cicatrices de vaccin sur le bras droit, trois sur le bras gauche ; de ce côté, cicatrice de vésicatoire à la partie moyenne et externe du bras.

La *sensibilité générale* est normale : la *sensibilité spéciale* intacte : cependant l'enfant ne lit que de très près les petits caractères : blésité assez accentuée. *Dynamomètre* : M. G. 105 ; M. D. 110.

L'*état intellectuel* de cet enfant s'est considérablement amélioré depuis son entrée. A ce moment, il ne savait lire que les lettres, n'écrivait que mal et en gros caractères, ne savait pas un mot d'orthographe, ne connaissait, en fait d'arithmétique, que l'addition de petits nombres : il ne connaissait bien que les choses usuelles. Caractère tranquille, mais aussi indolent que possible. Actuellement, il a fait de grands progrès en lecture et syllabe assez bien ; il écrit en caractères moyens, mais l'orthographe est encore défectueuse, il sait les trois premières opérations d'arithmétique.

La *mémoire* est toujours faible, la compréhension lente ; les progrès ont été aussi marqués pour les exercices physiques et cet enfant sait actuellement un peu d'escrime, de danse et de gymnastique. En somme, il s'est beaucoup amélioré, il est moins grossier, plus docile et plus courageux au travail. — Il n'est pas méchant, n'a pas de mauvais instincts. On l'a surpris parfois se masturbant en cachette ; pas de gâtisme. Les sentiments affectifs sont peu développés ; cependant il accueille assez bien ses parents et surtout lorsqu'ils le font sortir.

1885. La publication de ce travail ayant été retardée, nous ajouterons quelques nouveaux détails. En février, B... a essayé de se sauver, entraîné par l'enfant Rouz. — Il a été envoyé à l'atelier de serrurerie en janvier 1884; ses progrès sont très lents. Il a été soumis depuis l'entrée à divers traitements : *hydrothérapie* (1881, 1882, 1883) : c'est durant cette période qu'il a eu le moins d'accès; *bromure de nickel* (mars-août 1884); enfin à l'*élixir polybromuré* (janvier 1885); ces deux médicaments n'ont amené aucune amélioration ainsi que cela ressort du tableau et aussi de ce fait que du 1^{er} janvier au 31 juillet 1885, B... a eu 80 accès toujours nocturnes. — Les signes de la *puberté* se sont accentués, les moustaches se dessinent bien; les poils sont assez nombreux au menton et à la partie supérieure et externe des joues. — Les poils sont plus abondants au pénis. — La verge mesure 9 cent. 5 de longueur et 5 de circonférence; le gland, en partie découvert, est découvrable, le méat normal, les bourses sont pendantes, plus à gauche qu'à droite; les testicules sont égaux, de la dimension d'un œuf de pigeon.

OBSERVATION II. — IMBÉCILLITÉ; ÉPILEPSIE.

Premier accès à six mois. — Marche des accès. — Description du malade, blésité. — Progrès réalisés sous l'influence du traitement : école, gymnastique, travail professionnel, hydrothérapie, etc.

Bout... (Désiré-Xavier), dit Julien, né à Bourg-la-Reine, le 5 avril 1868, entré le 23 mai 1881 à Bicêtre. (Service de M. BOURNEVILLE.)

Antécédents personnels (Renseignements fournis par la mère, juillet 1881). — *Grossesse* bonne; cependant la mère aurait eu des émotions fréquentes, par suite de scènes que sa belle-mère venait lui faire, étant ivre, montant la tête au mari auquel elle reprochait de nourrir des bâtards. Cependant la mère assure que cet enfant, comme les autres, est bien du père légal : pas d'alcoolisme. *Accouchement* à terme, naturel. Rien de particulier à la naissance de l'enfant. Elevé au sein par sa mère jusqu'à dix-huit mois, il a marché à vingt mois, a commencé à dire quelques mots à un an, a été propre à dix-huit mois. Jamais de convulsions. A six mois « au germe de ses dents », *premier accès*; deuxième accès à deux ans; troisième accès vers trois ans, attribué à une *pur* causée par un obus pendant la Commune. A partir de ce moment, les accès revinrent tous les deux ou trois jours et sont toujours allés en augmentant. Ils sont diurnes et nocturnes, leur maximum n'a

jamais dépassé quatre en vingt-quatre heures ; le plus long intervalle entre deux accès était de huit à dix jours.

Pas d'aura. Bont... pousse un cri et tombe *raide*, également des deux côtés, quelques secousses ; pas de ronflement, pas d'écume ; miction involontaire. Il s'endort quelquefois après les accès et est toujours très hébété. Pas d'hallucinations ni de délire. — Aucun traitement.

Pas de maladies antérieures, sauf une diarrhée sanguinolente à l'âge de trois ans, pour laquelle il fut soigné aux Enfants-malades. — Croûtes dans les cheveux, adénites cervicales non supprimées, ophthalmies pendant deux ou trois mois.

Le sommeil est bon, sans cauchemars ; il est moins peureux que son frère ; cependant, quand les accès le prennent, il veut qu'on reste auprès de lui et qu'il y ait de la lumière parce qu'il a peur.

Le caractère est assez doux et affectueux, il est bon pour les animaux, quelquefois il est méchant avec les autres enfants ; il n'est pas voleur ni malfaisant, un peu gourmand sans salacité ; il mange salement, ne s'habille pas tout à fait seul ; pas d'onanisme. A l'école il apprenait mieux que son frère, bien que quelquefois il se laissât entraîner par celui-ci à faire l'école buissonnière.

MOIS	1881		1882		1883		1884	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			1	»	1	»	4	»
Février			4	»	3	»	2	»
Mars			1	»	4	»	4	»
Avril			1	»	4	»	7	»
Mai	3	»	3	»	2	»	6	»
Juin	5	»	1	»	3	»	4	»
Juillet	3	»	2	»	2	»	9	»
Août	5	»	4	»	4	»	1	»
Septembre	7	»	4	»	1	»	3	»
Octobre	7	»	»	»	2	»	2	»
Novembre	4	»	2	»	2	»	4	»
Décembre	1	»	1	»	3	»	9	5
Totaux	32	»	24	»	31	»	55	5

1881. Mai. — Poids : 30 kil. 600. Taille : 1^m,35.

1882. Janvier. — Poids : 33 kil. 400. Taille : 1^m,36.

1883. Janvier. — Poids : 36 kil. 400. Taille : 1^m,42.

1884. Janvier. — Poids : 43 kil. 100. Taille : 1^m,50.

1884. Juin. — Poids : 46 kil. Taille : 1^m,55.

1885. Janvier. — Poids : 46 kil. 60. Taille : 1^m,565.

1885. Juillet. — Poids : 50 kil. 10. Taille : 1^m,57.

1884. 7 mai. — *Etat actuel.* Tête volumineuse, ovale, régulière et symétrique : bosses frontales à peine saillantes ; bosses pariétales très marquées et égales ; au niveau de l'angle supérieur de l'occipital, méplat d'une étendue de 4 centimètres carrés environ, oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; au bord supérieur de ce méplat se trouve une saillie assez marquée ; les bosses occipitales n'offrent rien de particulier à signaler. — *Front* bas et étroit, sans dépressions latérales ; *arcades sourcilières* à peine saillantes.

Circonférence au niveau de l'attache des oreilles : 0,55 ; de la racine du nez à la protubérance occipitale externe : 0,36 ; d'une oreille à l'autre : 0,36 ; diamètre antéro-postérieur (compas Budin) : 18,5 ; diamètre bi-pariétal, 14,5 ; diamètre bi-temporal, 12.

Visage rond, régulier, symétrique. — *Yeux* moyens ; iris gris-bleu, pupilles égales et contractiles, pas de strabisme. *Nez* petit, assez déprimé à sa racine. — *Oreilles* grandes, bien ourlées, très écartées de la tête, lobule aux trois quarts distinct. *Bouche* grande, lèvres épaisses surtout l'inférieure, voûte palatine un peu profonde, régulière, pharynx normal. — Les *maxillaires* sont réguliers et symétriques ; vingt-huit dents saines, un peu écartées les unes des autres, léger *prognatisme* inférieur, les incisives s'articulent bout à bout, en obliquant en avant : gencives saines. — *Menton* rond.

Cou régulier, un petit ganglion au niveau du sterno-mastoïdien gauche. — *Thorax* : la colonne vertébrale présente une double concavité, la supérieure dorsale tournée à gauche et l'inférieure ombaire tournée à droite. — Les *membres* supérieurs et inférieurs sont bien développés, bien musclés, ne présentent aucune trace de rachitisme ; les doigts sont longs, les ongles normaux, la voûte plantaire est bien concave.

Les *appareils respiratoire et circulatoire* ne présentent aucune lésion ; l'*appareil digestif* fonctionne bien, l'abdomen n'est pas saillant, le foie et la rate sont normaux.

Organes génitaux : verge assez volumineuse, pas de phimosis, méat normal, testicules assez développés ; pas d'onanisme signalé.

Peau : cheveux, sourcils et cils châtain-clair assez abondants ;

quelques poils au pubis; visage glabre, pas de poil sous les aisselles ni sur les membres; une cicatrice de vaccin à l'extrémité inférieure du deltoïde droit, deux à gauche; sur la partie médiane et extrême du bras de ce côté cicatrice de vésicatoire. Au niveau des fausses côtes et de chaque côté on trouve une petite tumeur papillomateuse de la grosseur d'un noyau de cerise; tache pigmentaire de la largeur d'une lentille au niveau des premières vertèbres dorsales.

La *sensibilité générale* est normale; les *sens spéciaux* sont intacts: l'odorat seul paraît un peu obtus. — *Blésité* très légère.

Dynamomètre. M.-D.: 78. — M.-G.: 69.

Les progrès que cet enfant a réalisés depuis son entrée sont encore plus marqués que ceux qu'a faits son frère, qui est d'ailleurs beaucoup moins éduicable. Au moment de son admission, il ne savait guère lire que les lettres et syllabait avec peine en bégayant beaucoup; il écrivait un peu, mais très mal et ne pouvait lire son écriture; il était à peu près nul en calcul, et ne savait rien en orthographe, il connaissait peu les choses usuelles. Aujourd'hui, il lit couramment et blèse à peine; il fait les quatre opérations d'arithmétique, il écrit d'une façon très lisible, sait un peu d'orthographe; il ne reste guère en arrière que pour les exercices physiques et les travaux manuels, il connaît tous les objets usuels. Sa mémoire est bonne, il comprend assez bien les explications qu'on lui donne: il travaille bien et se montre docile et assez travailleur. Il n'a pas de mauvais instincts; mais il est parfois violent et se bat souvent avec ses camarades: il n'est pas gâteux. Les sentiments affectifs sont peu développés: s'il aime bien à voir ses parents, c'est surtout parce qu'ils lui apportent des friandises ou qu'ils l'emmènent à la promenade.

1885. *Juillet*. L'enfant travaille à l'atelier de *cordannerie* depuis le 13 novembre 1883; il a fait quelques progrès. — L'épilepsie paraît s'aggraver, comme l'indique le tableau des accès et aussi le relevé des sept premiers mois (34 accès), malgré les traitements auxquels le malade a été soumis (*hydrothérapie, bromure de nickel, élixir polybromuré*). — Les signes de la *puberté* ne se sont pas accusés au visage, mais les organes génitaux se sont développés. Les poils, noirs, sont assez abondants au pénil et à la racine des bourses qui sont pendantes, plus à gauche qu'à droite. — *Verge* volumineuse (10 cent. de long et 9 cent. 5 de circonférence); gland en partie découvert, découvrable; méat normal. Parfois onanisme.

Le tableau ci-contre met en relief les points particuliers de

ces observations se rapportant au sujet qui nous occupe actuellement :

Père : une sœur imbécile.	{	2 fils bien portants. 1 fille a eu 10 enfants dont plusieurs morts de convulsions.		
Mère : ivrogne.	{	1 fils : père de nos ma- lades, faible d'esprit, épileptique, excès de boisson.	} 6 enfants :	1 ^o Fils mort à 18 ans, imbécile et épilep- tique ;
Père, ivrogne ; un frère, bègue.	{	1 fille, mère de nos malades, intelligence faible, mal réglée, migraineuse et goi- treuse.		2 ^o Fils de 17 ans, ivrogne, faible d'esprit ;
	{	5 filles, mortes, dont 4 jeunes ; 3 fils, 2 morts jeunes, le 3 ^e . tuberculeux à 33 ans.		3 ^o Fils imbécile et épi- leptique. 4 ^o Fils imbécile et épi- leptique ; 5 ^o Fausse couche à 7 mois ; 6 ^o Enfant mort-né.

En résumé, hérédité double déjà du côté du père de nos malades, qui avait une tante paternelle imbécile et dont la mère était ivrogne : nous ne faisons que signaler ce dernier point sans nous y appesantir, l'influence des habitudes alcooliques sur la genèse et la transmission des affections du système nerveux, si bien décrite par Morel et tant de fois constatée par bon nombre d'observateurs, n'étant plus à discuter. Cette influence de l'hérédité se fait déjà sentir dans la famille du père qui voit plusieurs de ses neveux mourir de convulsions en bas âge et qui lui-même, faible d'esprit, ivrogne, succombe aux atteintes du mal comitial.

D'un autre côté le grand père maternel de nos malades était ivrogne, un de ses frères bègue ; cette dernière affection, de même que le strabisme, si légère qu'elle puisse paraître au premier abord, est la trace d'un état névropathique déjà profond. Dans un récent mémoire (*Arch. Neurolog.*, janvier 1884), M. Féré, « considérant les associations convulsives qui accompagnent souvent le bégaiement et qui s'exagèrent encore sous l'influence de l'émotivité si commune chez les bègues, pense qu'elles montrent qu'il ne s'agit pas là d'une anomalie de développement localisée et accidentelle, mais d'un état névropathique qui a des racines profondes dans la constitution et qui mériterait d'être classé parmi les névroses. On le rencontre d'ailleurs souvent, ajoute-t-il, à des degrés variables chez

les sujets atteints d'affections nerveuses ou dans leurs familles ». L'observation II est un exemple de ce fait, aussi la mère de nos malades porte-t-elle les traces de cette tare héréditaire : faible d'esprit, migraineuse et goitreuse, elle voit aussi sept de ses frères et sœurs mourir jeunes, l'un de *tuberculose*.

Avec de pareils antécédents, sous l'influence de cette hérédité double accumulée sur leurs têtes depuis deux générations, quoi d'étonnant à ce que nous trouvons chez les enfants ces signes de déchéance que nous avons rapportés en détail pour deux d'entre eux, et qui, lorsqu'ils ne meurent pas jeunes, en font des épileptiques, des ivrognes, des imbéciles à différents degrés.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS

UNE OBSERVATION DE MALADIE DE THOMSEN;

Par MM. A. PITRES et L. DALLIDET.

M. M... (Edouard), âgé de vingt-cinq ans, né à Bordeaux où il dirige une fabrique de poteries, est atteint depuis son enfance de raideurs musculaires qui se produisent au début des mouvements volontaires et qui nous ont paru reproduire très fidèlement le tableau de la maladie de Thomsen.

Antécédents héréditaires. — Les *grands parents* de M. M... sont morts à un âge avancé sans avoir eu d'affections du système nerveux.

Son père est âgé de soixante-dix-sept ans et jouit d'une excellente santé qui lui permet encore d'avoir une vie très active. Il mène une existence régulière et n'a jamais fait aucun excès. Petit et trapu, il ne présente aucun phénomène nerveux. Marié tardivement, il a eu néanmoins une nombreuse famille.

Sa mère, âgée de cinquante-cinq ans, est petite et assez bien musclée. Elle jouit d'une santé plus délicate, sans avoir jamais eu cependant aucune maladie grave. On remarque chez elle une certaine pâleur des téguments. Vers l'âge de quinze ans, M^{me} M... se rappelle avoir eu des troubles analogues à ceux dont se plaint

aujourd'hui son fils et caractérisés par une certaine raideur musculaire. Les renseignements qu'elle nous donne à ce sujet sont assez confus. Cette gêne des mouvements volontaires aurait disparu au bout de deux ou trois ans : on n'en trouve aucune trace actuellement. Elle aurait été remplacée par des crampes musculaires très douloureuses et très fréquentes qui surviennent brusquement, inopinément à toute heure du jour et de la nuit. Ces crampes, moins douloureuses et moins fréquentes qu'autrefois, sont localisées maintenant dans les masses sacro-lombaires. Elles apparaissent sans cause appréciable et ne sont point en rapport avec l'exécution d'un mouvement volontaire. Elles se produisent aussi bien au repos que pendant l'action ; souvent même elles surviennent la nuit avec assez d'intensité pour provoquer le réveil.

M. et M^{me} M... ont eu six enfants. Les trois premiers, ressemblant physiquement à leur père, n'ont jamais présenté aucun trouble appréciable de la motricité ; les trois derniers, au contraire, qui ont été atteints à des degrés divers de raideurs musculaires à l'occasion des mouvements volontaires, ressemblent tous trois à leur mère : la couleur du teint, les traits du visage, l'expression de la physionomie rappellent le portrait de la mère. Nous avons pu examiner tous les membres survivants de cette famille et voici les notes que nous avons prises sur eux :

1° L'aîné des enfants de M. et M^{me} M..., âgé de trente-cinq ans, est assez fortement dyspeptique. — Il est marié et père de trois petites filles dont l'aînée a aujourd'hui douze ans. Ces fillettes sont minces, chétives, d'une santé délicate, mais n'ont aucun trouble du système musculaire ni aucune maladie du système nerveux. Un quatrième enfant mort du croup à l'âge de trois ans, avait joui, jusqu'à l'explosion des accidents diphtéritiques, d'une bonne santé ;

2° Le second fils, âgé de trente-deux ans, n'a jamais été malade. Il mène une vie très active et fait tous les voyages pour la maison de commerce de son père ;

3° Le troisième enfant était une fille morte de phthisie pulmonaire ;

4° Le quatrième a vingt-six ans. Il a exactement la même maladie, quoique à un degré plus faible, que le frère qui fait le sujet de cette observation. Les troubles fonctionnels que l'on observe du côté du système musculaire sont les mêmes et se reproduisent dans les mêmes conditions. La maladie a évolué lentement, sans que l'on y prenne garde. Le jeune homme, du reste, ne s'est jamais plaint de son état et ne consentira à se laisser soigner que lorsqu'il se sera assuré d'une amélioration chez son frère. Nous n'avons pu l'examiner avec détail, cependant nous pouvons dire qu'il est moins gêné dans ses mouvements. D'un autre côté l'hy-

hypertrophie de différents groupes musculaires est moins prononcée. Le cou est moins gros, les cuisses moins fortes, le biceps moins saillant que chez notre sujet. L'attitude du corps est la même, les membres sont courts; la situation de repos des membres supérieurs est une légère flexion de l'avant-bras sur le bras; la main est ordinairement à demi fermée. — Quoique plus âgé que son frère, la maladie aurait évolué chez lui plus lentement et serait arrivée à un degré moins avancé. Il a pu faire, non sans gêne il est vrai, une année de service militaire à l'âge de vingt ans;

5° Edouard M..., notre malade, arrive le cinquième dans l'ordre de la progéniture;

6° Le plus jeune des enfants est une jeune fille âgée de dix-neuf ans. D'une santé délicate, d'une figure pâle, elle est manifestement anémique. Elle est bien musclée, ses membres sont forts et arrondis sans qu'il y ait véritablement de l'hypertrophie musculaire. Jusqu'à l'âge de quinze ou seize ans, elle a ressenti une certaine gêne à l'occasion des mouvements volontaires; depuis cette époque, la gêne a diminué peu à peu et il n'en reste plus traces aujourd'hui.

Antécédents personnels. — M. Edouard M... a été bien portant pendant sa première enfance. Il n'a jamais eu de convulsions d'aucune sorte ni de symptômes méningitiques. « C'était, dit sa mère, un bel enfant; tout le monde m'en faisait compliment et j'en étais fière. » Il a marché vers l'âge d'un an. Il a eu la rougeole vers trois ans.

Il est difficile de savoir exactement à quelle époque a débuté la gêne des mouvements qui préoccupe aujourd'hui M. M... Il est probable qu'elle date de la première enfance et qu'elle s'est accentuée progressivement et lentement. M. M... affirme qu'il a toujours été gêné pour exécuter certains mouvements. Etant en pension, il pouvait quand il était échauffé, courir et s'amuser avec ses petits camarades, mais il ne se mettait pas en train comme eux. L'hiver il était encore plus gêné que l'été. Jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, la maladie a progressé avec une extrême lenteur.

Depuis cette époque, elle a fait, paraît-il, des progrès plus rapides et est arrivée à occasionner une impotence fonctionnelle relative assez grande pour inquiéter sérieusement le malade. Jusqu'à il y a deux ans, les troubles musculaires n'acquerraient une certaine intensité que pendant la saison froide; actuellement ils sont très appréciables, même pendant l'été. Il n'y a jamais eu d'aggravation brusque.

Etat actuel en 1884. — Le premier symptôme qui fixe l'attention, c'est le volume considérable des muscles. Presque tous les muscles

volontaires font des saillies volumineuses et sont véritablement hypertrophiés. Les bras et les avant-bras sont très développés. Le biceps forme sur la face antérieure du bras une saillie considérable qui devient une véritable tumeur dure et bombée quand le muscle entre en contraction. Le poignet est grêle. La main est courte et paraît très épaisse par suite du volume des muscles des éminences thénar et hypothénar. Les doigts sont maigres, courts : ils sont habituellement tenus écartés les uns des autres et à demi fléchis. Les cuisses ont un volume considérable. Le triceps fémoral est surtout très développé; ses trois chefs se dessinent avec netteté sous la peau : ils se terminent brusquement sur le tendon rotulien et forment de chaque côté du genou de gros bourrelets musculaires qui rappellent un peu l'aspect des culottes bouffantes du règne de Henri II.

Le genou au contraire est grêle. Les mollets sont très gros, mais ne semblent pas atteindre des dimensions comparables à celles des muscles de la cuisse. Le pied est petit, sec, osseux.

D'une façon générale, les membres sont gros et courts. Les os sont plutôt grêles. Quoique le sujet soit de petite taille, il semble que les membres inférieurs et supérieurs sont moins longs que chez un sujet de même taille.

L'hypertrophie des muscles sacro-lombaires est considérable. Ces masses musculaires laissent entre elles une profonde gouttière. La lordose des vertèbres lombaires est très manifeste. Les muscles du thorax sont également plus gros qu'à l'état normal.

Au cou, les sterno-cléido-mastoïdiens, dans leur partie supérieure surtout, présentent un développement anormal. Ils forment de chaque côté deux larges bandes qui rendent le cou presque aussi large que la face. Ces deux muscles, dans leur contraction, gênent considérablement les mouvements de la tête.

La mensuration des membres donne les chiffres suivants :

Milieu du bras droit, biceps relâché	31 centim.
— — biceps contracté	35
— gauche, biceps relâché	30,5
— — biceps contracté	34
Avant-bras droit, muscles relâchés	26
— — muscles contractés	27
— gauche, muscles relâchés	26
— — muscles contractés	26 1/2
Milieu de la cuisse droite	58
— gauche	58
Mollet droit	40
— gauche	40
Poignets	15
Jambe au dessus des malléoles	23

Lorsque les muscles sont au repos, ils ont une consistance élastique à peu près normale. Lorsqu'ils sont contractés, ils deviennent durs comme du bois. De plus, au lieu d'être uniformément renflés et de former des saillies lisses, ainsi que le font les muscles normaux; ils sont irrégulièrement bossués, présentant çà et là des dépressions ou des nœuds qui leur donnent un aspect tout à fait singulier.

La force musculaire paraît être assez bien conservée, mais elle est loin d'être en rapport avec le volume considérable des muscles et l'énergie apparente de leur contraction.

L'exploration dynamométrique donne les chiffres suivants :

Main droite	29 kilogr.
— gauche	26

Ces chiffres sont sensiblement inférieurs à la moyenne fournie par les sujets sains. Chez l'homme, en effet, la force de pression des mains est, à l'état normal, d'environ 45 à 50 kilogrammes en moyenne.

La force de pression des membres inférieurs de M. M... (le dynamomètre étant placé dans le jarret) est égale à la moyenne physiologique, qui est de 33 kilogrammes environ. Nous trouvons, en effet, chez notre malade :

Membre inférieur droit	30 kilogr.
— gauche	34

Nous avons essayé de mesurer la force des muscles sacro-lombaires de M. M... en fixant le dynamomètre à ses deux extrémités, par deux courroies de cuir qui prenaient leur point d'appui l'une sur un crochet fixé au sol, l'autre sur la nuque du sujet dont on avait eu soin d'infléchir légèrement le tronc en avant. L'effort de redressement de la colonne vertébrale, produit surtout par la contraction des muscles sacro-lombaires, a été de 83 kilogrammes, chiffre à peu près normal.

Il convient de dire, du reste, à propos de ces muscles, que le malade peut abaisser et relever le tronc sans trop de difficultés, et que, placé à genoux ou étendu par terre, il se relève naturellement sans être obligé d'appuyer ses mains sur les cuisses, comme le font les malades atteints de paralysie pseudo-hypertrophique.

Les réactions électriques des divers muscles des membres et du tronc de M. M... nous ont paru être normales. M. le Dr Bergonié, chargé du service électro-thérapeutique annexé à la clinique, a exploré à diverses reprises les muscles de notre malade et a constaté l'intégrité de leurs réactions. Voici les résultats de l'examen qu'il a pratiqué sur le biceps brachial :

I. *Courants galvaniques.* (Électrode indifférente appliquée sur le sternum, électrode différente sur le point moteur du muscle.)

- 4 éléments Gaiffe · I = 0,5 milliampères
 KSZ
 Pas d'autres réactions.
- 8 éléments : I = 2,25 milliampères.
 KSZ
 Pas d'autres réactions.
- 12 éléments : I = 5 milliampères.
 KSZ
 KOZ=O
 An OZ=O
 An SZ très faible.
- 16 éléments : I = 10 milliampères.
 KSZ très fort.
 KOZ=O
 An OZ=O
 An SZ=KSZ
- 20 éléments : I = 19 milliampères.
 KSTe
 KOZ très faible.
 An OZ=O
 An STe

II. *Courants faradiques.* (Appareil à chariot de Tripié excité au moyen de deux grands éléments de Gaiffe.)

- A. Bobine à gros fil : Résistance = 0 99
 Écartement des bobines, 15 c. Aucune contraction.
 » » 12,5 Très légère contraction au niveau des électrodes.
 » » 10 Contraction forte générale.
- B. Bobine à fil moyen : Résistance = 12,48
 Écartement des bobines, 20 c. Aucune contraction.
 » » 15 Légères contractions partielles.
 » » 12,5 Contraction à peu près générale.
 » » 10 Contraction générale forte, plus forte qu'avec la bobine à gros fil à la même distance.
- C. Bobine à fil fin : Résistance = 9.60
 Écartement des bobines, 12,5 c. Aucune contraction.
 » » 10 Légère contraction.

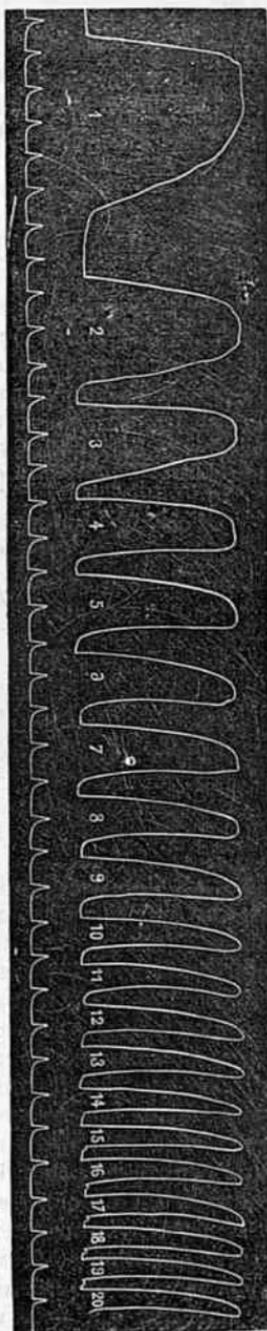
Arrivons à l'étude des *troubles fonctionnels* qui caractérisent la maladie de M. M... Ils se réduisent en somme à ceci : toutes les fois que le malade veut exécuter un mouvement, il éprouve, dans les muscles qui doivent se contracter, une gêne, une raideur, qui rendent l'exécution du mouvement voulu plus lente et plus pénible qu'à l'état normal. Il semble que les muscles contractés soient peu

extensibles, qu'ils tirent en sens inverse de la direction voulue. Cette résistance musculaire ne se produit qu'au début des mouvements volontaires; elle s'atténue et disparaît par le fait seul de la répétition du même mouvement. Si, par exemple, on dit à M. M... de fléchir et d'étendre successivement l'avant-bras sur le bras plusieurs fois de rang, les premiers mouvements sont lents, difficiles, pénibles; puis, quand le malade a réussi à les exécuter quatre ou cinq fois, ils deviennent aussi rapides et aussi faciles que chez un sujet sain. Si M. M... veut monter un escalier, il a beaucoup de peine à franchir la première marche, il s'élève moins péniblement sur la deuxième, et quand il est arrivé à la cinquième ou à la sixième, il peut escalader les suivantes avec la plus grande facilité, deux par deux s'il le faut. « Plus je vais, dit-il, plus je suis dégourdi. »

En observant avec un peu d'attention la façon dont notre malade exécute les mouvements volontaires les plus simples, tels que l'extension et la flexion des doigts, il est assez facile de s'assurer que ce ne sont pas à proprement parler les premières *contractions* musculaires qui sont difficiles et pénibles, mais plutôt les premières *décontractions*. Si on lui donne la main à serrer, il exécute avec hardiesse et rapidité le mouvement de flexion des doigts, puis, ce mouvement exécuté, il éprouve une peine extrême à étendre les doigts, et la main reste serrée pendant un temps relativement fort long.

Mieux encore que l'observation directe, les *tracés myographiques*

Fig. 2. — Inscription d'une série de vingt contractions volontaires exécutées aussi rapidement que possible. On voit que les premières contractions sont beaucoup plus lentes que les dernières.



mettent en évidence cette difficulté particulière du relâchement des muscles préalablement contractés.

Le tracé reproduit dans la *figure 2* a été obtenu en plaçant dans la main de M. M... une boule de caoutchouc reliée par un tube à air avec un tambour inscripteur de M. Marey. Le malade est prié de serrer et de lâcher cette boule aussi rapidement que possible. Ces mouvements s'inscrivent sur le cylindre enregistreur en même temps qu'un chronographe marque les secondes. Il suffit de jeter un simple coup d'œil sur cette figure pour constater l'accélération progressive des contractions : la première dure huit secondes, la deuxième quatre, la septième deux, la dix-huitième une, etc. On y voit aussi très nettement que la période de raccourcissement du muscle est sensiblement égale dans toutes les contractions, tandis que la période de relâchement (qui correspond sur le tracé aux lignes descendantes) se raccourcit très notablement à mesure que les contractions se répètent.

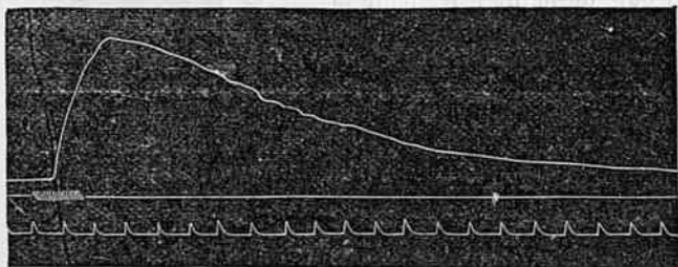


Fig. 3. — Décontraction très lente du muscle dans la maladie de Thomsen, lorsque l'excitation a été portée sur le muscle reposé.

Des phénomènes analogues se produisent lorsque le muscle est téτανisé par le passage d'un courant faradique assez intense à interruptions rapides. La *figure 3* montre les formes de la contraction électrique des muscles fléchisseurs de la main chez notre malade. Une boule de caoutchouc étant placée dans la paume de la main, on lance les courants dans les muscles fléchisseurs. Si le muscle est reposé lorsque cette excitation a lieu, il se contracte brusquement, puis, lorsque l'excitation cesse, il revient avec une grande lenteur à son état de repos physiologique (*Fig. 3*). Au contraire, lorsque le muscle a subi plusieurs excitations antérieures, il se décontracte aussi brusquement qu'il s'est contracté (*Fig. 4, A*), et dans ces conditions il n'y a pour ainsi dire pas de différences entre la courbe fournie par les muscles de notre malade et la courbe fournie par les muscles d'un sujet normal (*Fig. 4, B*).

Les muscles des membres ne sont pas seuls atteints des troubles fonctionnels que nous venons de décrire.

Les mouvements de la tête et du tronc sont gênés de la même façon que les mouvements des membres. M. M... sollicite de tourner rapidement la tête à droite ou à gauche, exécute tout d'abord ce mouvement avec une extrême difficulté, puis, à mesure qu'il le répète, les résistances semblent se dissiper et le malade arrive à porter la tête à droite et à gauche aussi vite que pourrait le faire un sujet tout à fait sain. De même il peut incliner le tronc en avant et le relever sans aucune difficulté pourvu qu'il ait déjà répété cinq ou six fois ce mouvement. Le face n'est pas épargnée; les mouvements d'occlusion et d'ouverture rapides des paupières,

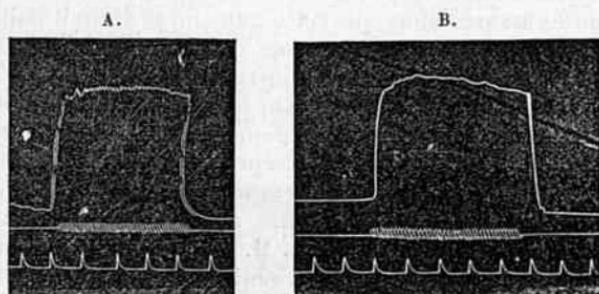


Fig. 4. — A, Tétanos musculaire dans la maladie de Thomsen, lorsque le muscle a été préalablement fatigué par des excitations répétées. — B, Tétanos musculaire normal.

les grimaces ne peuvent être exécutés facilement qu'après un exercice préalable. Les mouvements des lèvres et des globes oculaires paraissent normaux dès le début.

Diverses circonstances augmentent la rigidité musculaire dont se plaint M. M... Parmi elles, il faut signaler, en première ligne le *froid*. Son influence est des plus manifestes et le malade déclare formellement qu'il est toujours beaucoup plus *raide* en hiver qu'en été. C'est ainsi que, pendant la saison froide, ses mains sont crispées et forment une griffe rigide. Lorsqu'il saisit un objet, il ne peut plus l'abandonner qu'avec la plus grande peine. Vient-il à serrer la main de quelqu'un c'est avec difficulté et avec lenteur que ses doigts se détachent de la main étrangère. Enfin tous les phénomènes décrits plus haut sont augmentés d'intensité et déterminent les situations les plus bizarres.

Dans la face, la figure a perdu sa mobilité. Les expressions passionnelles restent figées, après que l'idée qui les a produites a disparu et que la volonté a cessé son action. Si M. M... se met à rire, les muscles contractés de sa figure exprimeront malgré lui le rire pendant un temps très long. Par un froid très vif, il est même obligé de ramener avec sa main, dans leur position normale, ses

muscles contractés et immobilisés. Comme la face est toujours en mouvement et exposée directement aux variations de température, on comprend combien elle doit être grimaçante. Cet hiver, nous avons pu voir, par un froid très vif, la figure de M. M... complètement décomposée, sillonnée de rides profondes, les traits tirés et convulsionnés. A ce moment, les paupières étaient à demi-closées, sans qu'il fût possible au malade de les ouvrir; la bouche était entr'ouverte, tirée transversalement, sans que M. M... pût la fermer. Il résulte même de ce dernier fait que M. M... éprouvait une certaine difficulté pour parler, par suite de l'impossibilité où il était de remuer les lèvres, d'ouvrir et de fermer la bouche. Nous nous sommes assurés alors que cette gêne ne provenait point d'un trouble dans la motilité de la langue qui a toujours été intacte, mais de la rigidité des muscles des lèvres et des joues.

L'attention portée par le malade sur les mouvements à accomplir est une cause de gêne plus grande dans l'exécution de ces mouvements. D'une façon générale M. M... éprouve d'autant plus de difficultés à se mouvoir qu'il a un plus grand désir de le faire rapidement et avec précision. La crainte d'être remarqué augmente notablement la rigidité musculaire. M. M... ne monte jamais dans un omnibus parce que, par le fait seul qu'il désire ne pas prolonger l'arrêt du véhicule, il a une peine infinie à soulever sa jambe et à s'élever sur le marche-pied.

La raideur musculaire augmente encore sous l'influence des *émotions morales* de toutes sortes.

M. M... ne se *fatigue* pas plus rapidement qu'un sujet sain. Il peut faire des courses prolongées, remuer des fardeaux. Lorsqu'il est *échauffé*, il sent ses membres très libres et très forts. Le sentiment de gêne ne se manifeste que lorsqu'il faut commencer un mouvement. Si M. M... est assis, il éprouve de la difficulté pour se lever et pour faire les premiers pas, mais « *une fois en train* », il peut marcher pendant des heures entières sans être fatigué. C'est seulement après un arrêt, ou un repos plus ou moins prolongé, que la rigidité temporaire se fait de nouveau sentir au moment du départ seulement.

Les mouvements de la langue n'ont jamais présenté les troubles de la motilité que nous venons de décrire pour les muscles des membres du tronc et de la face. La déglutition et la phonation se font facilement : les yeux peuvent être mus facilement dans tous les sens. Il n'y a jamais eu de strabisme ni de diplopie. Le diaphragme se contracte bien, il n'y a jamais eu de gêne de la respiration attribuable à la rigidité des muscles du thorax.

Les *mouvements passifs*, communiqués aux membres sont faciles. Il n'y a pas de traces de contracture musculaire permanente. Il n'y a pas non plus de craquements articulaires.

La *sensibilité* est intacte dans tous ses modes. Le contact, la

piqure sont partout perçus avec netteté; la température des corps est exactement appréciée; la notion de position des membres est parfaite. En dehors de la sensation de gêne qui se produit au moment des mouvements volontaires, il n'y a aucune douleur spontanée; pas de crampes, pas de douleurs fulgurantes ou névralgiques, pas de sensation de lassitude ni de courbature musculaire.

Les réflexes rotuliens sont normaux, sans exagération ni diminution. Il en est de même des réflexes au chatouillement de la plante des pieds et des réflexes testiculaires.

On ne constate chez notre malade aucun trouble trophique : la peau est fine, le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas augmenté d'épaisseur, les ongles ne sont pas dystrophiés. Aucun trouble non plus du côté des sphincters anal et vésical. Les grandes fonctions organiques s'accomplissent régulièrement. Le cœur, les poumons, l'appareil digestif et ses annexes ne présentent absolument rien d'anormal. Les urines ont été analysées par M. le Dr Denigés, chef du laboratoire de la clinique. Voici les résultats de cette analyse :

Quantité totale des urines recueillies du 25 au 26 mars 1885 : 4000 c. c.

1° Examen du dépôt : L'urine, laissée au repos pendant huit heures, présente au bout de ce temps un dépôt à peu près uniforme de couleur saumon, disparaissant en grande partie lorsqu'on élève à 40° la température du liquide. Ce dépôt paraît constitué par des urates mono-sodiques et mono-potassiques. L'examen microscopique et la réaction de la murexide confirment la présence d'urates acides. Après dissolution de ces urates à la température de 40°, il reste un léger dépôt formé de corpuscules muqueux, d'oxalate calcique et de quelques cellules épithéliales.

2° Examen physico-chimique :

Densité = 1034.

Réaction acide. L'acidité totale mesurée après l'élimination des sels à réaction amphotère, par la potasse et le chlorure de baryum équivalent à 5 gr. 60 de K H O.

Matériaux solides : 54 gr. par litre et par vingt-quatre heures, comprenant :

A. Matériaux fixes, 19 gr. 10	{	Chlorures comptés en chlorure de sodium.	9,945
		Anhydride phosphorique 2,56 correspondant environ en phosphate à	5-6 gr.
		Anhydride sulfurique 2,20, correspondant en sulfates à	3-3,50
B. Matériaux organiques 34 gr. 90	{	Urée.	25,50
		Acide urique.	0,68
		Acide lactique	Traces.
		Albumine	0
		Glycose	0
		Inosite	0

La matière colorante est normale.

L'*intelligence* est vive, M. M... dirige avec beaucoup d'aptitude et d'activité une maison de commerce importante. Il aime la lecture et fuit les plaisirs plutôt qu'il ne les recherche. Sa maladie e préoccupe beaucoup : il cherche à la cacher à tous les yeux et n'en parle jamais à ses amis. A peine en a-t-il quelquefois entretenu sa mère et nous croyons être les premiers et les seuls confidents de ses inquiétudes. Du reste, il s'est prêté avec une extrême bonne grâce à toutes les explorations que nous avons cru utile de faire.

NOTE SUR UN CAS DE GRANDE HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME,
AVEC DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ. ARRÊT DE
L'ATTAQUE PAR LA PRESSION DES TENDONS;

Par le D^r JULES VOISIN, médecin de Bicêtre.

Le malade, dont nous allons dire l'histoire pathologique, a déjà occupé quelques observateurs. Il a fait l'objet d'un travail du D^r Camuset, dans les *Annales médico-psychologiques* de 1882¹; et M. Th. Ribot, au cours de son livre sur les maladies de la personnalité, reproduit en grande partie cette observation².

Ces auteurs ont concentré leur attention sur un symptôme le plus frappant, il est vrai, qu'ait présenté le malade, l'*amnésie périodique* ou *dédoublement de la personnalité*. Ils en ont justement profité pour mettre ce cas en parallèle avec la fameuse observation du professeur Azam (de Bordeaux)³, et celles moins classiques de Dufay⁴ et de Macnish⁵.

Cette alternance de la personnalité a attiré notre attention également, nous en faisons ressortir les particularités et nous nous appliquons surtout à mettre sous les yeux du lecteur

¹ Camuset. — *Ann.. Méd. psych.* (janvier 1882). *Un cas de dédoublement de la personnalité. Période amnésique d'une année chez un jeune hystérique.*

² Th. Ribot. — P. 82 et suivantes, 1885, *Maladies de la personnalité.*

³ Azam — *Revue scientifique*, 1876-77 et 79.

⁴ Dufay. — *Revue scientifique*, juillet 1876; mai 1879.

⁵ Macnish. — *Physiology of the sleep.*

l'observation d'un homme atteint d'hystérie bruyante, convulsive et non convulsive, à manifestations extrêmement multiples. Dans la longue bibliographie de l'hystérie masculine, on relève surtout des cas d'hystérie fruste¹.

Le plus souvent, il s'agit de phénomènes morbides incomplets, ou isolés, dont le caractère névropathique est d'abord discutable, et que la constatation seule de stigmates hystériques permanents permet de rattacher à la névrose. Ici, au contraire, la netteté de la forme morbide se joint à la diversité des éléments symptomatiques.

OBSERVATION. — *Hystérie convulsive chez un jeune homme de vingt et un ans. Phases classiques de la grande attaque; — zone hystérogène. — Arrêt de la crise par la pression des tendons.*

Catalepsie, somniation, aphasie provoquée; — hémi-anesthésie cutanée et sensorielle.

Personnalité alternante. — Manie hystérique.

Hystérie viscérale. — Congestion pulmonaire et hémoptysies. — Constipation opiniâtre. — Vomissements et anorexie de longue durée sans dépérissement. (Cette observation a été rédigée par M. BESANÇON, interne des hôpitaux.)

Le malade ne peut nous fournir de renseignements sur certaines périodes de sa vie, dont le souvenir lui échappe. Nous résumons ses antécédents d'après une observation déjà publiée¹.

Il est enfant naturel. Il a commencé par errer et mendier sur les chemins. Plus tard, il s'est fait arrêter pour vol, et conduire à la colonie pénitentiaire de Saint-Urbain pour y être maintenu jusqu'à dix-huit ans. Il y travailla quelques mois à la terre; puis il tomba malade à la suite d'une frayeur (la vue d'une vipère), et fut transféré en mars 1880 à l'asile de Bonneval avec un certificat médical ainsi conçu: « Accidents de nature épileptique datant du mois de mai 1879, paraissant par accès périodiques de plus en plus graves. — En plus, paralysie des membres inférieurs avec incontinence d'urine et de matières fécales. — Intelligence intacte. »

A Bonneval on constate la paraplégie avec atrophie des membres inférieurs (?) et contracture. Le malade a cessé de gâter. On lui fait apprendre le métier de tailleur qui est compatible avec sa paraplégie. Il s'y met très bien, et reste deux mois sans avoir d'attaque.

¹ Voir les Observations publiées dans les *Archives* (t. VII, p. 86), par M. Bourneville et ses élèves et les *Comptes rendus* de Bicêtre.

² Camuset. — *Loc. cit.*

En mai 1880, subitement, un matin, il prend une violente crise d'hystéro-épilepsie. Quand il se réveille du sommeil qui suit l'attaque, la paraplégie a disparu. De plus il a perdu le souvenir du temps qui s'est écoulé depuis que la paralysie l'a frappé. Il se croit à Saint-Urbain, veut retourner à la culture, ne se souvient pas d'avoir été paralysé, ne sait plus tenir son aiguille de tailleur, s'étonne des objets qui l'entourent.

Après de nombreuses épreuves pour dépister la simulation, les médecins de l'asile restent convaincus que sa personnalité lui échappe réellement pendant ces douze mois. Son caractère s'est modifié. Il était doux, docile. Jusqu'à sa sortie de Bonneval (avril 1881), c'est un malade indiscipliné et voleur. Il continue à présenter quelques manifestations névrosiques, attaques convulsives, anesthésies, contractures passagères, etc.

En résumé, *état prime* jusqu'en mai 1879; de mai 1879 à mai 1880, *état second* coïncidant avec la contracture des membres inférieurs, et se terminant quand elle disparaît; après mai 1880, retour à l'état prime, amnésie des douze derniers mois, changement du caractère.

Durant les deux années qui suivirent la sortie de Bonneval, V... paraît avoir fréquenté les hôpitaux. Il parle de l'asile de Vaucluse, de la Salpêtrière. Il aurait séjourné dans le service de Lasègue, et y aurait été hypnotisé par M. de Beurmann.

Ses certificats d'entrée à Bicêtre (août 1883), disent qu'il a été arrêté et condamné pour vol, et le représentent comme atteint d'insuffisance mentale avec épilepsie. Il est mis dans la section des valides et reprend son métier de tailleur. D'août 1883 à janvier 1884, ses attaques sont assez rares, et observées seulement par les surveillants. D'après leur dire, elles ne ressembleraient pas aux attaques habituelles de haut mal.

Le 17 janvier 1884, à huit heures du soir, il prend une crise plus violente. Le lendemain, il se plaint d'un point de côté à gauche. Il travaille pourtant ce jour-là et le suivant; mais le 19 au soir, il se sent oppressé et rend, en toussant, une assez forte quantité d'un sang rouge, bien ocré et venant manifestement des voies respiratoires. Il est transporté à l'infirmerie de la section.

Le 20 à la visite, nous trouvons le malade, assis sur son lit, en proie à une anhélation considérable. R. 45. — La voix est entrecoupée; le malade est effrayé de son état. L'hématose paraît bien se faire; pas de cyanose, ni de stase dans les jugulaires. Il y a plutôt polypnée que dyspnée.

Température et pouls normaux. — Rien au cœur. — Pas d'albumine. — La percussion et l'auscultation donnent tous les signes d'une congestion pulmonaire intense, localisée au sommet droit. — *Traitement.* Ipéca à dose nauséuse.

Le 21, même état. Nouvelle hémoptysie.

Le 22, le nombre des respirations a augmenté. Ce qui frappe le plus, c'est une hyperesthésie extrême de la paroi thoracique du côté gauche; le malade ne supporte pas le moindre frôlement à ce niveau.

A l'auscultation, on a la sensation que donnent de petites inspirations très fréquentes et très superficielles. — Pas de bruits adventices. Les signes de congestion pulmonaire du sommet droit ont disparu ou ne sont plus perçus. Le malade ne se plaint que d'un point de côté atroce.

22 soir. — Même polypnée. Le malade est pâle, le front mouillé de sueur froide, les traits tirés. Il ne répond plus aux questions, même par signes; le regard est fixe et sans expression. — La température est normale. Il ne paraît plus souffrir quand on appuie sur son côté gauche, et ne réagit à aucune excitation. — Tout à coup il cesse de respirer, il se renverse en arrière; son pouls est filiforme, les battements cardiaques s'affaiblissent. La respiration artificielle le ranime au bout de quelques instants. Il se remet à respirer lentement et profondément; puis les mouvements d'extension thoracique s'accroissent peu à peu et diminuent en même temps d'amplitude, ils deviennent rapides et superficiels et s'arrêtent de nouveau.

La même succession de phénomènes se reproduit pendant une heure environ. Chaque cycle respiratoire dure deux ou trois minutes. C'est un rythme qui n'a qu'une grossière analogie avec celui de Cheyne-Stokes. La période d'apnée ne se limite pas ici à quarante ou cinquante secondes; les mouvements d'inspiration ne reprennent pas spontanément. A chaque fois le pouls s'affaiblit et il semble à tous les assistants que, si l'on ne pratiquait l'hématose artificielle, la respiration s'arrêterait définitivement.

Deux injections d'éther raniment le malade. Pendant le reste de la nuit, il se tient assis sur son lit, anhéant et anxieux.

23 janvier. — Amélioration. Même polypnée. La thoracalgie du côté gauche est redevenue aussi intense. L'exploration de la sensibilité générale et des sens spéciaux fait reconnaître une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète du côté gauche. On traverse la peau avec une forte épingle sans qu'il s'écoule une goutte de sang. La piqûre ne semble pas ressentie. Même insensibilité au frôlement et à la température. Amblyopie de l'œil gauche; la vision à droite est normale; pas de dyschromatopsie. L'hémisurdité gauche est complète; mais cette constatation reste sans valeur à cause de l'existence d'une otite moyenne ancienne de ce côté, avec perforation du tympan et écoulement abondant de pus par le conduit auditif externe. La moitié gauche de la langue, la narine du même côté paraissent aussi dénuées de sensibilité. — Anesthésie pharyngienne.

Traitement. — Application de deux forts aimants du côté de

l'hémi-anesthésie. Injections dans l'oreille avec une solution alcoolique d'acide borique.

Soir. — Même état. Sensation de constriction à la gorge.

24 janvier. — L'application des aimants est restée sans résultat. La dyspnée est beaucoup moins forte. La douleur spontanée du côté gauche a disparu. Mais la zone sous-axillaire d'hyperesthésie subsiste. La pression légère, à ce niveau, arrache des cris au malade; la pression forte détermine la crise d'hystéro-épilepsie.

Pas de prodromes à l'attaque. Stade épileptoïde, puis grands mouvements, contorsions, arc de cercle. *Crucifement.* — Point de délire à la fin de cette première attaque. Sommeil. Hyperexcitabilité neuro-musculaire. Immédiatement après la crise, le malade reprend sa polypnée et sa thoracalgie gauche.

Le malade ne se souvient pas d'avoir été à Saint-Urbain, d'avoir travaillé à la culture. Il hausse les épaules quand on lui demande s'il a été paralysé, et semble croire qu'on se moque de lui. Il se souvient de Bonneval, et parle avec gratitude des médecins qui l'y ont soigné. On lui demande où il a fait son apprentissage de tailleur. Il ne sait que répondre. Sans doute sa mère lui aura appris à coudre quand il était petit.

Soir. — Piqûre de morphine au niveau de son point de côté. La douleur causée par l'aiguille, détermine une attaque semblable à celle du matin.

Au réveil, il ne se rappelle pas qu'on vient de lui faire une piqûre. Il pleure et se plaint de son côté gauche. Pas d'autre zone hystérogène.

26 janvier et jours suivants. — Contracture hémiplegique droite. Elle cède momentanément à la percussion des tendons, mais reparait presque aussitôt.

Le malade s'hypnotise par le regard avec une grande facilité, et la contracture s'évanouit immédiatement pour reparaitre avec la fin de la somniation.

L'ouverture d'un œil, puis des deux yeux le met en hémicatalepsie d'abord, ensuite en catalepsie totale. L'occlusion des paupières ramène instantanément la résolution musculaire. Ces manœuvres sont toujours suivies d'une crise. On interrompt l'attaque convulsive par la pression du globe de l'œil, et le malade reste alors hypnotisé, pour reprendre sa crise dès que cesse l'état hypnotique.

Il faut qu'il ait sa crise complète avant de se réveiller. On peut lui morceler son attaque, en l'hypnotisant plusieurs fois pendant son cours. Mais on ne peut pas l'arrêter définitivement. La fin de l'attaque est toujours marquée par des cris de douleur, et la contracture de tout le côté droit réapparaît avec le réveil. Les injec-

tions de morphine pratiquées pendant la crise au point même où il souffre n'empêchent pas la thoracalgie de reparaitre.

Dans ses périodes de somnambulisme provoqué, on le soumet facilement aux épreuves habituelles de suggestion. On le fait écrire, coudre, etc. On lui fait boire les vins les plus divers dans un gobelet vide, et on lui persuade qu'il est ivre; il chancelle et chante des refrains à boire d'une voix éraillée. On lui cherche querelle et il se précipite avec rage contre un adversaire imaginaire. On lui suggère qu'il va vomir; aussitôt, ses traits se tirent, son visage pâlit et se mouille de sueur froide, et il vomit abondamment. On lui suggère qu'il a une blennorrhagie, aussitôt il prend son vase de nuit et se met à uriner avec difficulté alléguant qu'il souffre horriblement et il se met à maudire la femme qui lui a donné cette maladie. Tout l'arsenal ordinaire des suggestions et des hallucinations provoquées est ainsi mis en œuvre. Une fois réveillé, V... s'emporte contre ceux qui lui racontent, par exemple, qu'il vient de courir dans la salle, alors qu'il se voit cloué au lit par sa contracture.

40 février. — Pour le convaincre, on le fait s'habiller en état d'hypnotisme; on lui ordonne de marcher, et on le conduit ainsi à une assez grande distance dans le cabinet du chef de service.

Là, il se met à parler, comme c'est sa coutume quand il est en somniation. Il se croit toujours alors à Saint-Urbain, cause de ses travaux de jardinage, répond aux questions qu'on lui pose sur Saint-Urbain, ne comprend pas quand on lui parle de Bonneval et de Bicêtre. Or, un instant après, il récite à haute voix plusieurs lignes d'un livre qu'il lisait ces jours derniers, à Bicêtre même.

Après quelques minutes d'état hypnotique, il prend sa crise comme d'habitude. Mais, pour la première fois, il a une phase de délire avec hallucinations terrifiantes. Il voit devant lui la vipère, dont le contact lui avait occasionné à Saint-Urbain sa première attaque. Il pousse des cris aigus; il déchire ses vêtements; ses traits sont décomposés. On le calme en lui affirmant qu'on vient de tuer la vipère: «Tiens, la voilà, elle est morte!» Aussitôt sa physionomie se rassure.

14 février. — Même état. — V... garde toujours le lit pour sa contracture. — Disparition à peu près complète de la polypnée. Large plaie à la région malaire gauche; elle résulte de ce que le malade, au sortir de ses attaques, se gratte avec fureur ce côté de la face. En même temps il gémit, présente des bâillements répétés, et demande à boire.

Inappétence absolue. Il ne prend que quelques gorgées de liquide, et vomit sans cesse. Bien qu'il ne maigrisse pas, on tente de le nourrir à la sonde. Le passage du tube œsophagien provoque une crise violente, qui oblige à renoncer à ce moyen. On n'a

pas été plus heureux en essayant de le faire manger étant endormi. Un jour, après avoir été hypnotisé par l'occlusion des paupières et la compression légère des globes oculaires, il se mit à table, mangea une côtelette et des légumes, et but du vin. Il vomit le tout dans la crise qui suivit la somniation. — Constipation opiniâtre qui ne le gêne aucunement. Il y a aujourd'hui 17 jours qu'il n'est allé à la garde-robe.

15 février. L'expérience de l'aphasie provoquée réussissait il y a quelques jours, dans les conditions normales, c'est-à-dire qu'en ouvrant l'œil droit, le malade étant hypnotisé et récitant des vers, on supprimait le langage et l'on mettait le côté droit en héli-catalepsie.

Fermait-on la paupière, le malade reprenait sa phrase à la syllabe où il l'avait interrompue, et les membres du côté droit retombaient inertes sur le lit. Si l'on ouvrait l'œil gauche, l'héli-catalepsie se montrait à gauche, et la parole ne se supprimait pas. Or, aujourd'hui la parole s'arrête par l'ouverture de l'œil gauche qui stupéfie le cerveau droit; comme si le malade parlait avec cette hémisphère. Quand il est réveillé, le malade a un langage impersonnel, enfantin. Il dit, par exemple : « Moi vouloir boire ¹ ». Ce langage impersonnel et enfantin existe depuis l'apparition de la contracture.

Les aimants de nouveau appliqués restent sans autre résultat que de provoquer quelques contractions dans les muscles de la face; la commissure labiale est violemment tirée en dehors et en bas.

40 février. — On essaie de provoquer le transfert au moyen de la pilocarpine. On lui fait à la cuisse droite, du côté anesthésié, deux injections de 4 centigramme chacune de nitrate de pilocarpine. Au bout de quelques minutes, le malade se met à saliver abondamment, et bientôt après à transpirer.

Pas de retard de la sudation du côté héli-anesthésié. Bientôt le visage, le tronc et les membres supérieurs sont couverts de sueur. Mais les jambes restent complètement sèches. Dans la soirée, l'infirmier s'aperçoit que la contracture du côté droit a disparu, mais qu'en revanche le côté gauche s'est contracturé.

20. — A la visite, le bras droit a recouvré ses mouvements et sa sensibilité. Le côté gauche est héli-anesthésié et contracturé. Mais la jambe droite est également contracturée. Le malade entend bien, mais voit trouble, et ne distingue aucune couleur. La thoracalgie gauche a disparu. Mais il reste là une zone hystérogène dont la pression provoque la crise. Dans la recherche de l'aphasie provoquée, c'est maintenant, et de nouveau, l'œil droit dont l'ouverture détermine l'arrêt de la parole.

¹ Comparez l'OBSERVATION de Dufay; *loc. cit.*

21. — *Les quatre membres sont contracturés.* — Le transfert obtenu par la pilocarpine a donc fait place à une contracture généralisée. Deux injections de pilocarpine restent sans autre effet que de provoquer la diaphorèse et la salivation.

22. — *Même contracture des quatre membres. Anesthésie généralisée.* Jusqu'ici, on avait inutilement cherché à arrêter les attaques, soit par la pression du testicule, soit par la pression des fosses iliaques ou de la zone d'hyperesthésie, soit par tout autre moyen. On constate aujourd'hui que la pression d'un tendon (tendon d'Achille, tendon rotulien) arrête brusquement la crise et réveille le malade.

23. — *Limitation de la contracture à droite, comme précédemment.*

Mars, avril. — V... garde toujours le lit avec sa contracture du côté droit. Les crises sont toujours assez fréquentes. A présent, à la fin de ses attaques, il présente souvent de longues phases d'excitation maniaque, il chante et crie pendant des heures.

Ce qu'il offre de plus spécial, ce sont les modifications de son état mental. Il a, en effet, de véritables accès de folie hystérique, avec hallucinations de la vue, délire partiel, etc. Il se croit enchaîné au lit par la volonté de Charcot et de l'interne du service. Il s'emporte contre eux, les menace de mort, parle de se suicider, et passe quelquefois plusieurs heures à crier, à appeler au secours. On le brûle, on l'enchaîne. Il demande un revolver pour faire justice de ses persécuteurs. Il entre en communication avec des personnes du dehors à l'aide d'un fil électrique. (C'est un simple fil de coton qu'il tient à la main.) Ce fil doit empêcher ses persécuteurs de l'approcher; s'ils touchent le fil, ils tomberont foudroyés. Son langage est toujours impersonnel et un peu enfantin; il se perfectionne cependant.

L'application de pièces d'or du côté hémi-anesthésié provoque une hyperhémie locale, avec sensation de brûlure, vives démangeaisons, et retour de la sensibilité au point précis de l'application. Plaque symétrique de l'anesthésie sur l'avant-bras gauche.

17 avril. — Hier soir, à 9 heures, le malade a eu une crise légère. A la suite, *la contracture du côté droit a disparu.* Il s'est endormi, le corps plié, les mains relevées derrière la tête, et a tranquillement somméillé. Le matin il se réveille et demande ses habits à l'infirmier. Il veut aller travailler. Il s'étonne que ses vêtements ne soient pas au pied de son lit; il croit que l'on vient de les lui cacher par plaisanterie. Il se croit au 26 janvier (jour d'apparition de sa contracture).

On l'amène auprès du chef de service. Il reste ébahi quand on lui fait remarquer que les feuilles sont aux arbres, que le calendrier marque 17 avril, que le personnel du service est modifié,

que lui-même ne porte plus aux doigts de piqûres d'aiguilles. Il ne se souvient pas d'avoir été contracturé du côté droit. Il est faible sur ses jambes et se dandine en voulant se tenir debout. La pression dynamométrique de la main droite est plus faible que celle de la main gauche. L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle persiste, l'élocution est normale.

4^{er} mai. — V... a eu, ces jours-ci, une ou deux attaques par jour, sans phénomènes particuliers. Il est calme, s'occupe à coudre et se promène dans la section.

3. — Le malade s'hypnotise en regardant une montre. Pendant son sommeil, il n'est plus à Saint-Urbain, mais à Chartres. A la fin de sa crise, idées érotiques, spasme cynique, projection rythmique du bassin en avant. Il n'est pourtant pas en érection et n'a pas d'éjaculation. L'infirmier affirme que dans une crise précédente, suivie semblablement d'un coït imaginaire, l'éjaculation s'est effectuée.

40 juin. — Dans la journée d'hier, le malade a eu une série de crise. A leur suite, la contracture du côté droit est revenue. Le malade est resté plusieurs heures au lit dans l'état où il était du mois de janvier au mois d'avril. Il se croyait au 17 avril. Il parlait *impersonnellement*, comme alors. Ce matin la contracture a disparu, et V... est dans l'état prime.

Pendant les six derniers mois de l'année, V... n'a présenté aucun phénomène nouveau. Son caractère est modifié. Il était doux pendant la période de contracture; il est indiscipliné, taquin, voleur. — Il travaille irrégulièrement. — Les crises sont toujours assez fréquentes. — La contracture ne reparait pas une seule fois, mais l'hémi-anesthésie conserve son caractère de stigmatte indélébile. — V... garde quelques idées délirantes. Il fuit les médecins, par crainte qu'on l'hypnotise.

2 janvier 1885. — Après une séance de somnambulisme provoqué suivie d'une crise, il s'évade de Bicêtre en volant des effets d'habillement et de l'argent à un infirmier comme lors de son évasion de Bonneval.

De cette longue observation, nous relèverons brièvement un petit nombre de points.

Disons tout d'abord que l'idée d'une simulation nous est venue à l'esprit et que, comme nos confrères, nous l'avons rejetée. Les symptômes que nous avons décrits sont assez probants par leur existence même pour que nous n'insistions pas davantage.

La congestion pulmonaire avec hémoptysies, que nous avons

signalée, n'est pas imputable à une tuberculose latente. Pendant toute une année, nous nous sommes efforcés en vain de dépister chez notre malade quelque indice de phthisie au début. La fugacité dans les manifestations congestives, l'extrême mobilité des signes physiques qui les traduisent, l'absence de fièvre et d'amaigrissement, et enfin la marche de la maladie sont des contre-indications de la tuberculose. Aussi nous croyons avoir été témoins d'un cas très net de congestion pulmonaire d'origine névropathique¹.

Mais il est impossible d'attribuer à cette congestion passagère la polypnée spéciale qui lui a survécu pendant plusieurs jours. Des diverses variétés de dypnée nerveuse, on doit éliminer ici, comme ne rendant pas compte des symptômes observés, le spasme glottique, la contracture du diaphragme, et le syndrome clinique désigné par les auteurs sous le nom d'*asthme utérin de Van Helmont*.

C'est évidemment à la thoracalgie intense dont a souffert notre malade, qu'il faut rapporter l'anhélation rythmée si particulière que nous avons décrite.

L'arrêt de l'attaque par la pression d'un tendon, tous les autres procédés d'inhibition restant sans effet, a l'intérêt d'un fait inédit. C'est en maintenant le malade sur le lit que nous nous sommes aperçus que la pression du tendon rotulien provoquait l'arrêt de l'attaque. Nous essayâmes alors la pression du tendon d'Achille et nous arrivâmes au même résultat.

Cette pression s'effectuait en comprimant fortement le tendon entre les doigts et le pouce. Une pression légère ou une percussion à l'aide d'un petit marteau sur ces tendons, quand le malade était en état de veille ou en somniation, amenait la phase épileptoïde de l'attaque. On arrêtait cette phase épileptoïde en comprimant fortement le tendon, et le malade entrait de nouveau dans la période de somniation ou dans l'état de veille. L'attaque était donc quelquefois morcelée comme cela arrivait quand on comprimait le globe oculaire, mais la pression du tendon est le seul moyen qui ait amené l'arrêt complet de l'attaque.

Résumons maintenant ce qui a trait à l'amnésie périodique.

Quand il est entré à Bicêtre, V... était en état prime. Il

¹ Voy. Debove. *Congestion pulmonaire hystérique* (*Union médicale*, 1883).

n'avait encore présenté qu'une seule période d'état second, à savoir : les douze mois (mai 1879, mai 1880) pendant lesquels il était resté contracturé des deux membres inférieurs. Au mois de janvier 1884, il tombe dans une deuxième période d'état second, *coïncidant encore avec une contracture*, et cette phase dure trois mois. Le 17 avril, la contracture disparaît, et le malade revient à l'état prime.

Pour la commodité du langage, nous nous servons des termes *état prime* et *état second*.

D'après lui, à l'époque où M. Camuset et M. Ribot ont raconté l'observation de V..., ces expressions s'appliquaient fort bien à notre malade qui présentait, au point de vue de l'amnésie, une analogie presque absolue avec l'hystérique de M. Azam. Cette femme, en effet, pendant l'état prime, avait autant de lacunes dans la mémoire qu'elle avait présenté de périodes antérieures d'état second. Pour user de la phrase de M. Azam, c'était autant de pages arrachées du livre de sa vie. Pendant l'état second, au contraire, ces lacunes se comblaient, les feuillets du livre reprenaient leur place. Elle se souvenait alors de tout l'ensemble de son existence, à la fois des périodes d'état prime et des *phases antérieures d'état second*.

Or, notre malade en état prime a perdu, il est vrai, la mémoire de l'état second, et, à ce point de vue, il est l'analogue du sujet de M. Azam. Mais, dans la deuxième période d'état second que nous avons observée (janvier-avril 1884), il ne s'est pas souvenu de la première période d'état second (mai 1879, mai 1880). Le malade savait bien qu'il avait habité Saint-Urbain, mais en état de santé et quand il travaillait à la culture. Il ne se rappelait pas avoir gardé le lit pour une contracture à l'infirmerie de cet établissement. De même pour Bonneval; il conservait la mémoire de la dernière partie du séjour qu'il fit dans cet asile, mais il ignorait y avoir été paralysé. La mémoire, dans cette condition, n'offre donc pas comme dans l'observation d'Azam plus d'étendue que dans la condition prime. Les phases précédentes d'état second paraissent définitivement rayées de son souvenir. A peine dans la condition seconde, son esprit a-t-il l'avantage de garder l'empreinte des quelques semaines ou des quelques mois qui viennent de s'écouler depuis qu'il est en contracture. Car, et ceci est le point essentiel de l'observation, ses périodes d'état second ont exactement coïncidé avec des contractures éten-

dues, et il n'a jamais présenté de contractures en dehors de cette condition.

Nous ferons remarquer aussi que, dans cet état second, le malade présente un aspect bien différent, tant au point de vue intellectuel qu'au point de vue moral, de celui qu'il a dans l'état prime. Quand il est contracturé, en effet, ou en état second, le malade est doux, enfantin, et a un langage impersonnel comme les bébés et il possède peu de connaissances générales. Quand la contracture disparaît, le langage redevient vif, les mots arrivent abondamment, les tournures de phrases sont correctes et le malade devient querelleur, taquin, indiscipliné et voleur. Cette manière d'être dans ces deux états est bien intéressante, et pour compléter dans ses lignes principales l'histoire des altérations de la mémoire chez notre malade, nous montrerons que chez lui il y avait en quelque sorte un troisième état, celui pendant lequel il était quand on l'a endormi artificiellement. Dans cet état, le malade avait un véritable délire de mémoire de la première enfance. Il parlait et agissait toujours comme s'il était à Saint-Urbain. Il avait seize ans et demi; on était au mois d'avril 1879; il croyait, en nous causant, s'adresser à ses compagnons de travail; il ignorait jusqu'au nom de l'asile de Bonneval; quant à Bicêtre, il en avait entendu parler et il savait que c'était un hôpital de fous près de Paris; du reste, il n'était jamais venu à Paris. — Donc, dans l'état d'hypnotisme, V... perdait constamment le souvenir des cinq dernières années. Il se trouvait reporté avant le moment où il tomba malade, et où il prit cette première attaque d'hystérie épileptoïde qui marqua le début de sa carrière pathologique.

Quelles influences physiologiques changent ainsi le ton général de l'organisme et par suite la mémoire? Un état du système vasculaire? Une action inhibitoire? Un arrêt fonctionnel? Je ne risquerai aucune interprétation, je me contente de faire l'énoncé des faits de pathologie intellectuelle que nous avons observés cliniquement, mais il est probable que la même situation physique ramènera chez notre malade la même situation mentale.

Un dernier phénomène a excité notre intérêt et nous a paru sortir du cadre ordinaire des manifestations névrosiques, dont notre malade a présenté pour sa part une si riche collection. — Il a trait à l'expérience de l'aphasie provoquée.

Rappelons ce dont il s'est agi. On hypnotisait le malade. Par l'ouverture de l'œil droit, on stupéfiait le cerveau gauche, et l'on déterminait la cessation du langage et l'hémi-catalepsie droite. Jusque là, rien que de régulier. Mais quand la contracture habituelle se fut installée à droite, l'expérience réussit en sens inverse. Ce fut alors l'ouverture de l'œil gauche qui provoqua l'arrêt de la parole en même temps que l'hémi-catalepsie gauche.

Ceci prouve que, le malade se mit à parler avec son cerveau droit dont il eut à faire l'éducation. C'est alors en effet, qu'il présenta ce langage impersonnel, enfantin, que plusieurs fois nous avons signalé.

A peine dans les premiers jours parvenait-il à se faire comprendre; puis la parole lui revint progressivement, et il passa, mais plus rapidement, par toutes les phases que parcourt l'enfant qui apprend à parler.

Poussons plus loin l'analyse de cette observation. Le 20 février, la contracture et l'hémianesthésie qui étaient à droite passèrent à gauche sous l'influence d'une injection hypodermique de nitrate de pilocarpine. L'aphasie provoquée, recherchée à ce moment, nous montre cette fois que l'ouverture palpébrale de *l'œil droit* et non de l'œil gauche comme précédemment, détermine de nouveau l'arrêt de la parole. Que signifie ce symptôme? si ce n'est que le malade parle de nouveau pendant cette contracture avec son cerveau gauche et qu'il présente une polarisation psychique en même temps que le transfert de la contracture du membre.

De tout ceci il paraît résulter que les causes qui chez notre malade amènent la contracture, provoquent aussi l'arrêt fonctionnel de la circonvolution de Broca, tandis que les causes qui provoquent les troubles de la sensibilité ne paraissent pas influencer la fonction du langage.

En effet chez notre malade à l'état prime, le langage est correct et cependant il existe une hémianesthésie cutanée et sensorielle. C'est ce que d'ailleurs nous observons aussi chez la plupart des hystériques. Mais dans les deux cas il y a une modification des cellules qui servent au substratum de la mémoire puisque dans l'état prime et dans l'état second, la mémoire n'est pas entière. Cette modification de la mémoire paraît plutôt due à une anesthésie ou à une paralysie de ces cellules qu'à un défaut d'harmonie dans l'activité des deux

hémisphères, car chez notre malade il n'y a pas incohérence ou doute dans ses réponses (celles-ci sont très-précises), mais il y a des pages du livre de sa vie, comme le dit Azam, qui sont complètement déchirées et dont il n'a aucun souvenir.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XX. OCCLUSION INTESTINALE, GASTROTOMIE, TROUBLES PROVOQUÉS PAR L'EXCITATION DU GRAND SYMPATHIQUE; MORT; par le D^r Léon BLONDEAU. (*Fr. méd.*, 1884, I.)

Dans le cours d'une gastrotomie, au moment où le chirurgien introduisit sa main dans le péritoine, survinrent à deux reprises des accidents : pâleur de la face, refroidissement, ralentissement du pouls, accélération de la respiration, etc., qui semblent confirmer, par une véritable expérience sur l'homme, les résultats des recherches de Claude Bernard sur les fonctions du grand sympathique. G. D.

XXI. MÉNINGITE TUBERCULEUSE. — *Mort, autopsie*; par le D^r DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants.

Cette observation de méningite est intéressante à cause de la longueur de sa phase initiale qui a duré près de deux mois et de sa physionomie fort insidieuse, puisque le jeune malade, tout en vomissant chaque jour, n'était en proie à aucune souffrance locale, ne maigrissait pas et conservait ses joues.

Cette irrégularité dans la marche de la maladie est peut être le fait des productions tuberculeuses trouvées à l'autopsie dans le cerveau et le cervelet, productions probablement plus anciennes que celles des méninges, mais de même nature qu'elles. G. D.

XXII. PARAPLÉGIE ATAXIQUE OU TABÉTIQUE; par le D^r Michel CATSARAS. (*Fr. méd.*, 1884, II.)

Une paraplégie subite survient quelquefois chez les tabétiques soit tout à fait au début de la maladie, soit dans le cours de la première période du tabes. Cette paralysie guérit habituellement.

mais la marche de l'atonie paraît en être accélérée. Cette conclusion est basée sur une observation personnelle et sur deux observations de M. Charcot.

G. D.

XXIII. UN CAS DE SYPHILIS CENTRALE SECONDAIRE; par M. le D^r LANDOUZY.
(*Fr. méd.*, 1884, I.)

Il s'agit d'un homme âgé de quarante-sept ans, présentant des manifestations cutanées et muqueuses de syphilis qui fut atteint d'une hémiplegie de la face du côté droit et d'un état parélique des membres supérieur et inférieur du même côté. Ces accidents qui guérissent rapidement furent attribués à l'existence d'une artérite syphilitique de la sylvienne gauche.

G. D.

XXIV. EVEIL D'UN ÉTAT DE MAL HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE A LA SUITE D'UNE OPÉRATION CHIRURGICALE AVEC ANESTHÉSIE; par M. E. VALUDE, interne des hôpitaux. (*Fr. méd.*, 1884, I.)

Il s'agit d'une jeune fille âgée de dix-huit ans, à laquelle on pratiqua l'énucléation de l'œil droit; immédiatement après son réveil, elle fut prise d'attaques d'hystérie subintrantes qui durèrent trois ou quatre jours. Cette malade n'avait jamais présenté antérieurement d'accidents hystériques, si ce n'est une légère attaque de convulsions survenue deux jours avant son opération à la suite d'une vive contrariété. L'auteur pense que c'est au chloroforme qu'il faut rapporter dans ce cas l'écllosion du véritable état de mal présenté par cette malade.

G. D.

XXV. OBSERVATION DE SYPHILIS CÉRÉBRALE; par le D^r LE DENTU, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. (*France médicale*, 1884, II.)

Un malade qui avait une ancienne blessure non cicatrisée du frontal contracta la syphilis, celle-ci provoqua par la suite une série d'accidents comateux et paralytiques qu'on crut devoir rapporter à une méningo-encéphalite aiguë. Tous les traitements employés, y compris la trépanation, restèrent inefficaces, seul le traitement spécifique amena peu à peu la disparition de tous les accidents. La guérison se maintint pendant 4 années au bout desquelles survint une paraplégie: institué sans doute trop tard, le traitement spécifique ne réussit pas, et le malade fut emporté par de nouveaux accidents cérébraux.

XXVI. UN CAS DE MYÉLOPATHIE AIGUE A MARCHÉ ASCENDANTE, RAPPÉLANT LA PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE; par M. BARTH, médecin des hôpitaux. (*Fr. méd.* 1884, I.)

Un homme âgé de cinquante ans, syphilitique, présenta, à la suite d'un embarras gastrique fébrile, plusieurs poussées de pur-

pura et des douleurs rhumatoïdes dans les jambes, sans fièvre. Bientôt après, il se manifesta une iritis double subaiguë, puis des fourmillements dans les extrémités, enfin survint une paralysie d'abord des jambes, puis des bras, sans contractures et avec affaiblissement rapide des réflexes tendineux. En même temps, on nota de l'anurie sans aucune lésion antécédente de l'appareil urinaire. Trois jours après le malade mourut brusquement de syncope. Il était alité depuis trois semaines; pas d'autopsie. Cette série d'accidents doit être attribuée, d'après l'auteur, à une altération de l'axe spinal à marche ascendante, dans la pathogénie de laquelle la syphilis aurait joué le principal rôle.

XXVII. HÉMIPLÉGIE GAUCHE AVEC APHASIE CHEZ UN MALADE QUI N'ÉTAIT PAS GAUCHER; par M. Michel CATSARAS, professeur agrégé à l'École de médecine d'Athènes. (*Fr. méd.*, 1884, 1.)

Pour expliquer cette infraction à la loi de Broca, l'auteur suppose que, chez son malade, il n'y avait pas d'entre-croisement des faisceaux pyramidaux. Pas d'autopsie. G. D.

XXVIII. NOTE SUR UN CAS D'HÉMIPLÉGIE GAUCHE SURVENU DANS LE COURS D'UNE PNEUMONIE DROITE CHEZ UNE FEMME ATTEINTE D'ATHÉROMASIE DIFFUSE; par le D^r H. LUC, ancien interne des hôpitaux (*Fr. méd.*, 1884, 1.)

Limitée au mouvement, cette paralysie ne dure guère que vingt-quatre heures. L'âge de la malade n'est pas indiqué; il est dit seulement qu'elle avait eu, deux ans avant, une attaque de rhumatisme à la suite de laquelle s'établit lentement une endocardite et des lésions artérielles probablement prédominantes dans les artères du cerveau. La thrombose ainsi préparée depuis longtemps trouva brusquement réalisées les conditions déterminantes de sa production dans les modifications du sang survenues du fait de la pneumonie. G. D.

XXIX. TABES, ANESTHÉSIE FACIALE, DYSESTHÉSIE LINGUALE, SIALORRHÉE, TOUX, CRISES D'URINE; par le D^r Archibald WATSON. (*Fr. méd.* 1884, 1.)

XXX. SUR LES SYMPTOMES NEUROPATHIQUES DE LA LÈPRE; par P. ROSENBACH (*Neurol. Centralbl.*, 1884).

Observation de malade dans laquelle l'affection cutanée jouait un rôle tout à fait subordonné. Les phénomènes morbides les plus essentiels consistant en : analgésie complète des extré-

mités inférieures avec conservation du sens du tact, diminution de la sensibilité à la douleur et du tact dans les extrémités supérieures, dans le dos (domaine des taches lépreuses) et sur la peau de la face intacte, atrophie des petits muscles des deux mains avec troubles de nutrition, de la peau, des phalanges, anomalies pigmentaires toutes spéciales, dystrophie cutanée au début localisée aux extrémités inférieures, actuellement disséminée sur le dos, exagération du phénomène du genou, gangrène des deux orteils, absence de toute espèce de phénomènes paralytiques et de troubles de l'équilibre. L'ensemble de ces éléments permet d'asseoir le diagnostic de la lèpre anesthésique, *sive nervorum seu mutilans*, il n'y manque qu'un symptôme prodromique; c'est le pemphigus qui précède parfois l'apparition des plaques et des zones anesthésiques, d'ailleurs inconstant. Suit une analyse critique de ce fait et de beaucoup d'autres.

P. K.

XXXI. UN CAS D'HYPERTONIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE DES MUSCLES; par A. EULENBURG (*Neurolog, Centralbl.*, 1884).

Cas de rigidité musculaire (Leyden), ayant pour synonymes : hypertrophie musculaire spasmodique et maladie de Thomsen. Se différencie des autres faits de ce genre en ce qu'il s'agit, dans l'espèce, d'une affection acquise, survenue vers l'âge de vingt ans, sans étiologie; atteinte simultanée de la tunique musculuse de la vessie, absence bilatérale complète du phénomène du genou, diminution notable de l'excitabilité nerveuse faradique et galvanique, de la contractilité farado et galvano musculaire et de l'excitabilité mécanique directe des divers muscles des quatre extrémités.

P. K.

XXXII. SUR LES TROUBLES OCULAIRES DANS LA SCLÉROSE MULTILOCULAIRE; par R. GNAUCK (*Neurol. Centralbl.*, 1884).

Il ne s'agit dans l'espèce que des affections du nerf optique. Elles constituent, notamment l'atrophie du nerf optique, des accidents assez fréquents dans la sclérose en plaques. Dans la moitié des cas, on constate une diminution de l'acuité visuelle, et parmi ces faits, la moitié se complique d'atrophie du nerf. La statistique de l'auteur comprend cinquante cas de dégénérescence grise multiloculaire; il n'y comprend pas le syndrome

de la paralysie spinale spasmodique. Parmi ces cinquante malades, treize présentaient des troubles des muscles de l'œil, dix-neuf des perturbations pupillaires (dont quatre observations de raideur immobile de l'écran), vingt-deux n'offraient aucun trouble visuel. Vingt-huit étaient atteints de diminution de l'acuité de la vue à divers degrés (8), de diminution de l'acuité avec rétrécissement du champ visuel (5), ou des mêmes symptômes avec altération du fond de l'œil : atrophie totale ou partielle des nerfs optiques ; hyperémie papillaire avec névrite optique. Après quelques détails sur diverses observations, et la mise en relief de l'atrophie du nerf optique d'origine névritique dans la sclérose en plaques, M. Gnauck distingue l'atrophie primitive du tabes de celle de cette affection, en ce que la progression de l'atrophie est uniforme et généralisée dans la papille du tabétique, tandis qu'elle se limiterait ou demeurerait plus accentuée pendant longtemps sur la moitié temporale dans la sclérose en plaques.

P. K.

XXXIII. SUR LA CO-ATTEINTE ÉVENTUELLE DE LA CHARPENTE MUSCULAIRE DE LA FACE DANS LA FORME JUVÉNILE DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ; par E. REMAK (*Neurol. Centralbl.*, 1884).

Observation d'un cas d'atrophie musculaire progressive héréditaire, compliquée de diplégie faciale presque absolue. Nous passons sur l'examen plus approfondi des symptômes et sur la discussion du diagnostic que l'on trouve posé dans la suscription *suprà*. La conclusion est que l'existence d'une forme purement myopathique de l'atrophie musculaire progressive est irréfutable.

P. K.

XXXIV. SCLÉROSE MULTIFOCULAIRE AVEC ATROPHIE NÉVRITIQUE BILATÉRALE DU NERF OPTIQUE ; par EULENBURG. (*Neurol. Centralbl.*, 1884).

Ce symptôme, consistant en une névrite optique, ayant abouti à une atrophie totale, avec cécité complète (durée quatre semaines), permet le diagnostic entre l'hystérie et la sclérose en plaques. Cas différent de ceux de Gnauck ¹ et qui prouve que dans la sclérose en plaques la névrite peut ne pas se borner à

¹ Voy. *Archives de Neurologie*.

atteindre les moitiés temporales des nerfs optiques, peut ne pas y rester cantonnée, qu'elle est capable d'atteindre rapidement toute la papille.

P. K.

XXXV. ATROPHIE MUSCULAIRE HÉRÉDITAIRE ET PSEUDOHYPERTROPHIE DES MUSCLES ; par SCHULTZE (*Neurolog. Centralbl.*, 1884).

Observation révélant chez une même famille, l'existence de plusieurs cas d'atrophie musculaire. L'auteur est d'avis que toutes les formes d'atrophie musculaire progressive sont très proches parentes de la pseudo-hypertrophie, surtout quand elles sont héréditaires. Les grandes différences accentuées qui cliniquement et anatomiquement séparent les atrophies musculaires d'origine névrotique, des atrophies musculaires primitives, telles que la pseudo-hypertrophie et les formes analogues d'atrophie musculaire héréditaire ou non, relèguent, continue M. Schultze, au dernier plan les petites distinctions qui s'étalent par exemple sous la rubrique de surcharge grasseuse de quelques muscles ou d'altérations anatomiques consécutives ; elles n'ont pas de valeur, car chez les membres de la famille envisagée ici, l'adipose existait chez tel sujet et faisait défaut chez l'autre. Comme il semble évident à M. Schultze que la pseudo-hypertrophie n'est pas une maladie du système nerveux, l'atrophie musculaire héréditaire est une myopathie primitive. En tout cas, on en ignore la cause, car la notion d'hérédité n'en révèle pas l'origine première. Tel est l'esprit du mémoire.

P. K.

XXXVI. UN CAS DE TABES DORSAL COMPLIQUÉ D'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ; par A. EULENBURG. (*Berl. klin. Woch.*, 1885, n° 15.)

L'auteur présente un cas de tabes avec atrophie musculaire ; sur un nombre d'environ 500 cas de tabes, il n'en a observé que deux autres analogues. Pas d'autopsie ; Eulenburg se demande si dans certains cas l'atrophie musculaire n'est pas une maladie surajoutée plutôt qu'une propagation des lésions des cordons postérieurs.

P. M.

XXXVII. MONOPLÉGIE BRACHIALE AVEC ANESTHÉSIE ; par C.-J. NIXON. (*Trans. of the Academy of med. in Ireland*, t. II, 1884.)

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, sur laquelle on ne relève aucun signe évident d'hystérie, qui fut prise de monoplégie brachiale

gauche dans une circonstance assez particulière : elle lavait du linge dans de l'eau chaude lorsqu'elle vint à plonger son bras dans l'eau froide. Il survint immédiatement de l'anesthésie de la main, puis de la faiblesse musculaire. Peu à peu l'anesthésie et la parésie remontèrent jusqu'à l'épaule. Tous les muscles du membre supérieur étaient en état de parésie, mais l'anesthésie dépassait les limites de la paralysie et s'étendait du côté gauche seulement sur le thorax et l'abdomen.

CH. F.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

IV. SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES D'ÉTATS ÉPILEPTIQUES ET COMATEUX ; par L. WITKOWSKI, (*Neurol. Centralbl.*, 1884).

L'auteur met en relief un *mode d'accès d'épilepsie*, consistant en une paralysie pure, momentanée, sans aucun trouble de la connaissance, sans phénomène convulsif, tantôt bilatérale, tantôt unilatérale (voy. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. XXXVII); il émet la possibilité dans l'espèce d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel de la substance grise centrale du plancher du troisième ventricule (Christian et Bechterew). D'une manière générale, l'histoire des accès rudimentaires suggère l'idée d'une localisation différente pour chaque genre d'accès épileptique ; localisation bien cantonnée lorsque l'attaque se borne à quelques phénomènes en rapport avec l'endroit atteint, localisation constituant le point d'origine et de rayonnement des modifications physiologiques quand l'attaque se généralise.

En ce qui concerne les *équivalents psychiques de l'épilepsie*, ils tirent leurs caractères non pas de la forme de l'attaque psychopathique, pas davantage de la forme spécifique inconstante de la folie, mais de la combinaison des symptômes psychiques avec d'autres troubles nerveux, souvent tout à fait passagers (convulsions, paralysies, sopor, vertiges, hyperesthésies, anesthésies, fièvre). En étudiant ces combinaisons, on arrive à restreindre de plus en plus la notion des particularités caractéristiques habituelles de tel ou tel épileptique, les accès

avec leur phénomènes concomitant et consécutif varient plus qu'on ne croit chez un individu donné. Quant à l'état de la pupille, tout sopor pur s'accompagne de myosis (suppression de l'influence cérébrale), aux phénomènes convulsifs respiratoires et vaso-moteurs directs s'associe la mydriase, d'où prédominance ou *succession* de ces modifications pupillaires selon que règne tel ou tel élément. L'*assoupissement*, qui survient dans les derniers jours qui précèdent la mort, s'accompagne de mouvements oculaires coordonnés d'une uniformité et d'une lenteur toute spéciale, quand on est en face d'un pronostic fâcheux; il y aurait lieu de les rapprocher des mouvements coordonnés des yeux d'une précision régulière qu'on observe pendant le sommeil et l'état de rêve et, par suite, du supposer que les processus cérébraux de l'agonie sont analogues à ceux qui président aux rêves. P. K.

V. ABSTINENCE ABSOLUE D'UN FOU SYSTÉMATIQUE; par
F. SIEMENS. (*Neurolog. Centralbl.*, 1884.)

Observation prouvant qu'un adulte bien portant physiquement peut supporter une abstinence absolue, même sans ingestion d'une goutte d'eau, pendant douze jours; nul inconvenient physique, ni psychique; diminution totale du poids de 14 kilog. soit un 1 kilog. 160 par jour. En second lieu, dans les derniers stades de l'abstinence absolue, l'urine contient de l'albumine issue des reins. Cette albumine disparaît très rapidement dès qu'on a fait ingérer une copieuse quantité d'eau. Le fait témoigne encore de l'inanitation volontaire par délire jusqu'à danger pour la vie, c'est pourquoi M. Siemens employa la sonde œsophagienne¹; sinon, la sonde, dit l'auteur, fait plus de mal que de bien à telles enseignes que toute résistance de la part de l'aliéné l'eût engagé à différer son intervention. D'après lui, ce genre de cas est extraordinairement rare. Guérison. P. K.

VI. SUR LES CELLULES NERVEUSES GANGLIONNAIRES DE L'ÉCORCE
DU CERVEAU DANS LA PARALYSIE PROGRESSIVE DES ALIÉNÉS;
par E. MENDEL. (*Neurol. Centralbl.*, 1884.)

A l'état normal, la cellule corticale est entourée d'un espace

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. IX, p. 208.

péri-cellulaire très peu large (cerveau bien sain, enlevé très peu de temps après la mort, convenablement durci, sans excès), elle mesure à la base de 7 à 50 μ ; en hauteur 10 à 75 μ . Les cellules les plus grandes occupent le lobule paracentral; on en trouve quelques-unes isolées dans le lobe frontal, et dans le lobe occipital avec de petites et de moyennes. Forme un peu arrondie, fusiforme, ou pyramidale; l'aspect morphologique et le nombre des angles et des prolongements dépendent d'ailleurs de la situation des cellules pyramidales par rapport à l'axe optique du microscope. Leur protoplasma, finement granuleux, est quelquefois jaunâtre surtout chez les vieillards; leur noyau est ellipsoïde. Dans la paralysie générale à évolution courte, il n'existe pas d'altérations cellulaires; pour qu'elles existent, il faut une paralysie générale ancienne, avec démence avancée et phénomènes paralytiques très prononcés. Ces altérations corticales sont: 1° dilatation des espaces péricellulaires remplis d'une matière jaunâtre, ne se colorant pas ou ne se colorant que peu par le carmin; 2° protoplasma stéato-pigmenté (coloration jaunâtre et granulations obscures opaques ou brillantes fortement réfringentes); 3° sclérose et atrophie cellulaires: disparition du contenu finement granuleux, aspect rayé, consistance plus ferme, contours tortueux, disparition des éléments; 4° le noyau offre les mêmes modifications dans son contenu, dans sa forme, dans sa situation par rapport à l'élément cellulaire; il existe aussi de gros noyaux; au dernier degré de l'altération, ils font défaut. Intégrité des cellules des gros ganglions, de la protubérance, des noyaux, qui commandent aux muscles de l'œil. Seuls les noyaux de l'hypoglosse semblent, dans les cas de très longue durée, être le siège d'altérations extrêmement prononcées, quant à leurs cellules.

VII. SUR L'ÉTAT DES ALIÉNÉS EN RUSSIE; par M. KOWALEWSKY. (*Archives de psychiatrie, de neurologie et de psychopathologie légale*, Khar-kow, 1885, n° 4.)

Avant la fondation des états provinciaux en Russie (zemstwa), c'était le « Comité de charité publique », qui avait soin de la situation des aliénés. Enchaînés dans les caves, les malades étaient alors traités presque comme des criminels. Actuellement ce sont

Voy. *Archives de Neurologie*, Société de psychiatrie et maladies nerveuses de Berlin. Déc. 1884.

les états provinciaux, qui en ont soin. Quoique la situation des malheureux se soit beaucoup améliorée, on trouve encore, cependant, des états provinciaux dans lesquels : 1° l'administration exige un paiement plus ou moins considérable, même des aliénés pauvres, pour leur traitement dans les asiles ; 2° l'administration ne reçoit dans les hôpitaux que des aliénés originaires de la région ; 3° les aliénés sont soumis préalablement à un examen, long et inutile, par la régence du gouvernement ; 4° les malades sont maltraités ; 5° le traitement n'est pas confié aux spécialistes, et 6° les médecins ne sont pas indépendants.

Or, M. Kowalewsky pense que ces faits anormaux sont dus à l'arbitraire extrême et à l'absence de lois, précises et obligatoires pour tous les états provinciaux, sur les aliénés. C'est pourquoi l'auteur demande que le gouvernement élabore et mette en vigueur des lois nécessaires. Mais, préalablement, il croit utile de convoquer un congrès de tous les psychiatres russes pour l'examen de différentes questions pratiques, qui peuvent se présenter. Pour M. Kowalewsky, ces questions seraient les suivantes :

1° Réception et entretien des aliénés dans les différentes parties de l'empire ;

2° Contrôle de malades dans les établissements et chez eux (examen par la régence du gouvernement, devant les tribunaux, etc.) ;

3° Législation par rapport aux aliénés ;

4° Occupations et travaux dans les maisons des aliénés ;

5° Administration de ces maisons ;

6° Sortie des malades ;

7° L'organisation actuelle des maisons des aliénés et l'idéal à réaliser dans la patrie.

J. ROUBINOVITSCH.

VIII. L'IMPORTANCE DES ALTÉRATIONS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA PARALYSIE PROGRESSIVE DES ALIÉNÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA PRODUCTION DES ATTAQUES APOPLECTIFORMES ET ÉPILEPTIFORMES ; par W. BECHTEREW. (*Arch. f. Psych.*, XIV, 3).

Les symptômes cliniques des attaques congestives correspondent selon l'auteur, tout à fait aux phénomènes que l'on observe quand on augmente brusquement la pression encéphalique. Les attaques apoplectiformes témoignent d'une augmentation générale et temporaire de cette pression, tandis que les attaques épileptiformes indiquent une localisation à la zone psychomotrice. Deux facteurs interviennent dans ces mécanismes ; le liquide céphalo-rachidien, et la circulation propre du cerveau. Ce sont les troubles dans l'équilibration compensatrice

des deux espèces de liquides et leurs modifications fonctionnelles qui engendrent les attaques et leurs formes différentes. Ainsi, les lésions communes de la paralysie générale entraînent une hyperpression de la part du liquide céphalo-rachidien; de là une anémie cérébrale diffuse, apoplectigène. En d'autres cas, ce sera une congestion cérébrale active qui, en élevant la pression artérielle, engendrera de l'apoplexie avec convulsions générales, parce que le liquide céphalo-rachidien chassé par la pression sanguine, ne refluant pas assez vite (lésions de ses voies d'écoulement) comprimer la surface du cerveau. Quant aux convulsions partielles, elles sont dues à la formation de poches kystiques sous-arachnoïdiennes (travail inflammatoire spécial) qui exercent une compression locale sur les régions corticales sous-jacentes (circonvolutions ascendantes, région frontale, pli courbe et organes voisins). P. K.

IX. LA POPULATION PSYCHOPATHIQUE DU GRAND-DUCHÉ D'OLDENBURG, D'APRÈS LES RÉSULTATS DU RECENSEMENT DE LA POPULATION PRATIQUÉ LE 1^{er} DÉCEMBRE 1880, COMPARÉE AVEC LES ADMISSIONS ANTÉRIEURES; par P. KOLLMANN. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XL, 4.)

Le nombre total des perturbations mentales comporte 977 se répartissant en :

81	pour la principauté de Lübeck.
88	— — — — — Birkenfeld.
808	— le territoire propre du grand-duché (c'est-à-dire rives du Weser et côtes de la mer du Nord).
<hr/>	
977	

On peut encore décomposer le grand-duché, en ce qui concerne la nature et le genre des produits du sol, les institutions juridiques, les institutions agricoles, la descendance, le caractère, les mœurs des habitants, en réseaux tranchés qui sont : le réseau du Marécage (le long des côtes) : 266 aliénés; et le réseau des régions élevées se subdivisant en région élevée d'Oldenburg : 380 aliénés; région élevée de Münster : 162 aliénés.

Si on élimine les aliénés qui viennent d'autres provinces ou d'autres pays se faire traiter en Oldenburg, on obtient le tableau suivant :

	ALIÉNÉS	POPULATION	PROPORTION
Territoire du grand-duché	794	263.648	3,01
Principauté de Lübeck	94	35.145	2,68
Principauté de Birkenfeld	89	38.685	2,30
<i>Les 794 aliénés du Grand-Duché se répartissent ainsi :</i>			
Réseau des Marécages	181	76.066	2.38
Région élevée d'Oldenburg	425	122.959	3,45
Région élevée de Münster	188	64.523	2,90

L'ensemble de l'Oldenburg comprend donc : 977 aliénés pour un chiffre de population de 337,478, soit une proportion de 2,89.

L'auteur épuise successivement toutes les questions statistiques relatives à la proportion de l'aliénation mentale suivant les villes ou les campagnes, les sexes, les professions, les âges, les religions, etc., sans naturellement perdre de vue les statistiques générales du recensement aux mêmes points de vue ; il compare, quand il y a lieu, avec d'autres provinces ou d'autres pays.

P. KÉRAVAL.

X. LA NUMÉRATION DES ÉPILEPTIQUES DANS LE GOUVERNEMENT DE MECKLENBOURG-SCHWERIN PENDANT L'ANNÉE 1882 ; par TIGGES. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XL, 4.)

Après avoir donné le schéma des cartes de recensement usitées pour arriver à obtenir des documents exacts, l'auteur conclut qu'en juin 1882 la province comprenait 639 épileptiques. En excluant la ville de Schwerin, on arrive à la proportion de un épileptique pour 855 habitants ; mais il est manifeste que tous les épileptiques n'ont pas été recensés, ce qui enlève de la valeur aux tableaux qui suivent relatifs à l'âge auquel est survenue la première attaque, au rapport entre la population et les épileptiques d'un âge donné, au sexe (355 femmes pour 284 habitants), à la proportion entre l'épilepsie et l'aliénation mentale (167 sont désignés comme aliénés, affaiblis ou déments), à la profession, etc.

P. KÉRAVAL.

XI. CONTRIBUTION A LA SITUATION DES SPÉCIALISTES DANS LES CHOSES DE L'INTERDICTION ; par NEUMANN. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XL, 4.)

Il s'agit d'une cause célèbre (simple note sans observation

détaillée). On demandait l'interdiction, de concert avec le *Bezirksphysikus* ; l'auteur conclut au rejet de la demande, à raison de l'intégrité intellectuelle de la personne incriminée, et se déclare prêt à faire un rapport qu'une fois rentré chez lui il rédige. Mais le tribunal, au mépris de toutes les convenances, saisit de l'examen le *medicinal collegium*, bien que les deux confrères fussent d'accord, et qu'il n'eût pas entre les mains le rapport motivé, d'ailleurs non demandé par lui. M. Neumann critique les allures et les conclusions des rapporteurs ultérieurs ; il ne s'agit pas en effet de savoir si la personne en question a été jadis affectée, il s'agit de déterminer au moment actuel l'état des facultés, car nous n'avons pas assisté au passé dont on parle.

P. K.

XII. DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'ÉVOLUTION DES PSYCHOSES ; par BARTENS. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XL, 4.)

Note relatant douze observations qui viennent à l'appui de ce fait, que la grossesse noircit le pronostic d'une maladie mentale existant avant elle. A cela rien d'étonnant, puisque la grossesse par elle-même (troubles de circulation, perturbation chimique du sang, troubles de nutrition en rapport avec cet état) met souvent les femmes affaiblies et fatiguées à deux doigts de l'aliénation mentale (excitabilité, maussaderie). Mais la plupart des cas d'aliénation mentale rassemblés dans la bibliographie, au cours desquels la grossesse survint, étaient déjà des cas de psychose puerpérale ; la nouvelle grossesse ne pouvait donc qu'agir désavantageusement. Dans les faits exceptionnels où il semble que la grossesse ait déterminé la guérison, il est plus logique de croire, que ce sont les conditions sociales du bien-être, de la tranquillité créées par le mariage qui ont produit un bon effet ; en tout cas, la satisfaction sexuelle n'a pas grande influence ici. Du reste, les observations d'Erlenmeyer sont les seules où l'on ait affaire à des primipares. Sur les douze observations de M. Bartens, une seule femme a guéri de par sa grossesse, c'était une érotique très excitée (voy. l'observation de Marcé.) Sur les onze restantes, deux avaient été atteintes de psychoses puerpérales ; deux furent améliorées, une mourut, huit demeurèrent malades ; cinq d'entre elles présentaient une tare héréditaire (une guérison, une amélioration).

P. K.

XIII. COURTE COMMUNICATION SUR UN CAS DE TROUBLE MENTAL DOUTEUX ; par GRUNEWALD (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XL, 4).

Il s'agit d'un vol commis par un dément épileptique observé dans un asile pendant trois mois. P. K.

XIV. RAPPORT SUR UNE ÉPILEPTIQUE ; par G. LANGREUTER. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XL, 4.)

Une femme est condamnée à un an de prison pour coups et blessures, et à six ans de détention pour vol grave. Or, elle présente tous les caractères de la folie épileptique. On constate chez elle pendant son incarcération de l'irritabilité morbide avec amnésie, des accès de rage ne laissant également aucune trace dans la mémoire (équivalents psychiques), des périodes d'obnubilation durant souvent des jours entiers, des vertiges épileptiques, des accès convulsifs classiques, des phases de torpeur et d'angoisse, de la déchéance intellectuelle. *Conclusions* abrégées du rapport : hérédité psycho et neuropathique à sa plus haute puissance, se manifestant, dès la plus tendre jeunesse, par de l'excitabilité, des violences, de la céphalalgie. Plus tard se montrent des accès de rage pathologique, ces paroxysmes disparaissent au moment de la puberté pour revenir plus violents après les premières couches. Enfin se montre le tableau complet observé à la prison dont l'affaiblissement psychique est la conséquence. Malheureusement ce rapport suit la condamnation. P. K.

XV. RAPPORT STATISTICO-CASUISTIQUE SUR LE QUARTIER D'ALIÉNÉS DE L'HOPITAL JULIUS DE WURZBOURG POUR LES ANNÉES 1873-1882 INCLUS ; par K. LIND (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XL, 5).

Deux parties¹. La première renferme les indications statistiques relatives à la fréquence des admissions dans ce quartier, à la comparaison de cette fréquence avec celle des autres asiles d'aliénés de la Bavière, à la division en individus ayant droit à l'hospitalisation (relevant de l'ancien diocèse de Wurzburg), en bavarois et non bavarois, au placement ultérieur des ma-

¹ A rapprocher du travail de Rieger. Voy. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 92.

lades après leur renvoi, aux résultats du traitement en général et du traitement par rapport aux diverses formes de l'aliénation mentale (tableau); enfin quelques mots sur l'emploi des moyens de contention, les agents hypnotiques et les sédatifs. Nous y cueillons ce qui suit : bien des formalités pour la réception et le renvoi des malades n'existent pas. L'admission et le congé appartiennent au chef médical du quartier; il lui suffit en outre de prévenir les communes de l'incurabilité pour être débarrassé des aliénés. C'est pourquoi, tandis que les asiles d'Erlangen, d'Irrsee près Kauffbeuren, de Karthausprüll, de Werneck, de Klingennünster, de Deggendorf, de Barpeuth recevaient dans ces dix dernières années 1,254, 1,381, 834, 1,135, 1,219, 2,005, 852, 601 aliénés, ce quartier de Wurzburg en admettait 1,491. Cette grande activité du service, jointe à l'impossibilité où l'on y est actuellement de faire du no-restraint (emploi aussi modéré que possible de la camisole, des ceintures, du bourrelet ouaté), jointe encore à la nécessité, de par le manque d'espace, d'user des narcotiques, implique l'obligation de créer un véritable asile. L'auteur préconise le chloral à doses hypnotiques massives de 1 à 2 grammes, ou à doses fractionnées (30 à 50 centigr.), répétées pendant le jour sans dépasser au total 3 grammes; les opiacés ne conviendraient guère que chez les alcooliques; quant à l'hyoseyamine, à faibles doses (5 mill. à 1 cent.), elle augmente l'agitation, à hautes doses, elle intoxique. — La seconde partie contient une série d'observations suivies d'analyses critiques plus ou moins développées. On a dans les dix ans traité 321 *mélancoliques*, dont les deux tiers de femmes, soit une proportion de 1 : 5 par rapport aux autres entités morbides. On y a vu 125 guérisons, 118 améliorations, 72 incurables, 6 morts. Voir l'OBSERVATION I (lypémanie de la ménopause). La *folie systématique primitive* a été représentée par 167 faits dont 92 chez les hommes; on a noté 2 guérisons, 60 améliorations, 97 incurabilités, 4 morts. Voir l'OBSERVATION III (femme de trente-six ans, guérison complète malgré les hallucinations, au bout de dix-huit mois de maladie). La *folie épileptique* a été observée chez 92 individus dont 71 hommes; il y a eu 27 guérisons (accès maniaques passagers), 47 améliorations, 12 incurabilités, quatre morts. Voir l'OBSERVATION IV (épilepsie de la gravidité) et trois autres faits d'épilepsie provoquée (électrisation intempestive et morsure d'ours). Quatre exemples étudiés avec soin

permettent à M. Lind d'affirmer que la *déchéance pondérale qui suit les accès d'épilepsie est faible et souvent nulle chez les vieux épileptiques, qu'elle n'est pas proportionnelle aux accès que les fortes diminutions de poids qui suivent des ictus accumulés doivent être rapportés à la faible alimentation concomitante.* La *folie périodique* a eu pour terrain treize hommes et treize femmes (citons l'OBSERVATION V), et la *folie circulaire*, quatre femmes et un homme, tous individus fortement héréditaires. Cent trente et un cas de *démence paralytique*; cette affection qui atteignait cent neuf hommes, prédomine ici dans le quatrième dixième de la vie : Voir OBSERVATION VI (hypémanohypochondrie due à l'exagération du travail intellectuel; hypothermie énorme dans les derniers jours de la vie : 29,1) — OBSERVATION VII (paralysie générale due à la misère, vingt-sept attaques épileptiformes toniques, précédant la mort, hyperthermie à 42,4). — OBSERVATION VIII (paralysie générale syphilitique, mais inanité de traitement hydrargyrique). Au *Delirium tremens* sont consacrées les OBSERVATIONS IX, X, XI, XII, XIII. La *folie par maladie somatique* compte 63 exemples, l'auteur en donne l'OBSERVATION X qui devrait prendre le numéro XIV (Rosa R..., p. 749). Les OBSERVATIONS XIV et XVII qui suivent et devraient avoir les numéros XV et XVI illustrent la *folie due à des lésions cérébrales matérielles* (tumeurs). *L'inversion du sens génital*, a à son actif, l'OBSERVATION XI (Margaretha s. p. 576) qui devrait porter le chiffre XVII. Enfin quelques observations ne rentrent pas rigoureusement dans le cadre de la psychiatrie, tels ces troubles intellectuels chez deux fillettes atteintes de convulsions hystérisiformes ou choréiformes (Sabine, *ib.* p. 757; Anna M...) ayant guéri par le changement de milieu. — On pourrait, sous la rubrique de troisième partie, coter le résumé des causes de la mortalité et la teneur d'une discussion fort intéressante au sujet de la soi-disant *intoxication chlorahique*¹ de deux marastiques.

P. K.

XVI. SOUVENIRS DE VOYAGE EN FRANCE, EN ANGLETERRE, EN ECOSSE ET EN BELGIQUE; par H. A. WILDERMUTH (*Allg. Zeitschf. f. Psych.*, XL, 5).

L'auteur a visité en France la Salpêtrière, Bicêtre, Vau-

¹ Voy. à ce sujet *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 229.

cluse, Ville-Evrard, Sainte-Anne et l'établissement privé de Falret et de Cotard; il a assisté aux leçons de MM. Charcot, Legrand du Saulle, Ball, Luys; il a suivi les développements de M. Bourneville sur la constitution de son service. Il a couru à travers Charenton. Il se déclare satisfait du genre de construction des nouveaux asiles ou des nouveaux bâtiments; mais il nous reproche d'avoir conservé les habitudes militaires quant à l'uniforme, à la disposition des malades pour la visite, pour la tenue des gardiens, au volume des trousseaux de clefs; on se croirait plutôt, selon lui, en des établissements pénitentiaires. — En Angleterre il a visité Bedlam avec ses fenêtres encadrées de fer, dont une étroite aile seulement peut s'ouvrir de chaque côté, et sa maison de convalescence de Goldaming. Il a visité Hayward-Heath où il a vu les lits-hamacs pour gâteux et infirmes; il a été frappé du traitement du médecin-directeur qui, outre l'habitation, le chauffage, le blanchissage, les légumes, touche annuellement 1,000 livres sterlings (25,000 fr.). Il est entré à Broadmoor¹, à Northampton County lunatic Asylum, Berry Wood, à Saint Andrews hospital for mental diseases for the middle and upper classes, à l'asile de Brentwood, au Royal India Asylum d'Ealing; il a très superficiellement parcouru le Saint-Luks hospital et consacré tous ses soins aux détails des asiles d'idiots d'Earlswood et Darenth-School ainsi qu'au Bartholomew's hospital de Londres. Ce dernier, réservé aux paralysés et aux épileptiques, présente cette particularité que deux fois par semaine, les chefs de clinique de l'hôpital ou d'autres autorités compétentes se réunissent en consultation publique, devant les étudiants, pour examiner les cas difficiles. De courts instants ont été donnés au Kind's hospital de Great Ormonds street, au National hospital for Kindiseases Saint Thomas hospital. Nous passons sur les réflexions comparatives entre Londres et Paris, entre les mœurs mêmes des deux villes.

Quant à l'Ecosse, M. Wildermuth résume le mode d'assistance, le mode de fonctionnement du service des aliénés. Il décrit le Royal Edinburgh Asylum, le Morningside Barony parochal Asylum Woodilee, l'Elgin District Asylum, n'ayant jeté qu'un coup d'œil sur le Fife and Kimross District Asylum. Puis, il spécifie que l'œuvre de Pinel, qui enleva les chaînes aux

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. V, p. 402.

mâlades, a atteint en Angleterre et en Écosse son plus beau développement ; elle n'est peut-être pas bien loin d'être complète en ces pays.

En Belgique, Gheel l'a arrêté peu de temps. L'idée, dit-il, est bonne, elle a en partie reçu une satisfaisante exécution ; mais tout contrôle psychiatrique y est impossible, à raison, et du petit nombre de médecins, et de la grande étendue de terrain à parcourir. La visite quotidienne de chaque section par des gardiens constitue un succédané insuffisant. Si l'on pouvait arriver à introduire dans ce système une direction médicale inflexible, cumulant les fonctions administratives et possédant pleins pouvoirs, et si, concurremment, l'on multipliait, pour le contrôle et l'assistance, le nombre des médecins en sous ordre, dans ces conditions, mais dans ces conditions seules, Gheel représenterait l'idéal. P. KÉRAVAL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 29 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DAGONET

M. MAGNAN. M. Legrand du Saulle me demandait à la dernière séance si la malade présentant ces symptômes de boulimie impulsive dont je vous ai entretenus n'était pas diabétique ? Ainsi, nous disait-il, aurait pu s'expliquer plus simplement son besoin de manger. L'analyse des urines faite à deux reprises par l'interne en pharmacie de mon service n'a révélé la présence d'aucune trace de sucre. J'ajouterai aujourd'hui que dans le cas même où cette femme eût été glycosurique, je n'en considérerais pas moins son impulsion comme un véritable état mental pathologique. Car la malade souffrait de son dérèglement d'appétit au point de vouloir se suicider.

M. REX termine le dépouillement des matériaux laissés par Broca, sur le poids des lobes frontaux, des lobes occipitaux et

des régions pariéto-temporales. Il rappelle, en débutant que la délimitation entre les différents lobes, est : pour la région frontale, la scissure de Rolando; pour la région occipitale, la scissure perpendiculaire. Les régions pariétale et temporale sont réunies dans une seule pesée. Le nombre des observations est de 131 pour les hommes et de 116 pour les femmes. Les principaux résultats auxquels elles conduisent sont les suivants : dans les deux sexes, le lobe frontal gauche est le plus lourd, quel que soit le poids de l'encéphale, mais la prédominance du lobe frontal gauche est moins marquée pour les cerveaux d'un poids inférieur. Dans les autres régions cérébrales, c'est le droit qui l'emporte sur le gauche; mais cette fois, surtout pour les régions pariéto-temporales, la différence entre les deux lobes est, au contraire, plus marquée pour les cerveaux les moins lourds. Le rapport des différents lobes au poids de tout le cerveau indiquerait que les femmes ont proportionnellement les lobes frontaux plus pesants que ceux des hommes. On observe l'inverse pour les régions occipitales et pariéto-temporales.

L'influence de l'âge se manifeste de la manière suivante : La prédominance du lobe frontal gauche est plus marquée chez les adultes que chez les vieillards. Chez les adultes le poids des lobes frontaux est proportionnellement plus fort pour les hommes que pour les femmes, et c'est seulement chez les vieillards que le contraire a lieu. D'une manière absolue, le poids de toutes les régions cérébrales diminue avec l'âge; les variations les plus sensibles portent sur les régions pariéto-temporales. Le développement maximum des différentes régions est atteint. Pour les lobes intérieurs, à trente-cinq ans, pour les régions occipito-pariéto-temporales, dès vingt-cinq ans.

Enfin les résultats généraux et les résultats relatifs à l'influence de l'âge, indiquent que les variations pondérales les plus sensibles portent sur la région pariéto-temporale. Cette région présente donc un intérêt particulier dans l'étude de l'évolution cérébrale.

M. Riu communique deux observations de délire postépileptique : la première est celle d'un certain Michot qui a déjà eu son heure de triste célébrité et qui vient de mourir à l'asile d'Orléans. En 1875, après plusieurs crises convulsives, Michot dans un accès de délire avait, en une heure et demie, tué sept personnes et parcouru huit kilomètres. Ayant eu entre les mains le dossier constitué par l'instruction faite au moment où ces crimes ont été commis et réunissant, d'autre part, les renseignements recueillis près du malade, M. Riu rétablit l'état mental de Michot au moment des meurtres. La première de ses victimes fut sa femme; or, il est évident que depuis longtemps, Michot était

en de mauvaises dispositions pour elle, car il lui reprochait souvent de ne pas subir ses approches quand il le désirait. Faible d'esprit et croyant au sortilège, il crut toujours que ses crises épileptiques lui étaient causées par quelques personnes de son pays et l'accès de fureur épileptique qui s'est manifesté chez lui à la suite d'attaques répétées, n'a été que le résultat de l'état cérébral pathologique dans lequel se trouvait habituellement Michot. L'ictus paroxystique n'aurait fait, suivant M. Riu, qu'imprimer au délire ses caractères essentiels : la fureur et l'inconscience ou plutôt l'amnésie, très clairement établis d'ailleurs par les faits nombreux énumérés dans le rapport judiciaire. Le malade, sous l'influence du traitement, voyait depuis quelque temps diminuer le nombre de ses crises; son état mental s'était amélioré, mais il est mort au mois de janvier d'une pneumonie double. Dans les derniers temps de sa vie il croyait toujours qu'un sort lui avait été jeté par les gens de son pays. L'aversion que manifestait sa femme pour lui l'avait indisposé contre elle, il en était devenu tout d'abord très mélancolique, puis son état mental s'était de plus en plus rapproché de celui d'un délirant chronique. La seconde observation est celle d'un héréditaire dont la folie resta à l'état latent tant que l'épilepsie dont il était atteint n'agit pas comme cause déterminante de son délire. — M. Riu montre aussi le cerveau d'une idiote dont l'hémisphère droit est uniformément atrophié; cette femme était paralysée du côté gauche. Il fait ensuite passer sous les yeux de la société un crâne présentant une fracture avec déplacement de l'os frontal, restée inaperçue pendant toute la durée de la vie. Le malade est mort récemment d'un abcès du cerveau.

M. BRIAND demande à combien de temps, selon M. Riu, remonterait cette fracture. Il la croit relativement assez récente et pense que l'abcès du cerveau a été la conséquence de l'irritation causée par le déplacement de l'os fracturé. L'abcès du cerveau dont les signes cliniques sont encore assez mal déterminés a une marche lente et insidieuse, il existe dans la science un certain nombre de cas où la mort est survenue plusieurs mois après la chute qui a déterminé la formation de l'abcès.

M. RIU ne peut donner aucune date précise, mais il croit la fracture ancienne.

M. CHRISTIAN pense, au contraire qu'elle remonte à quelques mois à peine; il estime que c'est à cet accident qu'il faut faire remonter la formation de l'abcès dont la marche lente et progressive a fini par déterminer la mort du sujet.

MARCEL BRIAND.

XVI^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE
DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST¹.

SESSION DE CARLSRUHE

Séance du 18 octobre 1884.

M. le conseiller aulique SCHUELE, ouvre le congrès par des paroles de bienvenue. Il communique une lettre du bureau de la Société des aliénistes allemands, d'après laquelle on a écarté les revendications proposées par motion il y a deux ans, à l'égard de l'assurance contre les accidents du personnel des gardiens en service².

M. FUERSTNER, choisi comme président, exprime sa joie de voir de nouveau convoqué ce Congrès, qui a pour rôle important de traiter, à côté des grands congrès nationaux et internationaux, les affaires intimes de la psychiatrie. Chaudes paroles de regret à la mémoire de de Rinecker et Gretz. MM. MÜLBERGER et WUNDERLICH sont choisis comme secrétaires.

Le président propose de laisser pendante la question de l'assurance contre les accidents sus-mentionnée. Adopté.

M. JOLLY (de Strasbourg). *Sur la méthode de Mitchell et Playfair dans le traitement de l'hystérie*. Publications sur ce sujet de Weir Mitchell, notamment dans la 3^e édition de *Fat and blood* (Philadelphie, 1884), — vulgarisation de Playfair, Binswanger, Burkart (*Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*). Tous les auteurs la recommandent. C'est pourquoi M. Jolly vient apporter son contingent critique d'une méthode employée par lui dans quatorze cas. Ses résultats s'accordent généralement avec ceux des auteurs sus-énoncés; mais son interprétation, quant à la nature du résultat obtenu, s'écarte, sous quelques rapports, des opinions exprimées jusque-là. Ainsi l'isolement, le repos, le gavage, le massage et la faradisation générale sont les facteurs dont se compose la méthode. Chacun d'eux a bien des fois été employé dans le traitement de l'hystérie. Mais Mitchell est le premier qui les ait réunis en un seul système complexe³. Tout d'abord on l'a appliqué à une caté-

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 423.

² *Id.*, t. VI, p. 431.

³ *Id.*, t. VII, p. 371.

gorie déterminée d'hystériques, à celles chez lesquelles, dans le cours de la névrose, il s'était produit de l'affaiblissement somatique d'ordinaire entretenu par une ingestion alimentaire défectueuse (troubles digestifs réels ou imaginaires). On soumet ces malades à une sorte d'engraissement : repos complet au lit, — toutes les deux heures ingestion d'une portion de lait, — au bout de trois à quatre jours (espace de temps nécessité pour l'assuétude), on administre une riche alimentation mixte à l'aide d'une soule de repas intermédiaires intercalés entre les repas principaux. Somme toute la patiente absorbe une grande quantité de lait. L'introduction d'une telle masse alimentaire s'effectue grâce à l'exclusion des mouvements musculaires actifs et grâce à l'excitation de l'activité musculo-cutanée. Celle-ci s'exécute par un massage d'abord quotidien (séance d'une demi-heure, puis d'une heure et demie), puis bi-quotidien (deux séances par jour de une heure et demie); on commence par les extrémités inférieures pour agir finalement sur toute la surface de la peau, sur tous les muscles : on stimule ainsi l'assimilation et l'appétit. A ce moment, on fait intervenir la faradisation généralisée musculo-cutanée. En six à huit semaines, ou trois mois, on obtient un résultat éclatant, à la condition qu'on débarrasse les malades des éléments psychopathiques; pour atteindre ce but, il convient de les séparer absolument de leurs parents, de les soumettre à l'autorité bienfaisante d'un étranger expérimenté qui lutte contre leurs quatre volontés, et leur montre l'insanité de leurs désespoirs et de leurs idées proconçues, de leurs sensations erronées (enseignement de Charcot). Cet isolement aura lieu dans une maison de santé ou dans un hôpital, sinon dans un asile, selon la situation de fortune de la personne.

Repos. Dans les premiers temps l'alitement sera complet, on supprimera toute espèce d'efforts en portant les aliments à la bouche même. Cette manière de faire s'applique non pas seulement aux cas de paralysie ou de parésie hystérique, mais à ceux de simple faiblesse et d'aboulie très prononcées. Les malades ne tardent pas à se sentir soulagées et sont bientôt en état d'exécuter les efforts nécessaires aux exercices musculaires. Si l'épuisement n'est pas absolu, on se contente de prescrire le lit à la suite des séances du massage et de la faradisation. *Alimentation forcée :* S'oppose à l'extrême déperdition des forces, assure la régularité dans l'ingestion, montre rapidement aux hystériques qu'elles peuvent exécuter un acte donné et en tirer profit malgré les sensations importunes auxquelles elles avaient cédé jusqu'alors. Au surplus, ce gavage convient même aux hystériques de bonne apparence, voire aux obèses quand il y a anémie. A elles la diète lactée pure durant les trois à quatre premières semaines, mais en si faibles quantités qu'on les fasse considérablement perdre de leur poids; alors on les relève par l'alimentation forcée. Ya-t-il,

dans l'espèce un déplacement des fonctions d'assimilation, ou une amélioration de ces fonctions ? On ne sait. En tout cas, le système exerce une heureuse influence morale. *Massage et électrisation* : Constituant d'abord des auxiliaires de la cure, elles agissent ensuite moralement en rompant l'uniformité de la vie de ces malades et en leur présentant un résultat ; en second lieu elles provoquent un sommeil calme, réparateur. M. Jolly n'attribue pas au massage de supériorité sur l'électrisation, mais il est évident que l'électricité convient plutôt à tels ou tels cas.

Voici les indications qui appellent la mise en pratique de la méthode de Mitchell. Il s'agit toujours d'une hystérie grave dans laquelle, quelle qu'en ait été l'origine (affection somatique, émotion dépressive, spontanéité), on rencontre, à la période d'acmé ou parfois prématurément, une diminution de la volonté qui laisse la malade le jouet passif de ses sensations anormales, et de ses réflexes exagérés, de ses conceptions hypochondriaques imaginaires, de ses erreurs personnelles ; en même temps, elle est, de par ces anomalies, poussée à induire les autres en erreur (Richer). Tel est l'état psychique caractéristique de l'hystérie. Il y a donc lieu de déployer le moins d'appareil possible pendant les épisodes convulsifs et d'agir sur toute la substance de l'économie, par la séclusion et l'ensemble de l'entraînement physiologique précédemment spécifié. M. Jolly insiste à l'aide d'exemples sur la valeur du traitement au pinceau faradique, animé de forts courants.

Discussion :

M. SCHUELE. Cette méthode ne suffit pas à tous les cas. Eh bien ! n'est-elle convenable qu'aux hystériques non aliénées, ou convient-elle mieux aux psychoses hystériques ? Que faut-il faire en présence des conceptions délirantes hypochondriaques et, en particulier dans les dyspepsies sous la dépendance d'une névrose du nerf vague, alors que l'ingestion alimentaire en exagère les troubles ? Doit-on dans l'espèce, de but en blanc, forcer les malades à beaucoup manger ? En ce qui le concerne, il croit plutôt devoir recommander une certaine retenue.

M. JOLLY. La méthode ne se plie pas aux cas dans lesquels il existe des idées délirantes hypochondriaques. Les accidents de dyspepsie ne constituent pas de contre-indication, le traitement en question leur serait plutôt, d'après son expérience, favorable.

M. FUERSTNER. C'est un vieux procédé que celui de la faradisation et en particulier au pinceau ; il s'y rallie, lui aussi ; que de fois l'a-t-il employé à Heidelberg, de même que Westphal à la Charité. Le badigeonnage de la région épigastrique chasse des troubles gastriques intenses. Il convient simplement de se montrer prudent quand il y a psychose caractérisée. C'est avec joie qu'il voit grandir l'opinion d'après laquelle la plupart des symp-

tômes nerveux de l'hystérie ont une origine psychique; il souhaite que ces malades entrent plus fréquemment et de meilleure heure que jadis dans les asiles d'aliénés, car c'est là qu'il est le plus facile de pratiquer la séclusion et le traitement psychique.

M. WITKOWSKI. Les observations de l'auteur comprennent-elles les formes vraies de l'hystérie qui ressortissent à l'enfance et à l'époque de la puberté?

M. JOLLY. Non, en ce qui concerne l'ensemble; un fait relatif à la puberté.

M. SCHUELK. Les phénomènes dyspeptiques surviennent souvent de très bonne heure. En outre, l'affaiblissement de la volonté chez les personnes extrêmement anémiques repose souvent sur un substratum organique; aussi doit-on se garder de trop généraliser le traitement au pinceau avec les courants faibles, mais faut-il relever le fonds de l'économie. On y arrive plutôt par l'expectation que par l'alimentation forcée. Les indications somatiques priment d'ailleurs les indications psychiques; le traitement moral consiste à gagner la malade profondément affectée par le sentiment de sa faiblesse.

M. FUERSTNER. Ces anémiques refusent obstinément tout aliment, leur langue ne révèle aucun trouble physique, non plus que l'estomac. Le traitement au pinceau ne peut que donner de la confiance aux patientes.

M. KERN. Le traitement psychique forme le pivot de la cure; la méthode préconisée *suprà* exerce une salutaire influence morale, à la condition qu'elle soit bien surveillée par le médecin.

M. JOLLY. La guérison aussi promptement possible; voilà l'objectif. Que d'existences l'alimentation forcée des aliénés n'a-t-elle pas sauvées!

M. FREUSBERG (de Sarreguemines.) *Le nouveau projet de loi des aliénés en France.* — Après un historique sur la loi de 1838, l'auteur expose les motifs qui ont suscité la révision. Il en résume les conclusions. En somme, d'après lui, le nouveau projet de loi propose des mesures de surveillance plus ou moins vexatoires, en partie même impraticables contre les asiles d'aliénés, il ne constitue plus un progrès d'assistance dans le sens humain. Bien des aliénistes français protestent énergiquement et condamnent ces innovations.

Discussion :

M. FUERSTNER. Ne croit pas que la connaissance de cette loi ait éveillé parmi ses compatriotes le désir de posséder un semblable monstre. Voici les points discutables :

- 1° Surveillance de chaque aliéné par l'Etat;
- 2° Droit exclusif du directeur de retenir les aliénés dangereux;

3^o Décisions relatives aux aliénés qui ont commis des actes criminels dans les asiles;

4^o Admission provisoire de cinq jours.

D'où vient tout ce mouvement. Pourquoi cet abaissement des idées en France? Pourquoi un tel défaut d'énergie chez les aliénistes français?

M. FREUSBERG. C'est contre certains asiles privés que le mouvement a d'abord été dirigé, car en France il existe deux catégories d'asiles privés : ceux qui possèdent, grâce à leurs riches clients, une existence indépendante; — ceux qui font fonction d'asiles publics...

M. STARK s'élève contre la visite obligatoire du mandataire de l'Etat.

M. JOLLY. A-t-on, à côté des décisions vexatoires, maintenu les bonnes et saines pratiques de la vieille loi?

M. FREUSBERG. Le nouveau projet accentue la tutelle provisoire des aliénés, en instituant un curateur provisoire à leurs biens.

M. STARK (d'Illenaü). Sur la situation actuelle de la question de la paraldéhyde. — Historique. Voir, à ce sujet, la thèse de Nercam¹ dont M. Stark n'a d'ailleurs pas eu connaissance; outre que ce travail tient compte de tous les éléments chimiques, car, comme le dit M. Stark, trois molécules d'aldéhyde forment, en se condensant, une molécule de paraldéhyde [$3C^2H^4O = C^6H^{12}O^3$], il résume la question entière en apportant un contingent de nombreuses observations thérapeutiques toutes nouvelles.

M. Stark a, de son côté, obtenu les résultats suivants à l'asile d'Illenaü depuis novembre 1883.

ÉTATS MORBIDES	TOTAUX	RÉSULTAT COMPLET	DEMI-RÉSULTAT	RÉSULTAT INSUFFISANT
Agrypnie.	1	1		
Neuraathénie.	2	2		
Exaltations.	54	44	7	3
Dépressions.	18	11	4	3
	75	58 = 77,4 0/0	11 = 14 0/0	6 = 8 0/0

Discussion :

M. FUERSTNER. D'après son expérience, on s'accoutume si vite à la paraldéhyde qu'il faut en élever continuellement les doses. C'est ce que nous disions nous-même².

M. JOLLY ne partage pas l'opinion de M. Stark, quant à la solubilité.

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 406.

² *Id.*, *loc. cit.* et conclus. 7 et 20 de la thèse de Nercam.

M. STARK. A + 15° C la solubilité dans l'eau atteint 10 p. 100.

M. JOLLY la dissolvait à l'origine dans l'eau, le vin, les sirops, mais elle s'en précipite facilement si l'on ne fait pas une minutieuse attention. Aussi, plus tard, la donna-t-il dans le cognac et la teinture d'écorce d'oranges (proport. : 4 : 2); en administrant la quantité voulue dans un verre d'eau. Il a, dans les états morbides les plus divers où il l'a administrée, obtenu, en somme, le même résultat qu'avec le chloral. Mais la paraldehyde admet des doses plus hardies que le chloral. Malheureusement on doit très rapidement en élever les doses à 10 grammes. En revanche, en la suspendant de temps à autre, on se débarrasse de cet inconvénient. Il est difficile d'en formuler l'indication spéciale à certains types morbides. C'est chez les maniaques et dans le delirium tremens qu'il a obtenu les meilleurs effets ¹.

M. STARK. Une malade atteinte de folie systématique hallucinatoire qui depuis des années troublait le quartier par ses cris, avait épuisé sans succès tous les narcotiques; la première dose de paraldehyde l'a sur-le-champ fait dormir d'un sommeil calme. L'action du médicament persista pendant six mois. Les hallucinations ne se produisirent plus; elles paraissent cependant être réapparues dans ces derniers temps.

M. FUERSTNER. C'est chez les mélancoliques agités et dans les états aigus en général qu'il a enregistré les meilleurs résultats. Résultat très variable chez les paralytiques généraux. Assuétude rapide. Chaque cas exige une surveillance pendant l'administration du médicament ².

M. STARK. C'est un médicament à essayer. Les injections sous-cutanées ne lui ont jusqu'ici donné que des résultats négatifs. (Voir à cet égard, *Thèse de Nercam*, conclus. 12 et 13).

M. WILDERMUTH. *Quelques observations sur les troubles de la parole chez les idiots.* Les différentes formes de l'idiotie ne présentent pas, relativement à l'étude des troubles de la parole, un champ aussi profitable qu'on le pourrait prétendre *a priori*. Il y a chez ces malades, association de troubles intellectuels, sensoriels et moteurs, qui forment un tableau morbide très complexe dont l'analyse, à raison des allures psychiques des idiots, est hérissée de difficultés toutes particulières. Nous pénétrerons dans ce labyrinthe en nous guidant sur les travaux de Kussmaul et Wernicke.

Prenons d'abord les dysphasies et les lalopathies. A cet égard, les anomalies du langage chez les idiots se décomposent en deux grands groupes : 1° *Cas où le trouble de la parole est l'expression*

¹ Comparer avec notre communication à la *Société médico-psychologique* (*Archives de Neurologie*, loc. cit.) et avec la conclusion 4 de Nercam.

² Même observation. Voir conclus. 16 de Nercam.

directe du trouble intellectuel ; depuis l'idiot complètement muet, jusqu'à l'arriéré capable d'éducation, le trouble de la parole correspond au cercle étroit de la conception de ces êtres ; ils manquent d'un bagage de mots richement fourni et l'association rapide est défectueuse. On y rencontre d'abord des exemples, en grand nombre, chez lesquels le degré auquel est restée la vie psychique et son expression principale, la parole, a son analogue dans les étapes que l'enfant normal doit parcourir pour son développement intellectuel et verbal. Tel est l'*arrêt de formation verbale* ; M. Wildermuth en esquisse quelques exemples. Au degré le plus inférieur, l'idiot ressemble à un enfant des premières semaines de la vie, c'est un automate végétatif, réflexe (1 observ.) ; à un degré plus élevé, on a sous les yeux un enfant d'un an et demi à deux ans qui émet des onomatopées unisyllabiques (1 observ.) ; gravissons l'échelle, et, l'articulation ainsi que le bagage verbal progressant, nous constatons plutôt un défaut de syntaxe et de grammaire, un langage de bébé tel que celui d'un enfant de deux à trois ans ; les verbes ne sont mis qu'à l'infinitif, le personnage ne parle de lui qu'à la troisième personne, mais il est capable d'écrire correctement mots et vocables, il fait des imitations puériles de ce qui se passe autour de lui ; incapable d'éducation, il en impose au pronostic (imbécillité congénitale). Dans ce groupe se rangent encore les déficiences qui rappellent plutôt l'incertitude d'un adulte apprenant à parler une langue étrangère (parole et articulation correctes, mais désignations adverbiales fausses, pléonasmes, paraphrases, confusion de mots à peu près semblables) — l'impossibilité de prononcer correctement (zézaïement des arriérés) — les dysphasies qui tiennent à une anomalie dans le débit de la conception (parole traînante ou élocution abondante avec changement constant de sujets comme chez le maniaque ou le fou systématique (idiots et microcéphales, avec répétition des dernières syllabes) — tous faits à pronostic défavorable. 2° *Cas où les troubles de la parole sont, non pas la cause directe, l'expression de l'arrêt morbide de la vie conceptuelle, mais une complication de l'idiotie.* En nous en tenant aux dysphasies et aux dysarthries, et en commençant par les dystalies mécaniques, nous rencontrons d'abord un trouble de l'articulation très répandu chez les idiots, le balbutiement, qui en même temps sert de transition entre nos deux groupes ; puis, des imperfections dans l'émission de certaines syllabes, déchets également inévitables dans le développement de la parole normale. Les mogilalies, dans les formes les plus diverses, tels le sigmatisme, le rhotalisme, le gammacisme se trouvent, avec d'autres troubles, au moins chez la moitié des arriérés ; généralement d'ordre moteur, cette perturbation était, en un cas de l'auteur, une déficiabilité sensorielle ; telle cette fillette de dix ans, atteinte d'imbécillité

modérée, capable d'instruction, qui, quoique parlant correctement, prononce *r. s. ts. tsch. z.* uniformément comme le *th* anglais. Elle écrit exactement ces lettres quand elle copie, mais ne peut les répéter avec leur valeur articulée; à la dictée elle les écrit toutes *ds*. Les troubles de l'articulation qui s'effectuent au moment où il s'agit de former des syllabes et des mots se présentent sous deux aspects. Voici, en premier lieu, le balbutiement très accentué pendant la formation de certains sons; c'est l'impossibilité d'émettre distinctement les consonnes, de sorte que l'articulation indistincte, difficile à définir, gêne ou empêche totalement la formation des syllabes et des mots; quand on essaie de les faire parler, les patients font entendre une quantité de sons qui résonnent identiquement et, spontanément, ils demeurent incapables de parler. Ces faits témoignent toujours d'un trouble psychique très accentué; très agités, inattentifs, distraits, ils caressent certaines manies, et sont sujets à des sympathies et à des antipathies inexplicables, mais, ce qui les différencie des idiots du premier groupe, c'est qu'ils apprennent, comprennent, connaissent les personnes de leur entourage, participent à la vie extérieure et rendent quelques services. Le deuxième aspect concerne une parole confuse dès qu'il faut lier les sons; cette parole vague, noyée, flou, caractérisée par une émission négligée des consonnes avec oubli de certaines syllabes isolées, appartient à l'imbécillité moyenne et légère. Tels ces deux malades qui articulent bien, mais, qui n'arrivent pas à former les mots malgré leur développement intellectuel relatif, si bien qu'il y a lieu de se demander si le trouble de la parole en s'opposant à l'éducation n'est pas devenu la cause de l'arrêt de développement psychique. Dans ces deux cas, il y avait en même temps hémiplegie droite et contracture modérée; le balbutiement du premier malade était évidemment d'origine bulbaire, sinon on eût obtenu, par un traitement rationnel et méthodique, un excellent résultat. L'achopement syllabique, rarement pur chez les idiots, existait prononcé chez deux sœurs microcéphales; émettant nettement des lettres isolées, elles faisaient un faux pas en articulant les mots, elles disaient par exemple Krankruff au lieu de Frankfurt; une autre fillette, imbecile, capable d'éducation, n'achopait que si on lui donnait à répéter des mots dont elle ignorait le sens alors même qu'ils résonnaient comme des mots qu'elle savait prononcer. Bégaiement pur: l'auteur n'a pu le rencontrer dans l'idiotie. Quant aux troubles de la parole qui rappellent la paralysie générale, trouvés chez un groupe d'épileptiques assez semblables à des paralytiques généraux, bien que l'épilepsie ne fût pas chez eux symptomatique le moins du monde, ils témoignaient dans l'espèce (3 obs.) d'un mélange de balbutiement et d'achopement syllabique; l'écriture offrait tous les caractères de la paralysie générale.

Autres syndromes rares. Un cas d'aphasie motrice. Fillette née en février 1874, arrivée à l'asile en octobre 1879; débile dès sa naissance; depuis sa première année, convulsions du côté gauche avec perte complète de connaissance, sous forme d'accès laissant après eux une légère parésie des extrémités du même côté. Depuis quatre ans, ces accès ont disparu spontanément. L'enfant n'a jamais parlé bien qu'elle comprit tout ce qu'on lui disait et qu'elle fût capable de développement intellectuel; en effet elle connaît un travail manuel facile, peut écrire certaines lettres soit en copiant, soit sous la dictée, et imprime à l'articulation du seul son qu'elle possède, du son en toutes les modulations qui traduisent les divers sentiments. Evidemment, c'est le trouble localisé de la parole qui a nui au développement intellectuel. — Un cas d'aphasie sensorielle. Epileptique entré à Stéphansfeld à l'âge de neuf ans: dix à douze accès par mois; on n'a rien obtenu au point de vue de l'enseignement ni du traitement, il a conservé le même bagage de mots et d'expressions alsaciennes qu'à son arrivée; il les applique du reste correctement; les personnes et les choses nouvelles, il les désigne par analogie avec des objets déjà connus; il désignera, par exemple, son infirmier *petit-papa*, l'économiste *grand-papa*, il créera des mots pour spécifier certains jouets tels que des soldats. Lui pose-t-on une question dans son dialecte, il se donne une grande peine, inutile d'ailleurs, pour comprendre; il demande fréquemment ce que l'on dit, approuve triomphalement en lançant une expression barbare qui généralement ne correspond pas au ton de la question. Nul phénomène paralytique; nul trouble de la sensibilité; caractère hémilatéral des accès (prédominance à droite; de plus, les convulsions durent bien plus longtemps dans le domaine du facial droit que dans la même région à gauche).

L'essai précédent ne repose peut-être pas sur un nombre d'observations assez considérable; l'anatomie pathologique est laissée de côté à raison du peu de documents appartenant à l'auteur lui-même; il n'a eu l'occasion que de pratiquer trois autopsies, et encore n'a-t-il pu procéder qu'à des investigations macroscopiques.

Discussion :

M. JOLLY s'étonne de la rareté de l'aphasie; il l'attribue probablement à la diversité des âges.

M. WILDERMUTH. Un enfant observé par lui présentait le trouble que voici: il ne plaçait jamais l'adjectif comme qualificatif d'un substantif, il formait toujours avec cet adjectif une proposition spéciale. Il disait non pas: c'est une longue ficelle; mais bien: *c'est une ficelle qui est longue*.

M. FUERSTNER. Voit-on fréquemment la parole existante disparaître sous l'influence d'affections cérébrales?

M. WILDERMUTH. Les observations le prouvent.

M. FUERSTNER. A-t-on, dans les cas cités, constaté des lésions anatomiques?

M. WILDERMUTH. Je n'ai eu que trois fois l'occasion de nécropsier des patients ayant souffert de trouble très prononcé de la parole. Dans le premier cas, un homme, complètement idiot de naissance, né prématurément (à 7 mois), n'avait jamais parlé, n'avait même jamais présenté de rudiment du langage; même au début, il était complètement incapable d'éducation. Il mourut de tuberculose. *Autopsie.* Résidus de leptoméningite chronique, particulièrement prononcée à la connexité; degré modéré d'hydrocéphalie interne, asymétrie des hémisphères quant à la disposition des circonvolutions. A droite, la frontale ascendante passe sans interruption dans la scissure de Sylvius. La limite entre les deuxième et troisième frontales est occupée par un endroit déprimé, mais non porencéphalique. La branche perpendiculaire de la scissure de Sylvius est étendue; la temporale supérieure est atrophiée à un haut degré; l'insula n'est plus couverte. A gauche le rameau ascendant de la scissure de Sylvius est également long; aucune lésion dans la région de la parole, la frontale ascendante ne descend pas dans la scissure de Sylvius. — Le second cas concerne un enfant né prématurément à six mois; entré à l'asile à l'âge de 4 ans, il mourut peu après de pneumonie catarrhale. Il n'a jamais manifesté aucun signe témoignant d'une activité psychique spontanée, il n'a jamais possédé la parole articulée; il n'a à sa disposition qu'une seule espèce de plainte pour exprimer ses besoins. Il est atteint de convulsions toutes spéciales qui surviennent fréquemment au plus léger contact et se traduisent par de courts mouvements d'extension avec opisthotonos. *Autopsie.* Circonférence crânienne: 40 centim.; toutes les sutures sont conservées excepté la suture frontale; calotte très mince avec places transparentes en plusieurs endroits. Méninges molles d'une couleur trouble en plusieurs points, notamment à la convexité, avec tuméfaction gélatineuse. Poids de l'encéphale = 623 gr.; hémisphère gauche plus petit que le droit; différence correspondante dans la couche optique, le pédoncule cérébral, le faisceau pyramidal. Mille asymétries dans la disposition des circonvolutions. Le sillon de Rolando rejoint des deux côtés la scissure de Sylvius. Le corps calleux représente une mince lame de substance blanche. La troisième frontale ne présente ni à droite, ni à gauche, aucune anomalie, mais des deux côtés la temporale supérieure rétrécie, étiolée, offre l'image d'un peigne et fait un contraste considérable sur le reste du lobe temporal bien développé. L'insula est couverte. Les ventricules sont dilatés. — Le troisième fait est relatif à l'épileptique idiot, dont il a été question plus haut (2^e ob-

servation du 4^{er} groupe); l'autopsie décelait une leptoméningite chronique de la convexité, avec hydrocéphalie interne considérable; aucune anomalie d'ailleurs dans la région de l'insula, ni dans les parties environnantes.

M. STARK. J'ai examiné beaucoup d'encéphales d'enfants idiots privés de la parole. Un grand nombre d'entre eux ne présentaient aucune altération dans l'insula; en revanche, en un cas on trouvait un développement défectueux de cette région.

Séance du 19 octobre.

Présidence de M. le conseiller aulique SCHUELE.

M. RIEGER (de Wurzbourg). *Sur les épileptiques dangereux.* Cette communication lui est inspirée par les propositions de Jolly, Lunier, Pelman, etc.¹ sur l'assistance des épileptiques. Il appellera l'attention sur la catégorie des épileptiques dangereux, bien connue des praticiens. Ceux qui sont les plus difficiles à assister et à traiter sont incontestablement ceux qui par intervalles, sont en partie complètement calmes, normaux et rangés, tandis qu'à d'autres moments, sous forme d'accès, ils deviennent violents et même criminels, sans présenter d'attaques convulsives: ou bien on les exclut en principe des asiles, ou bien on essaie le plus vite possible de s'en débarrasser. — Ces malades ne conviennent pas aux asiles ordinaires d'épileptiques (voy. celui de Wurzbourg), parce qu'il sont un germe de désordre et que leurs bons moments sont trop précieux pour leur entourage. L'État a donc le devoir de réduire à l'impuissance des individus qui deviennent de temps à autres nuisibles et de fonder pour eux des colonies ou, éloignés des aliénés proprement dits, ils puissent se livrer au travail et jouir de la plus grande liberté pendant les périodes d'accalmie, voire au sein de leur famille; au premier signal on les internerait sans bruit.

Discussion :

M. JOLLY. La différence des cas empêche d'établir les principes généraux. Plus les accès sont fréquents, plus on doit les détenir. Les épileptiques à accès rares doivent trouver accès dans les asiles d'épileptiques, tels que le quartier de l'hôpital de Wurzbourg, mais il faut avoir à sa disposition des locaux d'isolement qui y font complètement défaut. Quant aux épileptiques dangereux et criminels, les mêmes conditions, les mêmes difficultés se présentent que pour les aliénés périodiques; quand les périodes

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. V, p. 369; II, p. 291

d'accès ont suivi leur cours, il faut les congédier, mais à la condition qu'on puisse assurer une certaine surveillance; c'est à l'Etat et aux autorités qu'incombe le devoir d'y veiller.

M. KIRN. Dans le duché de Bade, on interne des épileptiques calmes, mais obnubilés, dans les hospices; ceux qui présentent un trouble de la connaissance grave ou qui sont dangereux pendant leurs paroxysmes sont reçus dans l'asile d'aliénés de la région.

M. FUERSTNER. Cette question comporte quatre catégories d'épileptiques: 1° les épileptiques inoffensifs, faciles à hospitaliser comme à Wurzburg. Ils ne sont cependant pas aussi inoffensifs que veut bien le dire M. Rieger. Une surveillance médicale continue et des visites quotidiennes sont absolument nécessaires, l'établissement en étant responsable; 2° les malades à psychoses aiguës passagères, à traiter dans une maison d'aliénés, à congédier quand leur trouble psychique a fini son évolution, car on n'a dès lors aucune raison de les garder; 3° épileptiques à accès de manie périodique, avec intervalles en quelque sorte lucides, incombent simplement à une maison d'aliénés; 4° épileptiques criminels. Il faut savoir si la prévention a été écartée ou si l'affection s'est manifestée pendant le temps de la pénalité. Dans les deux cas, il faut faire intervenir l'asile d'aliénés. Pendant les bons moments, liberté modérée, jamais on ne leur permettra de s'occuper dans les jardins, etc.

M. WILDERMUTH. Les asiles d'hospitalisation sont suffisants s'ils sont munis de locaux d'isolement. En ce qui concerne la surveillance, on est averti par les auras fréquemment identiques. Le caractère de la psychose se modifie souvent chez les jeunes épileptiques: au début, souvent les états d'agitation sont très médiocres; quand le malade a grandi, il peut devenir très dangereux. L'orateur se rappelle, en ce moment, un malade qui, à l'origine tout à fait inoffensif, devint plus tard extrêmement agressif.

M. WALTER a, pour ainsi dire, eu la crème des épileptiques à Pforzheim. Il insiste sur les désavantages qu'il y a à recevoir des épileptiques méchants parmi les tranquilles; ceux-ci sont agités et gâtés par les premiers. Aussi prendra-t-on ses mesures pour l'avenir à Emmendingen. On pourvoira de cellules d'isolement les quartiers d'épileptiques proprement dits. Il n'est pas nécessaire d'avoir des établissements autonomes.

M. RIEGER. Toutes les difficultés gisent dans les alternatives de périodes de calme, de raison et de folie. Détenir dans un asile d'aliénés n'importe quel épileptique sous prétexte que, malgré ses allures normales de la période lucide, il peut toujours commettre un acte qui le rend dangereux, n'est pas praticable surtout quand ces phases anormales sont rares. D'autre part, il est évident que,

lorsqu'ils vivent en complète liberté, on ne peut toujours s'opposer à un malheur. Qu'on les soustraie au châtement ou qu'on les livre à une condamnation à l'issue de laquelle ils sortiront; la société saine n'a que des préjudices à en recevoir. Par conséquent, il faut trouver un système qui, permettant au malheureux de travailler, avec ou sans appui de l'Etat, sous une surveillance donnée dans un endroit déterminé, ait l'avantage de lui octroyer une grande liberté, une grande indépendance, sauf, au besoin, à le préserver de lui-même.

M. SCHUELE. Oui, il faut une assistance spéciale pour les individus en question, mais l'Etat seul est impuissant dans l'espèce; c'est à l'assistance privée qu'il convient de s'adresser.

M. WITKOWSKI. *Sur quelques phénomènes d'états épileptiques et comateux.* — Ou l'on a complètement méconnu les nouveaux points de vue que j'ai fait connaître relativement à l'appréciation des manifestations épileptoïdes et autres semblables, ou on leur a adressé des objections. Je reviens donc sur quelques côtés de cette question à laquelle j'apporte de nouvelles observations recueillies dans le courant de l'an dernier ¹.

L'attaque épileptique sous forme d'*ictus paralytique momentané* (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XXXVII), sans autre trouble, s'observe non pas seulement sous la forme bilatérale mais encore sous celle d'hémiplégie et même de monoplégie; j'en ai vu récemment un fait dans lequel la paralysie s'était limitée à une jambe. D'où vient cette brutale interruption de la conductibilité volontaire remplaçant les troubles de la connaissance? Il convient de songer aux points de l'encéphale où les tractus moteurs sont condensés (capsule interne), ou encore à la substance grise du plancher du troisième ventricule (centre de Christiani et Bechterew). En tout cas, il y a lieu de supposer que la modification, encore inconnue, qui préside à une attaque d'épilepsie n'occupe pas invariablement un seul et même endroit, qu'elle s'effectue en des points très différents selon les cas du système nerveux; une fois née, elle s'irradie de son point de départ à une grande partie de l'encéphale; à ce moment se montrent les convulsions, le trouble de la connaissance, etc.; par exception, elle peut demeurer limitée à son origine, de là l'attaque rudimentaire. Le mémoire remanié de Saint, sur les formes de la folie épileptique, renferme un exemple d'ictus paralytique en question (Obs. I.): « Le malade, écrit l'auteur, tomba à la renverse pour se relever aussitôt. » Je profite de l'occasion pour exprimer mes doutes relatifs à l'existence des *équivalents purement psychiques*. Les caractères de l'attaque résident, non pas seulement dans la folie à forme d'accès, non pas

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

seulement dans l'espèce de spécificité (d'ailleurs inconstante) de la modalité de la véspanie épileptique, mais dans l'association des symptômes psychiques à d'autres troubles nerveux souvent tout à fait passagers, troubles qui peuvent affecter les formes de convulsions, de paralysie, assoupissements, vertiges, hyperesthésie, anesthésie, fièvre, etc. C'est dire du même coup qu'il n'existe pas de particularités caractéristiques habituelles stéréotypant un épileptique donné; les prétendues modifications caractéristiques se montrent, comme les autres, par intervalles de temps à autre. L'épilepsie pure, non compliquée, ne s'accompagne pas de symptômes intervallaires continus spéciaux. Les attaques avec leurs phénomènes concomitants et consécutifs : voilà toute la névrose; leur agglomération et leur longue durée peuvent donner l'apparence d'une continuité qu'un examen plus approfondi révèle toujours erronée. Les auteurs français, Falret en tête, ont eu raison de signaler le fréquent retour de manifestations semblables dans les divers accès d'un même épileptique, mais on a trop voulu schématiser l'uniformité photographique de tous les accès. Franz Fischer a accepté cette donnée (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1884); or, il n'a pas observé son malade pendant un assez grand nombre d'années, sans quoi il eût vu quelles différences fondamentales on trouve constamment quand on compare les accès entre eux. L'exemple qu'il relate décèle déjà que, pour des époques paraissant tout à fait égales, les phénomènes psychiques variaient d'allures, les accès convulsifs ne présentaient pas le même nombre; enfin, il a négligé de prendre la température pendant les profonds états de coma, de délire incohérent, de congestion violente, d'accélération du pouls (il devait y avoir de fièvre). Toutes ces modifications je les ai saisies en analysant avec soin, quoi qu'en dise Fischer. Jusqu'ici je n'ai trouvé absolument aucun exemple d'identité parfaite de toutes les attaques.

Je n'ai pas retrouvé le *rétrécissement pupillaire præmydriatique* signalé par Siemens, Romberg, Gowers au début d'une attaque d'épilepsie; la dilatation est toujours initiale. Cette double constatation cadre avec mes manières de voir sur la dilatation pupillaire (*action de la morphine*, mai 1877); en effet, si dès l'abord, il survient du sopor pur, on observera du myosis (déficit de l'excitant cérébral); si les phénomènes convulsifs prédominent, s'il se produit des troubles vasomoteurs directs, c'est la mydriase qui se présentera, le dernier facteur entrant en jeu dans les périodes les plus avancées de l'accès. Il y a quelques années à la clinique de Strasbourg j'ai, pendant le stade de sopor d'une épilepsie symptomatique de paralysie générale, vu s'effectuer aussitôt une mydriase maxima.

La discussion aboutirait à la même formule quant au *myosis qui se montre pendant l'arrêt de la respiration intermittente*. Rosen-

bach et autres ont montré avec insistance combien fréquemment les interruptions respiratoires s'accompagnent de troubles nerveux d'un autre ordre. Tel est également mon avis. J'insisterai sur la *somnolence des mourants pendant la pause respiratoire*; dès que la respiration reprend, le patient rouvre les yeux, roule les globes oculaires dans les orbites, relève sa tête affaissée; il semble que l'écorce affaiblie à l'égal du centre respiratoire ait besoin, pour reprendre ses fonctions, de l'addition d'excitations qui normalement agissent d'une façon continue. Il peut aussi arriver que les interruptions psychiques se montrent à l'agonie temporairement indépendantes des interruptions respiratoires et même qu'elles soient autonomes; ainsi la pupille, si elle réagit encore, suit l'activité psychique, elle se rétrécit dès que vient le sommeil, et cela indépendamment de la pause respiratoire. Mais on a vu aussi des pauses respiratoire sans myosis et même avec mydriase. Donc, la manière d'être de l'activité psychique, a dans le phénomène en question, une valeur assez considérable, quoique probablement non exclusive.

Les *mouvements comateux des yeux déjà décrits* (Arch. f. Psych. XI) consistent en mouvements oculaires d'une uniformité toute spéciale, d'une lenteur modérée, et coordonnés. Tout récemment je les ai observés exclusivement pendant les derniers jours qui précèdent la mort, ce qui me permet d'accentuer leur mauvaise signification pronostique. Quant à leur valeur diagnostique, pendant le sommeil normal, ils ne se produisent jamais; on constate au contraire sans exception des mouvements oculaires dépourvus de type et bien plus lents (Witkowski-Rœhlmann). Ces derniers, tout rares qu'ils soient à l'agonie, se montrent cependant isolément constituant une forme intermédiaire aux mouvements comateux et aux mouvements normaux du regard. Donc les *mouvements oculaires du sommeil* ont une certaine spécificité; de là à les rapporter à d'autres phénomènes également spéciaux il n'y a qu'un pas: je les rattacherai aux rêves qui mettent de préférence en jeu les conceptions visuelles. En effet pendant l'état de veille les mouvements des yeux, coordonnés d'une façon précise et régulière dans tous les sens, sont également ordonnés par rapport aux modifications pupillaires; donc cette suppression à tous égards de la coordination normale qui accompagne la lenteur très frappante de ces changements de lieu des yeux est un indice important en faveur de l'existence de processus intracérébraux en rapport avec l'état de rêve. En tout cas n'est-ce que par l'étude de faits aussi réguliers et de leurs modifications également constantes en des conditions données que nous finirons par comprendre les graves problèmes relatifs aux fonctions du cerveau.

Discussion :

M. STARK. L'excitation ne se montre pas seulement pendant l'attaque; elle fait explosion chez tout épileptique à toute occasion, elle fait donc incontestablement partie de la caractéristique de ces malades.

M. KIRN. Certains épileptiques ne présentent pas de symptômes intervallaires, maints autres présentent, dans l'intervalle des attaques, des modifications psychiques qui constituent le caractère psycho-épileptique. Il consiste soit en un affaiblissement intellectuel progressif, soit en un état permanent d'irritabilité, soit enfin en la simultanéité de ces deux ordres de symptômes. Approbation de M. RIEGER.

M. WITKOWSKI. J'ai simplement vu des épileptiques temporairement irritables; les plus dangereux pendant leurs accès étaient souvent les plus inoffensifs pendant les intervalles de ces accès. Du reste je n'ai probablement pas assez vu de malades; la communication précédente n'a trait qu'à des accès purs d'épilepsie vraie.

M. FREUSBERG appuie la manière de voir de M. Witkowski. Cependant dans les accès on peut voir certaines modalités paraissant irrégulières affecter l'alternance. Il a très souvent observé l'ictus apoplectiforme. Le rêve résulte d'un trouble de coordination moteur.

M. WILDERMUTH. Les ictus apoplectiformes sont très rares dans l'épilepsie. Il en rapporte deux cas dont l'un avait trait à une jeune fille qui tomba soudain à terre et perdit la parole sans que la connaissance fût atteinte. Il ne croit pas à l'uniformité dans les accès, mais il existe des équivalents psychiques sans troubles moteurs. Deux exemples à l'appui; la température n'a pas été prise.

M. WITKOWSKI. Evidemment il est difficile de constater sûrement des troubles du mouvement. Il existe aussi fréquemment des morsures de la langue, des joues, etc. non soupçonnées qui forcent à douter de l'existence des équivalents psychiques.

M. WILDERMUTH. Un cas qu'il rapporte impose le diagnostic d'équivalents ayant succédé à des troubles moteurs graves.

M. STARK se rappelle un jeune homme qui avant son entrée à l'établissement n'avait présenté aucun accès; on constatait chez lui le tableau de l'épilepsie. Le second jour de son arrivée il avait sa première attaque.

M. RIEGER a observé chez un épileptique des accès chloréiformes avec conservation de la connaissance. Au point de vue médico-légal n'est-il pas nécessaire de constater des troubles de la motilité?

M. WITKOWSKI. Non, bien que cette constatation ait une haute importance. Dans un cas déterminé, cela fut complètement impossible, jusqu'au jour où le patient, en train de se déshabiller, fut terrassé par une agitation convulsive s'étendant à toute la charpente musculaire du corps.

M. RIEGER. Dans un cas il y avait exagération tout à fait énorme des réflexes tendineux.

M. WITKOWSKI n'a encore pas observé cela.

M. SCHUELE (d'Illenan). *Présentation du plan de situation de l'asile projeté près d'Emmendingen*¹. Il s'agit d'un établissement destiné à 1,000 malades qu'on se propose d'élever sur une surface territoriale de 7,200 ares. Il aura le caractère d'un hospice agricole. Sa construction qui coûtera 3,000,000 de marks (3,750,000 fr.), sera répartie en diverses annuités budgétaires. Dès qu'on aura terminé les quartiers centraux fermés et la métairie annexe, on l'ouvrira à 400 malades. A mesure que les bâtiments distincts séparés se construiront çà et là, on y évacuera des aliénés de Pforzheim jusqu'à ce que cet asile soit totalement vidé.

Les deux curateurs organisateurs sont réélus pour l'année suivante (MM. Schuele et Kirn) et la séance est levée. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLI, 4.-5.) P: KÉRAVAL.

CONGRÈS ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES ALLEMANDS

SESSION DE LEIPZIG²

Séance du 46 septembre 1884

Le bureau se compose de MM. de Gudden, Løhr, Nasse. MM. Westphal et Zinn se sont excusés.

M. Nasse, président, ouvre la séance à trois heures et demie, par des paroles de bienvenue. Il se réjouit de voir la réunion avoir lieu dans le local consacré à la nouvelle clinique psychiatrique; il en adresse à qui de droit ses remerciements. — Excuses

¹ Voy. *Archives de Neurologie*. VARIA, t. X, Grand-duché de Bade.

² *Id.*, . VII, p. 359.

et lettres de salutations de MM. Pélman et Flamm. — Souvenirs aux membres morts pendant l'année : Frese (de Kasan), E. Meyer (de Brake), Lachner (de Prüll), Brutzer (de Riga), Ewertz (de Mee-renberg), Ehrdt (de Hubertusburg), Schmüssig (de Buda-Pesth) : l'assemblée se lève en leur honneur. — Invitation du professeur Flechsig à visiter la clinique officielle.

Œuvre du bureau relative aux décisions antérieures de la société.

I. En ce qui concerne la STATISTIQUE DES ASILES D'ALIÉNÉS¹, la réponse de l'autorité a été favorable aux avis de la Société. En moins d'un an, les ministres de l'intérieur, des cultes, de l'enseignement et de la médecine ont, après avoir consulté le bureau royal de statistique, et la commission centrale, admis les propositions de la Société.

Désormais, la *feuille de statistique de réception sur papier blanc* comportera les rubriques suivantes :

- 1^o Réception le...
- 2^o Du nommé... prénoms... sexe...
- 3^o Né à... lieu... district...
- 4^o Dernière habitation ou dernier séjour... Prison?... Asile d'aliénés?... Lazareth?...
- 5^o Année et jour de la naissance...
- 6^o Etat civil... Célibataire?... Marié?... Veuf?... Divorcé?...
- 7^o Religion...
- 8^o Etat social ou profession?...
- 9^o Durée de la maladie avant l'admission...
- 10^o A. Y avait-il parenté du père et de la mère?... A quel degré?...

Y a-t-il eu maladie mentale, maladie nerveuse, ivrognerie, suicide, crime, caractère ou talent marquants.

- I. Chez le père?... Chez la mère?...
- II. Chez le grand-père?... Chez la grand-mère?...
- Chez l'oncle?... Chez la tante?...
- a. du côté paternel?...
- b. du côté maternel?...
- III. Chez les sœurs?...

Le patient est-il un enfant naturel?...

B. Autres causes? Lesquelles?...

- 11^o Le patient a-t-il eu maille à partir avec le code pénal?... Pourquoi?... Quand?... A-t-il été puni?... De quelle manière?...
- 12^o Forme de la maladie.
 - a. Trouble psychique simple?...
 - b. — paralytique?...
 - c. — avec épilepsie?... avec hystéro-épilepsie?...
 - d. Idiotie?... crétinisme?... Imbécillité congénitale?...
 - e. Délire des buveurs.
 - f. N'y a-t-il pas intégrité psychique?...

- 13° Existe-t-il des malformations somatiques?... Lesquelles?...
- 14° Le patient a-t-il été déjà dans un asile d'aliénés?... Dans lequel?...
- Pour la 1^{re} fois de... à... sorti : a. Après guérison? Dans quel asile?
b. Non guéri?
- Pour la 2^e fois. — — — — —
- Pour la 3^e fois. — — — — —
- Pour la 4^e fois. — — — — —
- Pour la x^e fois. — — — — —
- Le patient est-il placé à ses frais ou au compte des deniers publics?...
- Date...

Signature du directeur-médecin.

Modèle de la feuille statistique de défalcation sur papier rouge.

- 1° Nom... Prénoms... Sexe...
- 2° Admis le...
- 3° Forme de la maladie...
- 4° Défalqué du mouvement. a. Non aliéné?...
- b. Guéri?...
- c. Amélioré?...
- d. Non guéri? Renvoyé où : Dans quel établissement?...
- Dans sa famille?
- e. Mort le... Cause de la mort?... Sans autopsie?...
- Après autopsie?...
- 5° Durée générale du séjour dans les asiles d'aliénés?...
- Durée de séjour dans notre établissement?...
- Date...

Signature du directeur-médecin.

II. *Introduction de la psychiatrie dans les matières des programmes d'examens imposés aux étudiants*¹. Les autorités s'en sont tenues au conseil fédéral qui a tout récemment adopté les épreuves dont on a publié la teneur dans le *Centralblatt für das deutsche Reich*, n° 25.

III. Les conclusions de la société relatives au placement des personnes aliénées ou soupçonnées atteintes d'aliénation mentale, qui ont été incriminées, accusées ou convaincues de crimes ou délits (congrès d'Eisenach, 1882²), n'ont pu être mises en pratique par le bureau. En effet, des opinions divergentes se sont produites dans le sein même de la commission du bureau dont plusieurs membres appartenaient à divers gouvernements (Bavière, Prusse), les pouvoirs législatifs et les organes des différents pays les ont peu goûtées;

¹ V. *Archives de Neurologie*, t. VII, p. 360 et t. VI, p. 136.

² *Id.*, t. VI, p. 139.

enfin le projet présenté par le chancelier en conseil fédéral sur les séquestrations pénales (1879) écarte le placement des aliénés au sujet duquel aucune solution convenable ne s'était présentée, cette question ne rentrant d'ailleurs pas dans les pénalités par la privation de la liberté. Il faut bien dire encore que le problème qui nous occupe a été envisagé par les gouvernements à des points de vue tout à fait distincts, à telles enseignes qu'ils en ont renvoyé la conclusion aux fonctionnaires municipaux. Le bureau de la société propose donc de ne pas toucher jusqu'à nouvel ordre aux conclusions d'Eisenach. — Adopté à l'unanimité.

IV. *Y a-t-il lieu d'admettre que l'aliénation mentale puisse constituer une cause de divorce? Et dans quelles circonstances? Faut-il par exemple, pour cela, qu'elle ait duré trois ans?*

En ce qui concerne la première question, le président rappelle que W. SANDER s'exprimait ainsi :

1° La société n'a pas à se préoccuper si, en principe, le divorce est légitime, elle n'a pas à le discuter au point de vue religieux, moral, éthique; 2° il serait à souhaiter que l'on nivelât en Allemagne les décisions polymorphes qui se produisent en ce qui a trait au divorce pour cause de folie; 3° en supposant que l'on admette le divorce en principe, l'aliénation mentale en est un motif, lorsqu'elle doit être tenue pour incurable; 4° l'examen de l'état mental aura lieu, comme dans le cas d'intervention à fin d'interdiction; si le malade en question n'a pas encore été interdit, on lui désignera un curateur; 4° (bis) *autre rédaction proposée* : l'examen de l'état mental afin d'établir l'incurabilité aura lieu après que le conjoint sain d'esprit aura demandé le divorce; il produira, à l'appui de cette demande un certificat motivé du médecin du malade; on appellera concurremment deux spécialistes; 5° la sentence prendra cure de spécifier les conditions de fortune dans lesquelles se trouvera juridiquement le conjoint divorcé pour cause de maladie; elle parlera de la nomination d'un tuteur qui devra être désigné dans l'acte même et sera chargé de recevoir les rentes de l'aliéné; 6° tout mariage doit être considéré comme nul quand une des parties contractantes était, à l'époque de la célébration, déjà aliénée sans que l'autre le sût.

M. SANDER, a été chargé du rapport. Le mémoire qu'il lit, très étendu et circonstancié à tous égards, cite *in extenso* les manières de voir du professeur Hagen, des directeurs Wendt, Hasse, des docteurs Knecht, Blanche, Luys, Magnan, du professeur Charcot, de M. Voisin, en un mot tous les documents publiés; il y ajoute sa note personnelle. Voici les conclusions qu'il soumet à l'appréciation de la société, sans que le bureau en ait pris connaissance.

1° Répétition intégrale de la première proposition;

2° Répétition intégrale de la troisième proposition avec cette addition : *aliénation mentale durant depuis trois ans;*

¹ V. *Archives de Neurologie*, t. VII, p. 379.

3° L'examen de l'état mental comportera les mêmes errements que ceux qui se rattachent à l'interdiction, mais seulement, si le conjoint sain le demande, on adjoindra un curateur spécialement désigné quand le malade ne sera pas encore interdit;

4° Reproduction intégrale de la conclusion cinq;

5° On doit annuler un mariage quand l'un des conjoints était aliéné à l'époque où ce mariage a été conclu. L'autre partie est autorisée à proposer l'invalidation si la maladie ne lui avait pas été notifiée auparavant.

Discussion :

M. von GUDDEN. Il vaut mieux s'en tenir au point de vue médical, c'est-à-dire ne s'occuper que de la réglementation, des procédés médico-légaux du rapport. Il propose de le faire rédiger par trois spécialistes et d'écarter la durée de la maladie comme cause d'incurabilité.

M. SANDER. Même en supposant que l'idée du divorce soit admise dans l'espèce, c'est au médecin qu'il appartient de formuler un jugement à l'appui du divorce demandé, car lui seul sait les conséquences de la maladie qu'il observe, dans le cas de mariage, et par conséquent, seul il peut apprécier s'il y a nécessité ou non de prononcer la séparation. Il faut y voir plus qu'une question de formalités.

Votes. Adoption unanime de la conclusion 1. En ce qui concerne la conclusion 2, M. MENDEL en fait ressortir l'inutilité, les gouvernements ayant à l'étude depuis longtemps les problèmes que soulève le divorce; on prépare un code civil à l'usage de l'empire allemand. — *Conclusion 3.* A son sujet, sont soulevés une foule de points épineux : quelle durée permet d'assigner à un cas d'aliénation mentale l'épithète d'incurable? Quelle est la forme, quels sont les caractères d'une psychose incurable? Autant d'éléments à propos desquels des psychiatres ne possèdent aucune base. Par suite, dans l'état actuel de la science, on ne saurait formuler de règle, sous peine de nuire aux malades; une telle crainte n'existe pas lorsqu'il s'agit de l'interdiction. A la discussion dont nous venons de résumer les conclusions prennent part MM. Meschede, Nasse, von Gudden, Schüle, Hitzig, Mendel, Sander, Siemens. On décide qu'on ne votera pas sur cette conclusion et qu'on laissera tomber le débat sur tout le reste de la question.

V. Dans quelle mesure les gens qui ont versé leurs cotisations à une caisse de secours, de malades, d'invalides, etc., se trouvent-ils lésés dans leurs droits, quand ils sont atteints d'aliénation mentale¹?

M. SANDER, rapporteur. En effet, tout individu atteint d'aliénation

¹ V. *Archives de Neurologie*, t. VII, p. 379.

mentale, de syphilis, d'une affection consécutive à une altercation, ne reçoit aucune indemnité pour parer aux dépenses occasionnées par les nécessités du traitement, notamment à Berlin. Mais il n'en est pas de même partout... Le bureau propose la motion suivante... La société des aliénistes allemands, considérant que, d'après la loi relative à l'assurance en cas de maladie, il n'est plus fait d'exception de principe à l'égard des aliénés, regarde sa revendication de l'année précédente comme sans objet, mais elle invite ses membres à ne cesser de rechercher et d'examiner les cas dans lesquels on frustrerait des aliénés de leurs droits en méconnaissant le caractère pathologique de leurs manifestations; toute opposition dans l'espèce constitue un devoir... Adopté.

Le bureau a envoyé des félicitations à Hoffmann, de Francfort, qui a fêté, le 11 août 1883, sa cinquantième année de doctorat et à Hagen, d'Erlangen qui, le 16 août 1884, fêtait le soixante-dixième anniversaire de sa naissance.

Invitation de Hasse à visiter l'asile de Kœnigsutter. Présentation des comptes de la société et transmission au bureau de leur révision.

Renouvellement de bureau. En exécution des statuts, deux membres sortent. Ce sont von Gudden et Zinn. M. Zinn écrit que ses occupations l'empêchent d'accepter le renouvellement de son mandat. Nomination par acclamation de MM. de Gudden et Schüle.

Visite de la clinique psychiatrique sous la conduite de Flechsig.

Séance du 17 septembre 1884

La séance est ouverte à huit heures et demie. Le bureau annonce qu'hier il a adressé une lettre de félicitations à Richartz d'Endenich qui a célébré sa cinquantième année de doctorat.

M. LEHR lit un rapport sur les progrès de l'assistance en Allemagne par les asiles d'aliénés pendant ces dernières années¹.

M. FLECHSIG. Contribution au traitement gynécologique des personnes hystériques. — Trois observations forment le fonds de ce travail. Elles ont déjà été publiées dans le *Neurolog. Centralbl.* de 1884, et nous en avons donné aux revues analytiques des *Archives de Neurologie* la suscription qui tient lieu d'analyse. Nous les répétons ici.

¹ Nous publions ce rapport à part, aux *varia*, afin de l'écourter le moins possible, d'en donner l'analyse la plus substantielle et la plus complète.

OBSERVATION I. — Grande hystérie, avec troubles psychiques intenses. Castration. Les ovaires sont atrophiés et dégénérés. Guérison complète. —

OBSERVATION II. — Psychose avec éléments hystériques. Fibrome utérin du volume d'une tête d'enfant. Amputation supravaginale de l'utérus. Bon résultat.

OBSERVATION III. — Hystéro-épilepsie ; rétrécissement de l'orifice externe de l'utérus. Dilatation sanglante. Guérison.

Discussion :

M. MENDEL communique un cas de folie hystérique qui ressemble à celui de l'observation II. Dans ce cas, une tumeur avait nécessité l'ovariotomie. A la suite de l'opération, la psychose s'aggrava et la malade demeura folle d'une façon permanente. Il rappelle encore le cas d'Israel (castration apparente) et croit ne devoir attribuer au traitement gynécologique des psychoses aucune importance essentielle.

M. FLECHSIG. — Actuellement les cas favorables sont par rapport aux cas défavorables dans la proportion de 5 : 3. Le cas d'Israel ne prouve rien car on n'a pas établi que les altérations résidassent dans les organes génitaux. De plus l'influence morale n'est pas dénuée d'importance.

M. HIRTIG communique un cas à évolution défavorable.

M. MESCHÉDE doute que la guérison ait été réelle dans l'observation I de Flechsig, car les récides au bout d'une ou de plusieurs années sont bien fréquentes. L'intervention toujours grave de l'ovariotomie mérite d'être très sérieusement passée au crible de la critique. Il connaît un fait dans lequel une épingle à cheveux dans l'utérus a déterminé des phénomènes semblables.

M. FLECHSIG. — Evidemment un diagnostic gynécologique exact s'impose tout d'abord. Il ne faut pas opérer à l'aveugle toutes les hystériques.

M. GUDDEN. — User de la plus grande prudence en matière d'intervention sur les fonctions sexuelles de la femme ; un danger est toujours à craindre et les résultats en sont toujours douteux.

M. RICHTER (de Dalldorf). *Sur les connexions des tractus optiques conducteurs dans l'encéphale humain.* — La bibliographie renferme un grand nombre de cas dans lesquels l'atrophie du nerf optique, celle même qui ne s'était installée que chez les adultes, s'était propagée non seulement aux bandelettes optiques, mais encore aux corps genouillés, aux tubercules quadrijumeaux et aux couches optiques, soit du même côté, soit du côté opposé (aspect macroscopique). Le livre de Wilbrand sur l'hémianopsie en contient douze cas, mais ces faits ne sont pas univoques, car il s'agit souvent de foyers hémorragiques des bandelettes optiques, des corps genouillés, et des couches optiques (cas de Gudden), de tumeurs

kystiques ou tuberculeuses (cas de Lancereaux et Purtscher) permettant d'invoquer l'action d'une compression ou encore d'arrêts de développements (cas de Wrolick — d'Huguenin ?) d'une autre essence. Aussi, la plupart des autopsies de ce genre n'ayant la plupart du temps fourni que des résultats négatifs, l'auteur s'est donné la peine de conserver des cerveaux d'adultes, ressortissant à la question et de les examiner à fond. Il a pu étudier six autopsies relatives à des atrophies unilatérales du nerf optique et trois encéphales concernant des atrophies bilatérales du nerf optique. Voici trois exemples :

Un paralytique général aveugle se heurte la tête aux murs, tout en prétendant qu'il voit très bien (juillet 1881). Il meurt en 1882. Les nerfs optiques sont remarquablement atrophiés, les bandelettes optiques sont devenues toutes petites. Au-delà on ne distingue à l'œil nu aucune anomalie. Mais au microscope, on constate que la disparition des fibres paraît due à une prolifération conjonctive, qu'il existe une prolifération identique sur le plancher du troisième ventricule, et que la dégénérescence se continue le long des bandelettes optiques jusque dans les ventricules latéraux, dont les parois ressemblent à une épaisse couenne. Donc, il s'agit non pas d'une lésion essentielle du système optique, mais d'une compression de ce système par un élément extrinsèque quoique intracrânien. Il importe de noter que le cas n'a rien à voir avec l'atrophie spinale des paralytiques généraux.

Une démente sénile présente une hémianopsie homonyme gauche complète, absolue (août 1882); elle porte à gauche une conjonctivite qui se complique successivement en novembre de kératite; en décembre de cataracte: de phthisie du globe oculaire dans le courant de 1883; l'œil droit a invariablement présenté une paralysie de la moitié droite de la rétine. Mort en juillet 1883. On trouve, à l'autopsie, un foyer de ramollissement dans le lobe occipital droit qui évidemment a causé l'hémianopsie; aucune autre explication ne se présente. Est-ce ce foyer qui a déterminé les troubles trophiques de l'œil gauche? L'évolution clinique paraît fournir une réponse affirmative, car la malade étant calme n'avait pu se heurter, et l'œil droit n'avait pas subi ces altérations. D'ailleurs, l'examen ophtalmoscopique décelé que l'hémianopsie s'accompagne de troubles trophiques de la rétine (observations de Wilbrand); il est vrai que la rétine ne constitue pas tout le globe oculaire, que celui-ci a ses vaisseaux propres, et que la bibliographie ne contient pas d'observations semblables à la nôtre. D'où réserve.

Un syphilitique avéré est, à l'âge de quarante-cinq ans, atteint de divers ictus apoplectiques (1880). En décembre 1882, on constate d'abord une aphasie indéniable typique avec paralysie à droite. Ces symptômes rétro-cèdent, et il s'installe une hémiplegie gauche avec hémianopsie homonyme gauche. L'examen ophtalmoscopique révèle à Uthoff et Mœli (décembre 1882, janvier-mars 1883), une atrophie du nerf optique droit; rien à gauche; la pupille gauche réagit bien, la pupille droite réagit très peu. Cet état est le même en juin 1883, mais au point de vue mental, on constate de la lenteur dans les conceptions, sans autre dérangement, avec des phénomènes d'angoisse et d'oppression; de temps à autre,

sommeil constant; on pense à une tumeur cérébrale (gommes?). Autopsie : décembre 1883. La première coupe révèle dans le nerf optique droit l'existence d'un néoplasme. Un foyer de ramollissement dans l'insula gauche explique l'hémiplégie droite et l'aphasie des premiers temps. Un foyer de ramollissement dans les circonvolutions ascendantes droites, rend compte de l'hémiplégie gauche. L'hémianopsie gauche doit être imputée à un foyer de ramollissement dans le lobe occipital droit. Les os du crâne extraordinairement épaissis à l'intérieur ont, pendant la vie, exercé une pression qui permet de comprendre l'état mental. A la tumeur du nerf optique droit, qui est un psammome, il faut rattacher l'atrophie de la papille observée de ce côté pendant la vie.

En somme une des neuf observations de l'auteur démontre que l'atrophie des nerfs optiques, uni- ou bi-latérale ne saurait jamais être à l'œil nu suivie au-delà de la bandelette optique du côté opposé ou des deux bandelettes, bien que, dans l'espèce, l'atrophie existât depuis des années (un cas d'atrophie unilatérale durant depuis dix ans). Quant à l'examen *microscopique* en tous ces cas, les cellules nerveuses ont plus ou moins disparu dans les corps genouillés externes et internes, dans les tubercules quadrjumeaux supérieurs et inférieurs dans les couches optiques; les cellules épargnées prennent mal les réactifs colorants et leurs noyaux sont indistincts. Quand l'atrophie existait depuis un temps assez long, les vaisseaux se trouvaient très larges dans les orgues en question, notamment dans la couche optique; uniformité des lésions partout, même quand il s'agissait d'une atrophie unilatérale. Intégrité des cellules corticales des lobes occipitaux.

Quelle est, dans les cerveaux d'hémianopsiques, la voie qu'aurait pu suivre la dégénérescence partie du lobe occipital pour gagner le segment antérieur? Recherche vaine. Impossible de trouver la zone trophique et le trajet des fibres conductrices. Peut-être faut-il accuser de cet insuccès les méthodes de coloration usitées (nigrosine — hématoxyline — carmin — brun de Bismarck) dans le but plus spécial de fixer les cellules. Du reste, les éléments cellulaires des organes nerveux dont il a été question présentaient, chez les hémianopsiques, toutes les altérations consignées *suprà*. Il n'en découle pas nécessairement que ces altérations émanassent du lobe occipital puisqu'un des cas témoignait d'une atrophie partielle du nerf occipital droit de par une tumeur (action rétrograde), et que dans l'observation d'atrophie du nerf optique avec phthisie du globe oculaire gauche, la relation entre cet accident et le lobe occipital n'est pas démontrée.

Conclusions : 1° Une atrophie du nerf optique uni- ou bi-latérale qui porte sur le cerveau d'un adulte ne se transmet pas forcément aux bandelettes optiques (aspect macroscopique), même quand cette atrophie existe depuis dix ans. — 2° Dans ce laps de temps, l'atrophie du nerf optique se propage aux éléments nerveux (cel-

lules) des corps genouillés, des tubercules quadrijumeaux supérieurs et inférieurs et à la couche optique d'une manière égale; toute atrophie unilatérale du nerf optique agit sur les organes en question des deux côtés. Si l'atrophie du nerf optique est bilatérale, il s'exerce une action cumulative. — 3° La destruction d'un lobe occipital ne produit pas nécessairement d'altérations macroscopiques des organes placés en avant de lui, que nous venons de nommer, même quand cette destruction date de plusieurs années. — 4° Il n'est pas démontré que la destruction d'un lobe occipital détermine sur les cellules nerveuses des organes placés en avant de lui les mêmes altérations que l'atrophie du nerf optique.

M. E. MENDEL. *Sur les cellules nerveuses ganglionnaires de l'écorce dans la paralysie progressive des aliénés.* — Ce mémoire déjà publié dans le *Neurolog. centralb.* de 1884, se trouve analysé dans l'article des revues analytiques des *Archives de Neurologie*. Nous rappelons qu'après avoir fixé l'histologie normale des cellules nerveuses, l'auteur a établi que la paralysie générale se traduit par : 1° Un agrandissement des espaces péricellulaires qui sont remplis d'une matière jaunâtre ne se colorant que peu ou point par le carmin; 2° une dégénérescence stéato-pigmentaire du protoplasma cellulaire; 3° de la sclérose et de l'atrophie des cellules; 4° des altérations des noyaux identiques à celles du protoplasma.

Discussion :

M. BINSWANGER. L'examen d'un groupe de cellules géantes pyramidales dans les circonvolutions ascendantes lui a révélé des résultats semblables à ceux de M. Mendel. Mais il n'a pas vu la coloration jaune des espaces péricellulaires de Mendel. Peut-être cette différence tient-elle à la méthode? Au premier stade, c'est principalement le noyau qu'il faut considérer; les altérations sont celles que l'on vient d'entendre. Les cellules sont lésées par groupes. Dans les cellules jeunes, noyau et pigment sont en raison inverse; des cellules avancées en âge, normalement pigmentées, permettent la distinction exacte du noyau, celles chez lesquelles il existe une pigmentation anormale ne permettent pas de distinguer nettement leur noyau.

M. von GUDDEN. La méthode d'examen est pour beaucoup dans la détermination des détails. Le Dr Nissl de Munich qui a consacré un temps énorme à l'examen de l'écorce, qu'il colore au Rouge-Magenta, considère le durcissement dans le liquide de Müller comme insuffisant; il le prolonge dans l'alcool. Voici des préparations qui viennent de lui. Il est, sur-le-champ, facile de reconnaître l'atrophie des cellules nerveuses de l'écorce des paralytiques généraux, elle se traduit par : diminution de l'éclat du noyau, — diminution de la netteté du fil des contours de ce noyau, — recoquillement du protoplasma devenu moins finement granuleux;

même observation pour ses prolongements, — contrôle constant avec l'écorce de cerveaux d'individus sains.

M. MENDEL. Ceci est une confirmation de ses propres résultats, quoiqu'il se soit mis du liquide de Müller. La réplétion des espaces péricellulaires par de la matière jaunâtre est très rare; sur 2,000 préparations, huit seulement présentaient ce phénomène. C'est pourquoi Binswanger ne l'a pas vu. Il ne s'agit pas là d'un produit artificiel, car toutes les préparations ont été traitées de la même manière, et rien de semblable ne se présente dans l'écorce des animaux.

M. von GUDDEN n'a jamais vu de préparations aussi claires, aussi nettes que celles de Nissl.

M. BINSWANGER mentionne que Flemming durcit exclusivement dans l'acide chromique.

L'heure avancée ne permet pas d'entendre les mémoires de NASSE : *Sur l'emploi sous-cutané du fer dans les psychoses*, ni de KÖHLER : *Sur le rapport entre les établissements fermés et les colonies d'aliénés*.

Visite d'Altscherbitz sous la conduite de Pœtz, et de Nickleben sous celle d'Hitzig. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLI, 4 et 5.

P. KÉRAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

IV. *Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelez et démoniaques et de la guérison d'iceux : item de la punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les sorcières*; par JEAN WIER, médecin du duc de Clèves. 2 vol. gr. 8°. (Aux bureaux du *Progrès médical* et chez Delahaye et Lecrosnier).

Cet ouvrage est le troisième de la Bibliothèque diabolique publiée par M. Bourneville. Il présente le plus grand intérêt au point de vue de l'histoire de l'hystérie, qui nous apparaît au moyen âge, à l'époque de la renaissance, telle qu'elle est aujourd'hui. L'auteur a eu le mérite de reconnaître l'existence d'un état maladif dans un grand nombre de manifestations que l'opinion publique, même parmi les gens éclairés, s'accordait à

attribuer à l'influence manifeste du démon. Jean Wier, médecin instruit et philanthrope, s'est appliqué à défendre les malades qui, sous les noms de sorciers, d'ensorcelés, etc., étaient trop souvent voués au bûcher. Son livre eut, malgré les protestations nombreuses qu'il souleva, une influence considérable sur l'esprit public. Cinq éditions qui parurent dans l'espace de douze ans attestent assez son succès considérable pour le temps. L'ouvrage est divisé en six livres : le premier traite du diable, de son origine, de sa chute; le second, des magiciens infâmes; le troisième, des sorcières; le quatrième, des maladies de possession; le cinquième, des moyens mis en usage pour la guérison des possédés; dans le sixième, il examine les peines à édicter en matière de sorcellerie. Il proteste contre les bûchers et les évêques brûleurs; dans les affaires capitales, dit-il, les preuves doivent être « luce mediana clariores ». Ces mots, qui sont les propres termes de Jean Wier, indiquent assez l'esprit de son livre, qui se recommande, par un grand nombre d'observations intéressantes, à tous ceux qui s'occupent de maladies nerveuses et mentales.

CH. F.

V. *Zur physiologie des Gehirnes (Contribution à la physiologie du cerveau)*; par le D^r Arthur CHRISTIANI, professeur à Berlin (Berlin, O. Enslin, 1885.)

Ce livre est divisé en huit chapitres, qui, bien que portant sur des sujets un peu dissemblables en apparence, concourent à la détermination des rapports du cerveau avec les différentes fonctions de l'organisme. A proprement parler, il faudrait diviser ce travail en deux parties : la première présente les résultats de recherches personnelles de l'auteur, tandis que la seconde est consacrée à une étude historique et critique de la question sur la localisation cérébrale de la fonction visuelle. Autant que l'étendue de ce compte-rendu le permet, nous allons suivre l'auteur point par point dans ses diverses excursions, qu'il fait dans le domaine de la physiologie cérébrale.

M. Christiani a cherché d'abord à déterminer l'influence réflexe du nerf optique sur l'action du pneumogastrique et il est arrivé à constater, que l'excitation aussi bien adéquate, qu'électrique ou mécanique du bout central extra ou intra-crânien du nerf optique exerce toujours une influence d'arrêt sur le cœur et accélère très sensiblement la respiration, en lui imprimant un caractère inspiratoire pareil à celui que Traube et Rosenthal ont constaté à la suite de l'excitation du bout central de la partie cervicale du pneumogastrique. C'est en effet tout à fait le contraire qu'on obtient après l'excitation du bout central du trijumeau. Les excitations du nerf auditif produisent absolument les mêmes effets que

celles du nerf optique. En portant ses expériences d'excitation sur la masse cérébrale même, l'auteur est arrivé à limiter un petit endroit, dont l'excitation produit un arrêt des mouvements du diaphragme dans l'inspiration ou accélère la respiration, qui devient en même temps plus profonde dans sa phase inspiratoire. Cet endroit, qu'il nomme « *centre de l'inspiration du troisième ventricule* », occupe la surface d'un millimètre carré sur la partie intérieure de la couche optique, un peu au-dessus du plancher du troisième ventricule et plus près des corps quadrijumeaux (? *corpora quadrigemina*). L'excitation fut portée sur ce centre toujours après l'ablation préalable de deux hémisphères cérébraux, toutes les précautions nécessaires ayant été prises pour éviter les dérivations du courant. On pouvait constater en outre que l'excitation du plancher du troisième ventricule produit aussi un arrêt du cœur et resserre la pupille, qui au contraire se dilate, si l'excitation est appliquée un peu plus en avant. Il paraît donc exister un rapport intime entre le centre d'inspiration du troisième ventricule et celui de l'innervation de la pupille, ce qui fut constaté déjà pour le nerf auditif par Claude Bernard et Westphal. La strychnine excite également les deux centres mentionnés, tandis que le chloral produit un effet contraire. La destruction du centre inspiratoire met en évidence l'existence d'un autre centre qui, situé dans la substance de corps quadrijumeaux antérieurs au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, fonctionne dans un sens expiratoire et son excitation amène des accès d'expiration ou l'arrêt total de la respiration dans sa phase expiratoire.

L'ablation du cervelet ne modifie pas sensiblement la respiration ; le même effet est produit par la section post *corpora quadrigemina*, si le « *pons Varoli* » n'est pas lésé, car les lésions de ce dernier peuvent amener de très forts arrêts expiratoires, qui finissent vite par la mort, tandis que sa destruction complète produit seulement une accélération passagère de la respiration. Tous ces faits amènent l'auteur à conclure, que l'acte de l'inspiration résulte d'une série d'excitations, qui arrivent au centre général de la respiration par trois voies différentes, notamment :

1° Par les nerfs optique et auditif ;

2° Par les nerfs sensitifs de la peau ;

3° Et par une partie des fibres du pneumo-gastrique, tandis que l'action d'arrêt et l'expiration active résultent d'une série d'excitations qui arrivent au centre par d'autres fibres du pneumogastrique, par le trijumeau et par tous les autres nerfs sensibles. Les excitations du centre respiratoire lui-même ne paraissent pas être de nature réflexe.

En poursuivant ces recherches, M. Christiani est arrivé à déterminer dans le troisième ventricule l'existence d'un autre centre, qui est celui de la *coordination*. Les animaux, chez lesquels les hémis-

phères cérébraux ont été préalablement enlevés jusqu'aux couches optiques, ne peuvent plus, après la destruction de ce centre, coordonner leurs mouvements nécessaires pour marcher ou pour prendre une position debout ou assise; ils restent le plus souvent sur un côté, ce qui ne s'observe pas, d'après l'auteur, après l'ablation du cervelet. Les phénomènes d'incoordination produits par cette dernière opération sont, d'après M. Christiani, dus à un empoisonnement de la moelle allongée par le sang veineux, qui s'y écoule au moment de l'opération même. L'existence de ce centre de coordination dans le troisième ventricule a été constatée aussi un an après par M. Bechterew.

M. Christiani a pu en outre s'assurer maintes fois que les mouvements coordonnés des animaux, chez lesquels on a enlevé les hémisphères cérébraux et les corps striés ne sont entravés en rien tant que le centre de coordination du troisième ventricule n'est pas lésé. Ces animaux sont non seulement doués d'une faculté de locomotion propre à un animal normal, mais aussi ils évitent et franchissent avec une très grande facilité tous les obstacles qui se trouvent sur leur chemin, et sans même se heurter contre eux. Cela n'arrive pas si les nerfs optiques sont coupés, ou si on a laissé une trop grande partie des corps striés, ou enfin si l'hémorrhagie causée par l'opération est trop grande. M. Christiani insiste en manière de conclusion, que les animaux, chez lesquels on a extirpé les hémisphères cérébraux avec les corps striés, ne sont pas aveugles et que l'importance des hémisphères cérébraux pour la vision n'est pas aussi grande que quelques auteurs le croient.

En se trouvant en contradiction avec les données expérimentales de M. Munk, il cherche à combattre les idées bien connues de ce dernier aussi bien par une série d'expériences rigoureuses que par des déductions logiques qu'il en tire. Il est impossible de suivre dans tous les détails la polémique entre ces deux physiologistes, à laquelle M. Christiani a consacré deux chapitres de son livre et qui présente un grand intérêt au point de vue de la critique scientifique expérimentale. L'auteur en relatant in-extenso les faits admis par M. Munk s'efforce à démontrer que leur inexactitude résulte aussi bien d'un procédé d'investigations défectueux que d'une méthode d'observation peu rigoureuse. Il croit que les lésions expérimentales du cerveau produisent le plus souvent des phénomènes trop complexes pour qu'on en puisse tirer des conclusions absolues par rapport à la localisation d'une fonction donnée. Cela n'est guère possible que quand la section est faite de façon qu'elle sépare exactement une fonction de l'autre, alors l'abolition de la fonction de la partie extirpée met en évidence celle de la partie conservée. Comme section pareille, qui imprime au reste de l'organe un certain état d'équilibre, et que l'auteur nomme « section acquilibrante », il faut considérer celle par

laquelle on enlève les hémisphères cérébraux avec les corps striés; dans ce cas là, M. Christiani n'a jamais pu constater chez les animaux la cécité complète attribuée par M. Munk à l'ablation des hémisphères cérébraux.

Les chapitres V, VI et VII de ce livre sont entièrement consacrés à l'histoire de la question de la fonction visuelle au point de vue de sa localisation cérébrale. Nous ne saurions pas suivre les détails de cette partie du travail, qui, faite avec un soin extrême, présente avec une grande netteté l'évolution historique de cette question depuis Haller jusqu'aux derniers jours. L'auteur démontre, par un grand nombre de documents, que jusqu'à présent ni les données de la physiologie expérimentale des animaux ni celle de la clinique de l'homme ne parlent pas d'une manière absolue en faveur de la théorie de cécité cérébrale émise par M. Munk, que la lésion de la couche superficielle du lobe occipital, tout en produisant des troubles visuels, ne peut pas être regardé comme l'origine *unique* de la cécité de cause cérébrale.

La lecture du livre de M. Christiani, où la clarté d'exposé est aussi grande que la rigueur scientifique, avec laquelle toutes ces questions y sont traitées, suggère forcément l'idée, mise en évidence du reste depuis longtemps en France par l'école de la Salpêtrière, qu'en présence de tant de résultats contradictoires, que l'expérience physiologique faite sur les animaux fournit entre les mains de physiologistes même des plus éminents, il ne reste qu'à demander à la clinique de l'homme secondée des recherches anatomo-pathologiques la solution unique des problèmes aussi complexes que ceux de la physiologie cérébrale. M. MENDELSON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit; par LANTEIRÈS. (Thèse de Paris, 1885.)

Essai sur les amnésies, principalement au point de vue étiologique; par ROUILLARD. (Thèse de Paris, 1885.)

Du spasme traumatique consécutif aux déchirures incomplètes des nerfs; par BEGUÉ. (Thèse de Paris, 1885.)

De la diarrhée tabétique; par VIVRES. (Thèse de Paris, 1885.)

De la méningo-myélite ascendante subaiguë dans la dotirénétiérie; par MAILFAIRE. (Thèse de Paris, 1885.)

Des appareils ou machines électro-statiques et de leur emploi en médecine; par VILLARD. (Thèse de Paris, 1885.)

De l'électricité statique dans le traitement de l'hémiplégie de cause cérébrale; par PLACÉ. (Thèse de Paris, 1885.)

VARIA

INAUGURATION DE LA STATUE DE PHILIPPE PINEL OFFERTE PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE A LA VILLE DE PARIS.

Lundi 13 juillet a eu lieu l'inauguration de la statue de Pinel, érigée depuis plus d'un an place de la Salpêtrière; différentes considérations, qu'il est inutile de rappeler, avaient fait retarder cette cérémonie. Les membres de la Société médico-psychologique ont enfin pensé qu'il ne suffisait pas de fondre un bronze aux traits de cet illustre bienfaiteur de l'humanité, mais qu'un hommage public devait lui être rendu pour la consécration du monument. La fête nationale est venue fort à point offrir un prétexte à cette tardive cérémonie dont l'éclat a témoigné de l'intérêt qui s'attache à Pinel.

Le célèbre aliéniste est représenté tenant à la main des chaînes brisées qu'il vient d'ôter aux aliénés élevés désormais « à la dignité de malades ». Une jeune fille est à ses pieds elle lève vers son bienfaiteur un regard plein de reconnaissance, ramasse des fleurs qu'elle semble vouloir lui offrir. De chaque côté du piédestal sont placées des figures allégoriques représentant l'une la Science, l'autre la Bienfaisance, les deux qualités maîtresses du célèbre aliéniste, dont l'intelligent statuaire, M. Ludovic Durand, n'aurait su tirer un meilleur parti. Le monument est élevé au milieu d'une pelouse ombragée par de grands arbres.

A cette cérémonie favorisée par un temps splendide assistait une foule de notabilités scientifiques et politiques, divers représentants du gouvernement, les préfets de la Seine et de police, le Conseil municipal et des délégations de l'Académie, de l'Institut, etc. La famille Pinel était représentée par M. Honoré Pinel et le Dr Charles Pinel.

Plusieurs intéressants discours, interrompus fréquemment par d'unanimes applaudissements, ont été prononcés. Nos lecteurs nous sauront gré de les avoir recueillis.

Allocution de M. le Dr DAGONET, médecin de l'asile Sainte-Anne, président de la Société médico-psychologique.

« Messieurs,

« La Société médico-psychologique de Paris vient aujourd'hui inaugurer la statue d'un grand et illustre citoyen, le Dr Philippe

Pinel. Elle rend ce public et solennel hommage à l'homme généreux qui, tirant de la barbarie la science de l'aliénation mentale, a fait à tout jamais disparaître les traitements inhumains infligés pendant plusieurs siècles à des infortunés que l'on ne croyait pas alors pouvoir considérer comme des malades. Elle honore l'homme érudit qui, pour réaliser une telle réforme, a pris pour guide naturel l'esprit scientifique d'observation.

« L'auteur de cette œuvre artistique remarquable, M. Ludovic Durand, a été bien inspiré en plaçant aux côtés de Pinel la science et la bienfaisance, ces deux grandes forces mises au service de l'humanité.

« La science dont nous admirons les incessants progrès et les merveilleux effets, la bienfaisance qui soulage la souffrance de la maladie et de la misère, font des miracles lorsqu'elles unissent leurs efforts. Pinel a su les unir; cœur rempli de l'amour du bien et de ses semblables, esprit scientifique convaincu, il a eu le courage de combattre les idées déplorables d'un passé séculaire; il a brisé les chaînes des aliénés, ouvert leurs cachots. C'est pourquoi nous devons le considérer comme un bienfaiteur de l'humanité.

« Je n'ai pas, messieurs, à énumérer les travaux, à exposer les titres scientifiques de cet illustre médecin, cette tâche est réservée au secrétaire général de notre Société, M. le D^r Ritti. M. Legrand du Saullé, le trésorier de notre Comité de souscription, vous fera connaître par quels efforts on est parvenu à réunir la somme nécessaire pour l'érection de la statue de Pinel.

« Notre éminent collègue, M. Baillarger, le président de ce comité, nous exprime ses regrets de ne pouvoir se joindre à nous pour honorer la mémoire du savant illustre qui a tant contribué à l'amélioration du sort des aliénés.

« Au nom de la Société médico-psychologique, je remets la statue de Philippe Pinel à la ville de Paris.

« Notre Société a voulu que ce don fût fait, d'une manière solennelle, comme un témoignage public de son admiration pour le savant, pour l'homme de bien, et comme la consécration des sentiments généreux et des convictions ardentes qui ont honoré notre pays, notre première République, et qui transmettront aux générations à venir un nom glorieux et impérissable. »

Discours de M. ROBINET, vice-président du Conseil municipal.

« Messieurs,

« Au nom du conseil municipal de Paris, je remercie le président de la Société médico-psychologique, M. le D^r Dagonet, des paroles qu'il vient de prononcer.

« Au nom de la ville de Paris, je remercie tous ceux qui ont eu la pensée généreuse d'élever cette statue à l'un des savants les plus éminents, à l'un des hommes les plus dignes et les meilleurs qui aient jamais existé.

« Messieurs, je laisse à d'autres plus compétents le soin de retracer la vie si bien remplie et les travaux scientifiques si importants accomplis par Pinel. Permettez-moi seulement, comme représentant de la municipalité parisienne et du conseil général de la Seine, de ces deux corps à qui incombe la gestion et la tutelle des aliénés, permettez-moi, dis-je, sur cette place publique, devant ces vieux bâtiments de la Salpêtrière, de jeter un rapide coup d'œil sur le passé, de voir ce qu'étaient nos malheureux malades avant Pinel, ce qu'il a fait pour eux, et ce qu'ils sont aujourd'hui.

« A Bicêtre, à la Salpêtrière, dit Pariset, dans son éloge de « Pinel, le vice, le crime, le malheur, les infirmités, les maladies « les plus dégoûtantes et les plus disparates, tout était confondu « comme les services. Les bâtiments étaient inhabitables. Les « hommes y croupissaient couverts de fange, dans des loges toutes « de pierre, étroites, froides, humides, privées d'air et de jour et « meublées seulement d'un lit de paille, que l'on renouvelait rare- « ment, et qui bientôt devenait infecte : repaire affreux où l'on « se ferait scrupule de placer les plus vils animaux.

« Les aliénés que l'on jetait dans ces cloaques étaient à la merci « de leurs infirmiers, et ces infirmiers étaient des malfaiteurs que « l'on tirait de la prison. Les malheureux malades étaient chargés « de chaînes et garrottés comme des forçats. Ainsi livrés sans « défense à la brutalité de leurs gardiens, ils étaient l'objet des plus « cruels traitements, qui leur arrachaient jour et nuit des cris et « des hurlements que rendait encore plus effrayant le bruit de « leurs chaînes... Les femmes étaient enchaînées quelquefois « toutes nues dans des loges presque souterraines, et pires que « des cachots. A l'époque des crues de la Seine, ces cachots étaient « envahis par les rats qui se jetaient la nuit sur ces malheureuses « et les rongeaient partout où ils pouvaient les atteindre. A la « visite du matin, on en trouvait dont les pieds étaient dévorés « par ces animaux, elles succombaient souvent. Aussi, blessées de « toutes parts, leur cœur ne respirait que vengeance et, dans « l'ivresse de haine qui les emportait, elles ne cherchaient, comme « des bacchantes, qu'à déchirer leurs filles de service ou à se « déchirer entre elles. »

« Et dans quelle atmosphère, messieurs, dans quel cadre hideux se plaçait cet enfer? C'était dans un milieu au moins aussi épouvantable, dans cet hospice-bastille qui était la Salpêtrière, là où se trouvaient enfermées pêle-mêle, à côté des aliénées, toutes les misères sociales de l'époque, les infirmes, les malades, les prostituées.

« Quel phénomène plus terrible que ce qu'on nommait alors la *plainte de l'hôpital* ? Parfois, dit un auteur du temps, au milieu du silence de la nuit, les habitants des quartiers Saint-Marcel et Saint-Victor entendent s'élever une clameur, une sorte de gémissement sauvage, qui se répète à intervalles réguliers : c'est la plainte de l'hôpital ! Comprimé, refoulé, ce flot de rancunes et de haines qui inonde le cœur de toutes ces malheureuses, monte lentement ; et à un moment, il déborde, elles ont convenu une révolte, et toutes, au nombre de plusieurs mille, en même temps, au même signal, poussent des hurlements épouvantables. Ce cri d'alarme qui se propage à près d'une lieue, produit un saisissement horrible. »

« Notre grande Révolution arrive enfin, avec son cortège d'idées réformatrices et humanitaires. En 1792, les trois administrateurs des hospices, représentants de la Commune de Paris, Thouret, Cousin et l'illustre Cabanis, tous trois amis de Pinel, jugèrent qu'il était le seul homme de Paris et même de la France, qui fût en état de remédier à tant de maux.

« Quel homme, en effet, était mieux préparé pour les réformes qu'il avait à accomplir ? D'un tempérament dont la bonté était le caractère essentiel, imbu du sentiment social à un haut degré, Pinel avait reçu une puissante éducation scientifique, et notamment celle qui est la base de toutes, une éducation mathématique très étendue.

« Esprit profondément émancipé, il était intimement mêlé au grand mouvement philosophique du dix-huitième siècle : il avait été l'un des hôtes assidus du salon d'Helvétius ; en relation constante avec la plupart des encyclopédistes, il était en rapports intimes avec les savants et les philosophes les plus illustres, avec les Fourcroy, les Berthollet, les Cabanis, les Condorcet et tant d'autres. Tel était l'homme à qui fut confiée la direction de Bicêtre, puis de la Salpêtrière.

« Sous sa haute influence, tout changea bientôt de face. A la contrainte, aux tortures usitées presque partout ailleurs, Pinel substitua des procédés où la justice était tempérée par la bonté. Plus de fers, plus de chaînes. Il laissait aux malades paisibles toute la plénitude de leur liberté. Avec lui apparurent vis-à-vis des aliénés la pitié, les égards, les ménagements, la douceur, la justice. Partout, il substitua l'ordre à la confusion, la règle au caprice et les saints devoirs de l'humanité aux honteux excès de la barbarie. Telle fut, messieurs, au point de vue spécial que j'ai envisagé, l'œuvre humanitaire de ce savant bon entre tous.

« L'œuvre de Pinel, et c'est là un de ses plus beaux titres, a trouvé des continuateurs. L'école de la Salpêtrière fait encore la gloire de la France, et elle compte ici de brillants représentants. Si, du côté des médecins, personne n'a failli à sa tâche,

d'un autre côté, nous pouvons le dire hautement, les pouvoirs départementaux et communaux, depuis plusieurs années, n'ont reculé devant aucune dépense, devant aucun sacrifice, pour l'amélioration du sort des aliénés. Espérons que les pouvoirs publics, par des modifications profondes au projet de loi actuellement en discussion, feront aussi leur devoir. Quant à la ville de Paris et au département de la Seine, je le répète, et c'est par là que je termine, ils sont prêts à introduire tous les perfectionnements qui seront réclamés. Ce sera là, messieurs, le plus bel hommage que nous puissions rendre à la mémoire de Pinel, le bienfaiteur des aliénés.

« Encore une fois, messieurs, au nom du Conseil municipal, je remercie tous ceux qui ont eu la pensée généreuse d'élever cette statue et de l'offrir à la ville de Paris, je remercie tous les membres de la Société médico-psychologique et je remercie l'éminent sculpteur, M. Ludovic Durand, pour l'œuvre magistrale dont il a enrichi le patrimoine artistique de notre chère cité.

« Au nom de Paris, hommage et salut à la grande figure de Pinel ! »

Discours de M. POUBELLE, préfet de la Seine.

« Messieurs,

« M. le président du conseil municipal vous a adressé, au nom des élus de la cité, ses remerciements pour le don gracieux que vous venez de faire à la ville de Paris. Je viens l'accepter officiellement en son nom et vous donner l'assurance que, comme il est bien reçu, il sera bien gardé.

« Cette statue, élevée par vous à la mémoire de Pinel, ne consacra pas seulement son souvenir; elle rappellera, en même temps, que c'est grâce à l'initiative de la Société médico-psychologique, à sa persévérance, à sa générosité que ce monument a pu être érigé. L'hommage rendu aux morts illustres honore aussi les vivants : l'estime qu'ils font du mérite et de la vertu d'autrui ramène, par un juste retour, la pensée sur leur propre mérite et l'on remarque, avec raison, que si Pinel a ouvert le chemin et donné l'exemple, il a trouvé parmi tant d'hommes distingués, dont les noms sont présents à tous les esprits, des continuateurs dignes de lui.

« Votre Société a su les réunir presque tous dans ses rangs; elle a associé les efforts, doublé les bonnes volontés, recueilli dans ses annales des documents précieux, ouvert à chacun sa publicité, et, grâce à ses correspondants français et étrangers, concentré en un seul faisceau toutes les lumières que les travaux de ce siècle ont projetées sur cette terrible maladie qui laisse le mieux voir à la fois la grandeur et la misère de l'homme : l'aliénation mentale

« Vous ne pouviez mieux glorifier les idées qui inspirent votre apostolat qu'en élevant une statue à l'homme qui les a le premier personnifiées avec tant d'autorité; qu'en la plaçant au seuil de ce grand établissement où, sous une direction active et vigilante, se sont accomplis, de nos jours, tant de progrès et où l'étude des maladies mentales compte tant d'éminents représentants.

« A la Salpêtrière, comme à Bicêtre, c'est Pinel qui a été l'initiateur. L'intéressant tableau de Tony Robert-Fleury et cette belle statue le montrent délivrant les aliénés de leurs chaînes. Ce fut, en effet, partout où il a passé, son premier acte et il était significatif. En cessant de traiter l'aliéné comme une bête féroce que l'on renonçait à guérir, et qu'il suffisait de réduire, il lui a restitué sa dignité d'homme; il a fait comprendre à tous, et spécialement à ses gardiens, qu'ils avaient devant eux simplement un malade dont l'affection n'étant souvent que passagère, et qui devait, plus encore que tout autre malade, être un objet d'égards, de soins diligents, et se trouver soumis, dans l'asile qui le recueillait, à une direction à la fois ferme et bienveillante.

« Telles sont les idées morales que ce moumennt doit surtout provoquer et enseigner. Pour que l'exemple, et, j'ajouterai, la justice, fussent complets, je voudrais qu'auprès de la statue du médecin illustre, quelque part, sur les murs de cet asile, une inscription commémorative rappelât le nom de Pussin. Dans son emploi de surveillant à Bicêtre, puis à la Salpêtrière, il a secondé de la manière la plus intelligente et la plus active l'œuvre du grand aliéniste. Pinel lui rend cet hommage à mainte reprise dans ses écrits, et, puisque les personnes qui sont constamment auprès des aliénés, peuvent le plus pour leur bien-être, leur repos, et leur guérison, il m'a semblé à propos de reconnaître ici publiquement la valeur de ces discrets, mais très réels services. Pinel, messieurs, « n'était pas seulement, selon le mot de Cuvier, un beau génie, « c'était encore un excellent homme ». La bonté l'a constamment inspiré, et l'on peut se souvenir d'un de ses modestes serviteurs, qui, comme lui, ont été bons, en face du monument élevé par vos mains généreuses, à la science et à l'humanité. »

Discours prononcé par M. PICHON, conseiller municipal du quartier.

« Messieurs,

« Ce n'est pas à ceux qui ont eu l'idée d'élever cette statue que l'on fera le reproche d'avoir exagéré l'hommage dû par la postérité aux hommes qui l'ont bien servie. L'éclat et la spontanéité de cette manifestation témoignent que le souvenir et la reconnaissance des bienfaits de Pinel ne s'effaceront pas.

« S'il est vrai que les grands hommes doivent être classés d'après

la justice qu'ils ont fait entrer dans le monde, une place d'honneur ne revient-elle pas parmi eux au savant, au philosophe, qui a fait plus que de prêcher l'horreur de la violence, qui lui a substitué, dans la pratique, le respect du droit du faible, la tolérance et l'humanité?

« L'inauguration de la statue de Pinel est comme la fête de la bienfaisance. D'autres ont loué la science du médecin : il est au rang des plus illustres. Mais sa gloire est, par dessus tout, d'avoir appliqué, dans sa profession, les idées qui font de la philosophie du XVIII^e siècle l'initiatrice du droit moderne et la souveraine émancipatrice.

« N'est-ce pas un ami de Pinel, le grand Condorcet, qui donnait pour règle à cette philosophie le sentiment de l'humanité, « c'est-à-dire celui d'une compassion tendre, active, pour tous les maux qui affligent l'espèce humaine, d'une haine pour tout ce qui, dans les institutions publiques, dans les actes du gouvernement, dans les actions privées, ajoute des douleurs nouvelles aux douleurs inévitables de la nature? » N'est-ce pas l'auteur de l'admirable *Tableau du progrès de l'esprit humain* qui dénonçait l'insouciance barbare qui immolait dans les hôpitaux tant de victimes humaines?

« Diderot avait déjà dit dans l'*Encyclopédie* : « Le noble et sublime enthousiasme de l'humanité se tourmente des peines des autres et du besoin de les soulager; il voudrait parcourir l'univers pour abolir l'esclavage, la superstition, le vice et le malheur..., il se plaît à s'épancher par la bienfaisance sur les êtres que la nature a placés près de nous. J'ai vu cette vertu, source de tant d'autres, dans beaucoup de têtes et dans fort peu de cœurs. » Cette passion qui ne s'enflamme pas dans une âme vulgaire, Pinel l'avait à la fois dans la tête et dans le cœur!

« La Convention nationale, qui poursuivait, au milieu des plus affreux déchirements, des difficultés les plus écrasantes, de la guerre étrangère et de la guerre civile, son œuvre de régénération sociale, et qui s'entourait, pour la mener à bien, de tous les grands esprits, ne pouvait manquer de faire appel aux lumières et au dévouement de l'émule des Hallé, des Corvisart et des Cabanis.

« Ce fut elle qui le nomma successivement médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il put accomplir ainsi, dans le traitement des malades atteints d'aliénation mentale, la révolution qui est l'éternel honneur de sa vie et qui a supprimé d'une façon définitive les pratiques de barbarie alors en usage dans les hôpitaux.

« Ce fut encore la Convention nationale qui l'appela à l'une des premières chaires de la Faculté de médecine réorganisée et qui lui permit de donner à son enseignement toute sa portée, tout son rayonnement et toute son autorité. Il fallait que cela fût dit devant cette statue, autant pour glorifier Pinel que pour rendre

justice à l'Assemblée qui l'a choisi l'un des premiers pour contribuer à la reconstitution morale de la Patrie.

« C'est surtout lorsqu'on considère le nombre prodigieux de grands hommes qui ont, par leurs travaux, leurs méditations et leurs luttes, préparé pendant l'épopée révolutionnaire les destinées glorieuses du monde nouveau, que l'on est tenté de redire avec Michelet : Le vertige me vient à regarder la scène de tant d'êtres, hier morts, aujourd'hui si vivants, créateurs! »

Discours de M. LEGRAND DU SAULLE, président du comité de souscription de la Société médico-psychologique.

« Messieurs,

« En France, notre instinct chevaleresque et honnête nous conduit à honorer le génie partout où il s'est rencontré. Pour nous, la reconnaissance publique a des droits imprescriptibles. Elle peut se faire très longtemps attendre, mais l'heure de la réparation finit toujours par sonner.

« La solennité qui nous réunit aujourd'hui est une preuve bien significative de ce que j'avance, et c'est avec une satisfaction profondément émue que j'ai en ce moment, l'honneur de présenter aux mandataires de la ville de Paris et au premier magistrat du département de la Seine ce bronze monumental élevé à la mémoire du D^r Philippe Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière, professeur à la faculté de médecine, membre de l'Académie des sciences et membre d'honneur de l'Académie de médecine, mort à la Salpêtrière, à l'âge de quatre-vingt-un ans, le 26 octobre 1826.

« Pinel ne fut pas seulement cet illustre médecin, dont les titres scientifiques vous seront rappelés tout à l'heure par le secrétaire général de la compagnie, mais il fut encore un philanthrope perspicace et osé, un patriote sincère, un grand citoyen. Appelé vers la fin de 1792, aux fonctions de médecin de Bicêtre il fut aussi affligé qu'indigné du spectacle horrible qui chaque jour s'offrait à ses yeux. Les malades, chargés de chaînes, à peine vêtus, croupissaient sur de la paille, au milieu d'immondices, dans d'étroits et infects cabanons. A leurs manifestations délirantes ou convulsives, à leurs cris ou à leurs supplications, il n'était répondu d'ordinaire que par des sévices ! En voyant que les troubles de l'esprit pouvaient conduire à un pareil état d'abjection et appelaient en quelque sorte de semblables cruautés, le nouveau médecin de Bicêtre s'arrêta à la généreuse pensée d'une grande et secourable réforme, puis il conçut bientôt l'admirable projet d'élever le fou à la dignité de malade. Le hasard le servit bien. Il avait sous ses ordres un surveillant très zélé, actif, plein

de cœur, d'un courage éprouvé, et Pussin fut pour lui un précieux collaborateur. Honneur au modeste employé, honneur à Pussin !

« Philippe Pinel demanda un jour à la Commune de Paris la permission de briser les fers de ses malades. Une vive opposition se manifesta, et Couthon, président, crut devoir se transporter le lendemain à Bicêtre. — « Es-tu donc fou toi-même, dit-il à Pinel, « de vouloir déchaîner toutes ces bêtes féroces ? » — « Non, répondit « le médecin de Bicêtre, j'ai la conviction que ces malheureux ne « sont aussi violents que parce qu'ils sont enchaînés. Lorsqu'ils « seront libres, ils se calmeront et peut-être redeviendront-ils « raisonnables. » — « Eh bien ! fais comme il te plaira, » répliqua Couthon.

« Vous savez ce qui advint, et chaque jour, depuis presque un siècle, nos aïeux dans la science, nos maîtres et nous-mêmes, nous n'avons été que les admirateurs, les disciples et les continuateurs de Pinel.

« Mais comment, à cette heure, ce monument se trouve-t-il sur cette place ? Chaque statue a son histoire, et je tiens à dire comment naquit le projet concernant le héros de cette fête.

« Par une maussade matinée de printemps, un médecin et un artiste, réunis pour un portrait dans un atelier de sculpture, s'entretenaient sans animation des choses du grand art. Le statuaire citait les œuvres qu'il avait exposées au Salon, à différentes reprises, énumérait les médailles qu'il avait obtenues, et arriva tout à coup à cette confidence : « Je voudrais, maintenant, dit-il, « faire une belle statue pour l'une des places de Paris. » — « Qu'à « cela ne tienne, lui répondit le médecin, je vous commande la statue de Philippe Pinel brisant les fers des aliénés. Représentez-moi dans un groupe en bronze ce que M. Tony Robert-Fleury a si bien rendu par la peinture. » L'artiste, étonné, ému peut-être, promit de se recueillir, d'aviser et de présenter promptement des esquisses et quelque chose comme un avant-projet. Il avait compris, à la façon dont le médecin avait formulé sa commande, qu'il ne s'agissait pas d'un plaisant badinage d'atelier. Et, de fait, sa confiance fut loin d'être trahie, puisque nous sommes ici aujourd'hui.

« Le médecin dont il s'agit était membre de la Société médico-psychologique. Il avait compté sur ses confrères, et il avait bien fait. Nous allons le retrouver dans un instant, mais je dois au préalable présenter la Société médico-psychologique aux membres du corps municipal et à toute l'assistance.

« Vers 1852, un petit groupe de travailleurs sérieux s'assemblait à la Faculté de médecine, dans une salle d'emprunt, et là, avec un grand zèle, se mettait à discuter sur les choses de la science et de la philosophie, sur la psychologie morbide et sur

l'amélioration du sort des aliénés. Au bout de quelques mois, la clinique mentale était abordée, puis la médecine légale appliquée à la folie et aux névroses, et enfin l'organisation administrative de nos grands établissements spéciaux. Lallemand, Gerdy, Buchez, Ferrus, Adolphe Garnier, Cerise, Peisse, Alfred Maury, Parchappe, Paul Janet, Trélat, Falret, Félix Voisin, Calmeil, Moreau (de Tours), Ott, Delasiauve, Casimir Pinel (neveu), Sandras, Archambault et beaucoup d'autres, avaient répondu à l'appel d'un aliéniste éminent qui, non content d'avoir fondé un important recueil scientifique, sous le nom d'*Annales médico-psychologiques*, avait pressenti tous les services que pourrait rendre encore une Société médicale spécialisée, une *Société médico-psychologique*. Ce clinicien si remarquable, ce professeur libre si suivi et si écouté pendant plus de vingt ans, a passé trente-deux ans de sa vie à la Salpêtrière et a été l'un des continuateurs les plus ardents de Philippe Pinel. Il a eu le rare bonheur de voir survivre et prospérer toutes ses œuvres, et, à cette heure solennelle, si M. Baillarger est retenu loin de nous par quelques soins à donner à sa santé, il est présent du moins par la pensée et par le cœur. Aussi, lui adressons-nous depuis ici nos respectueuses cordialités et nos vœux les meilleurs.

« Sous l'inspiration d'un tel chef, la Société médico-psychologique continua depuis à travailler sans relâche; elle est devenue l'une des Sociétés savantes les plus accréditées, et nous avons compté ou nous comptons parmi nous des membres du Sénat, de la Chambre des députés, du Conseil municipal de Paris, de l'Institut, du Collège de France, de l'Académie et de la Faculté de médecine, des médecins des hôpitaux de Paris et la plupart des médecins des services d'aliénés du département de la Seine.

« Un jour, à la séance du 23 décembre 1877, le médecin, que nous avons laissé dans l'atelier d'un statuaire, monta à la tribune et soumit aux membres de la Compagnie l'avant-projet d'une statue à élever à Philippe Pinel. La Société médico-psychologique pensa qu'il était de son devoir de ne point se désintéresser dans cette question de justice tardive et de réparation scientifique. En effet, si la Société existe elle-même et si elle compte plusieurs sœurs cadettes en Europe et en Amérique, n'est-ce point parce que Pinel a imprimé une impulsion vigoureuse à l'étude de l'homme frappé dans son intelligence et qu'il a presque créé de toutes pièces la science des maladies mentales? Une commission fut nommée et le rapport fut lu en séance le 25 mars 1878. Permettez-moi de vous citer quelques phrases de ce document important: « La France, disait le rapporteur, distraite par tant « d'événements divers et peu attentive aux réminiscences attendries d'un passé lointain, a laissé sa dette s'accroître vis-à-vis de

« Pinel. Un siècle nous séparera tout à l'heure de la grande
 « réforme opérée par le savant philanthrope de Bicêtre, sans que
 « l'éclat du bienfait soit terni. Plus les troubles de la raison se
 « multiplient, plus la science progresse, plus les asiles ouverts aux
 « naufragés de l'intelligence s'améliorent, plus la Société médico-
 « psychologique grandit, et plus nous en devons reporter l'hon-
 « neur à Pinel, qui a tout fait, tout enseigné, tout inspiré. Nous-
 « mêmes, les petit-fils scientifiques de Pinel, nous ne sommes que
 « des continuateurs marchant avec notre époque et cherchant
 « sans cesse à élargir la voie ouverte tout à coup par le génie
 « de notre aïeul illustre. Le novateur de la médecine mentale
 « a donc des droits imprescriptibles à la reconnaissance pu-
 « blique. »

« Séance tenante, la Société vota à l'unanimité la proposition
 de vœu que voici : « La Société médico-psychologique, considérant
 « que Philippe Pinel est l'une des gloires médicales les plus pures
 « de la France; que c'est sur son initiative perspicace et hardie
 « que sont tombées, en 1793, les chaînes des aliénés à Bicêtre ;
 « qu'il est le véritable fondateur de la science des maladies men-
 « tales; qu'il a fondé, par son enseignement éclatant et fécond,
 « à la Salpêtrière, un très grand nombre d'élèves qui ont propagé
 « partout ses idées, ses réformes et ses bienfaits;

« Considérant que Philippe Pinel n'a pas été seulement une
 « illustration dont s'enorgueillissent l'Académie des sciences,
 « l'École de médecine et les hospices de Bicêtre et de la Salpê-
 « trière, mais encore qu'il a exercé une influence décisive et émi-
 « nemment secourable sur une classe nombreuse de malades et
 « de déshérités, et qu'à ce titre, il est considéré dans le monde
 « entier comme l'un des bienfaiteurs les plus méritants de l'hu-
 « manité ;

« Emet le vœu qu'une statue soit élevée à Philippe Pinel, à
 « Paris. »

« Ce vœu est devenu une réalité, et il constitue en quelque
 sorte l'acte de naissance de la statue, le premier titre de la nou-
 velle propriété de la ville de Paris.

« Et maintenant, messieurs, que vous connaissez les origines du
 monument et les qualités des donateurs, permettez-moi de
 m'adresser aux représentants du corps municipal de Paris et de
 l'administration départementale de la Seine, et souffrez que je
 leur tiennne ce langage : « Au nom du comité d'initiative de la
 statue, je vous remercie gracieusement ce groupe monumental et
 je vous invite à en prendre possession. »

« Je ne saurais descendre de cette tribune sans adresser les
 plus vifs remerciements aux pouvoirs publics et aux hommes qui
 sont venus si libéralement en aide au comité, dont les soucis et
 les embarras ont été parfois bien lourds. Je remercie le gouver-

nement de la République française, dans la personne de M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts. Non seulement l'Etat a subventionné le groupe en bronze, mais encore les deux statues en pierre, la *Bienfaisance* et la *Science*, qui décorent le piédestal. Je remercie le Conseil municipal de la ville de Paris, qui a souscrit avec tant d'empressement à la statue et au piédestal, et qui a bien voulu voter des fonds pour l'aménagement de la place de la Salpêtrière et même pour la décoration de cette solennité. Je remercie le conseil général de la Seine de la sérieuse allocation qu'il nous a accordée. Les médecins des services d'aliénés du département sont très touchés des sacrifices si considérables que le conseil général, si soucieux des graves intérêts qui lui sont confiés, s'impose chaque année en faveur de nos chers malades. Il est animé des sentiments les plus philanthropiques et les plus secourables. Aucune infortune ne le laisse insensible et froid. Honneur à lui ! »

Eloge de Philippe Pinel, prononcé par M. le secrétaire général Ant. RITTI, au nom de la Société médico-psychologique.

» Messieurs,

« Par une heureuse inspiration, on a complété ce monument élevé à la gloire d'un médecin par deux figures allégoriques : la Science et la Bienfaisance. Que de choses grandes et généreuses a produites l'union de ces deux forces sociales ! Certes, par la seule puissance de son esprit, le savant de génie arrive aux plus merveilleuses découvertes, et crée ces théories sublimes qui conduisent l'intelligence sur ces hauteurs sereines où elle se plaît à s'élever ; mais pour rendre à l'humanité un de ces services qui excitent la vénération des contemporains et la reconnaissance de la postérité, il faut, s'inspirant d'un sentiment élevé, féconder son savoir par un ardent amour de ses semblables ; il faut être, selon l'heureuse expression de Voltaire, un enthousiaste du bien « moral ». Philippe Pinel en est un exemple éclatant.

« Cet homme de bien naquit le 11 avril 1743, dans un petit village du Languedoc, à Saint-Paul, près de Castres. On le destinait à l'église ; mais son ardeur pour l'étude des mathématiques et des sciences naturelles n'indiquant pas une vocation bien arrêtée, son père, modeste médecin de campagne, l'autorisa à faire ses études médicales à Toulouse. Dès qu'il fut reçu docteur, il se rendit à Montpellier, où il vécut pendant près de quatre ans, donnant des leçons pour vivre et consacrant ses loisirs à se perfectionner dans la pratique de son art sous la savante direction de Barthéz. C'est là qu'il se lia de l'amitié la plus tendre avec l'un des créateurs de la chimie nouvelle, avec l'illustre Chaptal.

« Paris l'attirait, et l'occasion s'en présentant, il s'y rendit, léger d'argent, mais riche de savoir et d'espérance.

« Ce savoir était des plus étendus : mathématiques, sciences physiques et naturelles, médecine; il avait tout appris, tout approfondi; il cultivait même avec amour les lettres et la philosophie, et avait pour la lecture des poètes cette prédilection marquée qu'ont toutes les natures délicates et élevées.

« Ses débuts à Paris, où il arriva en décembre 1778, furent difficiles; une timidité insurmontable, qui était le fond de son caractère n'était pas le moindre obstacle à son succès. Heureusement, le hasard, qui fait quelquefois bien les choses, l'amena à se lier d'amitié avec le botaniste Desfontaines; grâce à lui, il entra en relations avec plusieurs savants distingués, qui apprécièrent vivement l'étendue de ses connaissances et la justesse de son esprit. C'est alors qu'il eut la satisfaction d'être admis dans la Société d'Auteuil.

« De tous ces brillants salons du XVIII^e siècle, où s'étaient élaborées et développées les idées modernes, celui de M^{me} Helvétius était en quelque sorte un des derniers survivants; il n'en était pas le moins sérieux. On y conservait et continuait l'esprit et l'œuvre des encyclopédistes : c'était, selon les paroles d'un historien : « une académie intime; et un institut d'entre-soi, dans lequel, par pur zèle, par pur amour pour la science, on venait « poursuivre des études pour lesquelles on avait besoin du commerce familier de la pensée ». Condorcet, Garat, Volney, Destutt de Tracy, Fauriel, Richerand, et la plupart des savants et des philosophes de l'époque s'y rencontraient; mais l'âme de ces réunions était Cabanis. L'affectueux et bienveillant Cabanis, que le poète Andrieux, dans un vers, a pu tout naturellement comparer à Fénelon, introduisit Pinel dans ce cénacle. Ces deux cœurs généreux étaient faits pour s'entendre : de ce commerce amical, si noble et si désintéressé, allait sortir une des plus belles réformes que notre époque ait produites.

« La Révolution venait d'éclater, soufflant partout cet esprit de rénovation qui devait transformer notre société. Ce sera son éternel honneur d'avoir porté hardiment cet esprit dans les questions d'assistance publique et de s'être faite ainsi la sauvegarde des intérêts des misérables, des malades et des infirmes. L'histoire n'oubliera pas les noms des trois hommes qui, s'inspirant du célèbre rapport de Tenon, imprimèrent à ce service une direction nouvelle plus conforme aux progrès de la science et aux sentiments d'humanité. Cabanis, Cousin et Thouret, que le mouvement des affaires avait portés à la tête des hôpitaux, firent appel au dévouement de leurs amis pour les aider dans la difficile tâche qu'ils avaient entreprise. Sur les instances de Cabanis, Pinel accepta d'être nommé médecin de Bicêtre : le savant mo-

deste et bienfaisant, qui jusqu'alors s'était tenu à l'écart, trouvait enfin une tâche digne de lui.

« C'était dans les derniers mois de 1792. Bicêtre, à la fois hospice, hôpital, maison de force et de correction, présentait à cette époque le plus triste aspect. La partie réservée aux aliénés comprenait une série de loges, toutes de pierre, étroites, froides, humides, privées d'air et de lumière et ne contenant qu'un lit de paille que l'on renouvelait rarement. Ceux que l'on enfermait dans ces réduits infects étaient à la merci de leurs infirmiers, et ces infirmiers étaient des malfaiteurs que l'on tirait de la prison. Ces malheureux fous, chargés de chaînes et garrottés comme des forçats, se trouvaient livrés sans défense à la brutalité de leurs gardiens. Les cruels traitements qu'ils subissaient, leur agitation trop souvent poussée jusqu'à la fureur, leur arrachaient jour et nuit des cris et des hurlements que rendait encore plus effrayant le bruit de leurs fers.

« A ce spectacle lamentable, Pinel fut pris d'une immense pitié. Par une intuition de génie — les grandes pensées viennent du cœur — il comprit que le seul moyen d'améliorer le sort de ces pauvres aliénés, de calmer la constante violence à laquelle ils étaient en proie, c'était l'emploi de la douceur, de la bonté et de la justice; c'était, avant tout, la suppression de ces moyens de contrainte dignes de la barbarie.

« Mais, en certains cas, vouloir faire le bien ne suffit pas, il faut y être autorisé. Pinel ne s'arrête pas pour si peu. Surmontant sa timidité naturelle, il se présente à la Commune de Paris, et, devant cette assemblée, il plaide la cause des malheureux confiés à ses soins, il fait appel à tous les sentiments dont son cœur déborde pour convaincre ses auditeurs et à la manière dont on l'écoute, il croit avoir cause gagnée, lorsqu'une voix l'interrompt :

— « Citoyen, dit-elle, j'irai demain à Bicêtre te faire une visite; « mais malheur à toi si tu nous trompes, et, si parmi les insensés, « tu recèles des ennemis du peuple!... »

« Celui qui parlait ainsi était Couthon.

« Le lendemain, le terrible conventionnel se rend à Bicêtre; plein de défiance; il veut tout voir, interroger lui-même les aliénés les uns après les autres : partout il ne recueille que les injures les plus grossières; partout il n'entend que cris et vociférations. Impatient de la monotonie d'un tel spectacle, il se retourne vers Pinel :

— « Ah ça ! citoyen, lui dit-il, es-tu fou toi-même, de vouloir « déchaîner de pareils animaux ?

— « Citoyen, lui répond celui-ci, j'ai la conviction que ces « aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air « et de liberté, et j'ose espérer beaucoup de moyens tous diffé- « rents. »

— « Eh bien ! fais en ce que tu voudras, je te les abandonne ; mais j'ai grand'peur que tu ne sois victime de la présomption. »

« Se croyant suffisamment autorisé par ces paroles de Couthon, Pinel, sans perdre un instant, se met, le jour même, à l'œuvre. Il entre seul dans les loges, aborde avec calme les aliénés, quelle que soit leur fureur, leur prodiguant des paroles de consolation et d'espérance ; puis, les délivrant des pesantes chaînes qui les retiennent, il leur donne la liberté de se promener et le moyen de respirer un air plus pur que celui de leurs cachots. Quarante malheureux qui gémissaient sous le poids des fers depuis de nombreuses années, furent ainsi rendus à la lumière du jour. L'un d'eux, qui était resté dix-huit ans enfermé dans une cellule obscure, fut pris d'une sorte de ravissement lorsqu'il put contempler les premiers rayons du soleil : « Ah ! qu'il y a longtemps, » s'écria-t-il, « que je n'ai vu une si belle chose ! »

« Les heureux résultats de cet acte philanthropique ne se firent pas attendre : l'état d'effervescence, entretenu par l'emploi, des procédés barbares, se dissipa progressivement ; au tumulte et au désordre succédèrent bientôt le calme et l'harmonie. « L'usage « gothique des chaînes de fer » avait fait son temps ; une ère nouvelle venait de s'ouvrir pour les aliénés, celle de la bonté, de la douceur et de la bienveillance. Ceux qu'on avait traités jusqu'à là comme des parias de la société, qu'on avait craints comme des bêtes fauves, se trouvaient enfin réhabilités et définitivement élevés à la dignité de malades.

« Tout l'honneur de cette grande réforme revient à Pinel ; mais, à l'exemple de ce bienfaiteur de l'humanité, aussi juste que bon, nous devons rappeler la part qu'y a prise son modeste et dévoué collaborateur, le surveillant Pussin. Cet homme peu cultivé, mais d'un cœur tendre et compatissant, fut l'auxiliaire le plus précieux et le plus fidèle du Maître : jamais il ne faillit à son devoir, jamais son zèle ne se ralentit, quelque difficile, quelque pénible même que fût la tâche à remplir.

« Après deux ans de séjour, ou plutôt de complète abnégation de soi-même, Pinel quitta Bicêtre, non pour se reposer, mais pour porter à l'hospice de la Salpêtrière l'heureuse révolution qu'il venait d'opérer. Là il trouva les mêmes abus, les mêmes atrocités ; il eut à vaincre bien des difficultés et, le dirai-je ? à combattre certaines résistances. Sa calme obstination sut venir à bout de tout : résistances et difficultés furent surmontées, et les chaînes des folles de la Salpêtrière tombèrent comme étaient tombées celles des fous de Bicêtre.

« Pour rendre la réforme plus complète et plus efficace, un progrès important restait à faire.

« Lorsque, dans Paris, un individu était pris d'un accès de folie, on le dirigeait d'abord sur l'Hôtel-Dieu. Quelle que fût la forme

de son délire, il y était soumis à des saignées répétées, y prenait force bains et douches; parfois, on lui administrait quelques grains d'ellébore ou quelque antispasmodique. On conçoit aisément les résultats déplorable d'un traitement aussi uniforme que peu rationnel. Après un ou deux mois d'un tel régime, que de malades tombaient dans le plus complet état de stupeur, présentant tous les symptômes de l'anéantissement des fonctions physiques et morales! En s'élevant contre une médication aussi peu scientifique, Pinel critiqua surtout la phlébotomie obligatoire dans la folie; et, indiquant le remède à côté du mal, il réclama la suppression du traitement préalable de l'Hôtel-Dieu et demanda le transport immédiat des malades dans les hospices d'aliénés pour y recevoir des soins plus humains et plus conformes à la nature de leur affection. Il n'eut ni paix, ni trêve jusqu'au jour où les pouvoirs publics, lui donnant gain de cause, adoptèrent une organisation nouvelle.

« De telles améliorations, en profitant aux malades, servaient aussi la science. L'observation de la folie, rendue plus facile, permettait de mieux la connaître, d'étudier de plus près ses formes si variées. Pinel acquit ainsi cette « expérience éclairée », ce grand sens clinique, qui caractérisent son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Ce livre fait époque dans la science. On ne le relit pas aujourd'hui sans une certaine émotion : savoir profond et étendu, descriptions exactes et précises, style austère et grave, tout y est réuni pour satisfaire l'esprit; mais le cœur est profondément saisi, lorsqu'on arrive aux chapitres où l'auteur, traçant les règles à suivre dans le traitement moral de la folie, raconte avec une éloquente simplicité les réformes qu'il a accomplies et indique celles qu'il espère du progrès des connaissances. Ces pages, tout empreintes du sentiment humanitaire de la philosophie du XVIII^e siècle, sont comme la déclaration des droits de l'aliéné à la sympathie universelle et des devoirs du médecin envers ce blessé de l'intelligence.

« A côté du philanthrope et de l'aliéniste, il y avait en Pinel le savant au vaste esprit de généralisation. Portant la méthode analytique et le procédé de la nomenclature dans l'étude de la médecine, il s'est appliqué à grouper, dans sa *Nosographie philosophique*, les maladies, à la manière des naturalistes, par classes, ordres, genres et espèces. Cet ouvrage, que les progrès de la science ont jeté dans l'oubli, eut, à l'époque, un immense retentissement; il devint bientôt classique et son auteur prit rang parmi les médecins les plus renommés de l'Europe. Par le nombre et la valeur de ses disciples, il se trouva placé à la tête d'une école médicale que l'on appela l'école de Pinel, par opposition à l'école de la Charité, dont le chef était l'illustre Corvisart. Pinel recevait ainsi la récompense la plus chère que puisse désirer le penseur.

« Cet homme, si digne de son siècle, et par le cœur et par l'esprit, vit venir à lui les honneurs sans qu'il les ait recherchés. Nommé successivement professeur de la Faculté de médecine, membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, il ne voulut jamais quitter son poste de médecin des aliénées de la Salpêtrière. Pendant plus de trente ans, il demeura dans cet hospice, sans cesse occupé d'améliorer le sort de ses malades; il y mourut, le 25 octobre 1826, âgé de plus de quatre-vingt-un ans, entouré de la vénération universelle et de l'affection de tous les malheureux qu'il avait secourus.

« La mémoire de Pinel est restée vivante et pure comme celle de l'homme de bien. S'il mérite la reconnaissance de tous pour la réforme sociale à laquelle son nom restera attaché, il a tout particulièrement droit à la gratitude des médecins. N'est-ce pas lui qui nous a ouvert la voie? N'est-il pas notre premier maître en aliénation mentale? Semblable au Virgile du Dante, il nous a servi de guide dans ces ténébreux séjours de la douleur et des larmes; il a excité notre compassion, en nous faisant assister aux souffrances et aux angoisses des malheureux fous, enchaînés comme des malfaiteurs; mais, plus heureux que le poète, il lui a été donné de soulager ces grandes infortunes, il a délivré les aliénés de leurs fers et porté le calme et l'espérance dans des cœurs endoloris où ne régnaient que le désespoir et la crainte; il a fait plus encore: il a prouvé que la folie, cette maladie réputée incurable, pouvait être vaincue par un traitement rationnel et humain; aussi, cette tâche bienfaisante terminée, Pinel put effacer du fronton de ces sombres demeures la sinistre inscription: « O vous qui entrez, laissez toute espérance! » Cette œuvre est grande et belle: l'homme illustre, qui l'a accomplie, a bien mérité de la science et de l'humanité! »

Le président de la Société se lève ensuite pour donner lecture de plusieurs télégrammes de sociétés savantes étrangères qui regrettent de n'avoir pu se faire représenter à cette fête; il remercie aussi tous ceux qui, en assistant à la cérémonie, en ont rehaussé l'éclat. « Votre présence, dit-il, messieurs, est le témoignage manifeste de l'intérêt que vous portez au progrès de la science et de votre sollicitude pour les souffrances de ceux que la misère et la plus terrible des maladies viennent atteindre. Les souffrances les plus difficiles à soulager sont celles produites par l'aliénation mentale et le législateur tout aussi bien que le médecin, sont fort embarrassés lorsqu'il faut sauvegarder à la fois la sécurité publique, la liberté individuelle, le secret des familles et les soins à donner à de malheureux aliénés qu'on doit protéger et traiter souvent malgré eux. Il faut espérer que la loi qui se prépare saura résoudre d'une manière pratique les difficultés si nombreuses que soulève ce grave problème. »

Un lunch admirablement bien organisé par les soins de M. Motel a ensuite réuni tous les assistants dans l'une des salles de la Salpêtrière. De nombreux toasts ont été portés à la Société médico-psychologique, aux représentants de la municipalité et du gouvernement, à la mémoire de Pinel et à la République.

ASILES SUISSES.

Il y a en Suisse environ 8,000 aliénés (chiffre toutefois établi d'une manière peu certaine), pour une population de 2,832,000 habitants, 4,000 aliénés environ sont soignés dans les asiles publics et privés par 48-50 médecins.

CANTON DE GENÈVE. — *Les Vernets*. Asile de l'État (130 malades), directeur et médecin en chef, professeur D^r OLIVET.

CANTON DE VAUD. — 1^o *Bois de Céry*. Asile de l'État (350 malades), directeur et médecin en chef, D^r CHALLAND; médecin en second, D^r Kayser; médecin assistant, D^r Hansen. — 2^o *La Métairie*. Asile privé (30 lits), D^r RIST. — 3^o *Etay*. Asile pour les idiots (40 malades), pas de médecin dans la maison; visité par le D^r Zimmer à *Aubonne*.

CANTON DE NEUCHÂTEL. — 1^o *Préfarquier*. Asile privé recevant les malades de l'État, (130-140 malades). Médecin en chef et directeur, D^r BURKHARDT; médecin en 2^o, D^r Godet. — 2^o *Asile Bellevue* près de *Henveville* (privé), 30 lits. D^r MARGUET. — 3^o *Bellevue* près de *Landeron*. Asile pour idiots (10 lits), pas de médecin spécial.

CANTON DU VALAIS. — Pas d'asile d'aliénés. A *Sion*, une division de l'hôpital reçoit 30 à 40 imbéciles et crétins, pas de médecin spécialement attaché à cette division.

CANTON DE FRIBOURG. — *Martens*. Asile de l'État, (140 malades.) Médecin-directeur, D^r REPONDS.

CANTON DE BERNE. — 1^o *La Waldau*. Asile de l'État. (350 lits.) Directeur médecin en chef, D^r prof. SCHERRER; médecin en second, D^r de Speyr; médecin assistant (change chaque année). On projette de bâtir un nouvel asile à *Munzingen*, pour 350 lits. — 2^o *L'Espérance (Zur Hoffnung)*. Asile privé, de 35 lits. D^r NICHAA-S-BOVET. — 3^o *Munchenbuchsée*. Aliénés et alcooliques. Asile privé, appartient à M^{me} veuve Straub. Médecin de l'Asile, D^r GLASER. — 4^o *Weissenheim*. Asile privé, (pour faibles d'esprit, c'est-à-dire enfants susceptibles encore de développement). Directeur non médecin, M. R. Glur, médecin, D^r E. KÖNIG.

CANTON DE SOLEURE. — *Rosseg*. Asile de l'État (180-200 malades), avec une petite colonie à proximité. Médecin-directeur, D^r ACCKEIMANN.

CANTON D'ARGOVIE. — *Königsfelden*. Asile de l'Etat (380-400 malades). Directeur et médecin en chef, D^r SCHAUFELBUEL; médecin en second, D^r Weibel; médecin assistant (il change chaque année).

CANTON DE BALE-VILLE. — 1^o Une division de l'hôpital est affectée au service des aliénés; on a commencé à bâtir un nouvel asile, 60 lits pour les curables, 40 pour les incurables (idiots et épileptiques compris). Médecin-directeur, prof. WILLE, (clinique psychiatrique); médecin adjoint, X... (change souvent). — 2^o *L'Espérance (Zur Hoffnung)*. Asile privé (asile privé pour enfants faibles d'esprit, imbéciles, etc.), D^r FIEDLER-YUNG; M. Nehracher est attaché comme instituteur à l'asile.

CANTON DE BALE-CAMPAGNE. — Une division de l'hôpital cantonal à Liestal est affectée au service des aliénés (90-100 lits), sous la direction du D^r J. KUNZ.

CANTON DE THURGOVIE. — 1^o *Münsterlingen*. Asile de l'Etat (pour aliénés curables, environ 150 lits). Médecin-directeur, D^r WALTER; — 2^o *Saint-Katharinenthal*. Asile de l'Etat. (La division des aliénés fait partie de l'asile destiné aux vieillards, malades ordinaires incurables, aliénés incurables, épileptiques, etc. La division réservée aux aliénés compte 480 lits). Médecin-directeur, D^r Joseph BRUNNER; — 3^o *Kreuzlingen*. Asile Bellevue et ville Brunneg asiles privés. Médecin-directeur, D^r R. BINSWANGER; médecin en second, D^r X...? — 4^o *Altnau*. Asile privé (6 à 12 lits). D^r BRIDLER.

CANTON DE SAINT-GALL. — *Saint-Pirminsberg*. Asile de l'Etat (250-300 lits). Directeur-médecin en chef, D^r WELLER; médecin en second, D^r von Monakow.

CANTON D'APPENZELL. — Pas d'asile de l'Etat. — *Walzenhausen*. Asile privé (10 lits), appartenant à M^{me} Galle. Médecin, D^r CUSTER.

CANTON DE SCHAFFOUSE. — Une division de l'hôpital est affectée au service des aliénés avec environ 20 lits. En outre, dans la ville, il existe deux petits asiles pour des malades incurables tranquilles. — Les médecins font en même temps le service de l'hôpital cantonal. D^r von MANDACH, senior; D^r STURTER; D^r von MANDACH, junior.

CANTON DE LUCERNE. — *Saint-Urban*. Asile de l'Etat (280-300 malades). — La colonie *Sonnenhalde* dépend aussi de l'asile avec 12 à 13 lits). Directeur et médecin en chef, D^r FETSCHERIN; médecin en second, D^r Lisibach; médecin assistant (change chaque année).

CANTON DE ZURICH. — 1^o *Burgholzi*. Asile de l'Etat (330-350 lits, pour les aliénés curables (clinique psychiatrique). Directeur-médecin en chef, professeur D^r A. FOREL; médecin en second, D^r Lauffer; médecin assistant en premier, X...? médecin assistant en second, X...? Ces deux places changent souvent; — 2^o *Rheinau*.

Malades incurables (600 lits). Médecin-directeur, Dr NAEGELI; médecin en second, Dr Greppin; — 3^e Colonie et asile privé de *Stammheim*. Dr von ORELLI; — 4^e Asile privé pour idiots (18-20 lits, sans médecin spécial) dirigé par M^{lle} Keller. (Dans ce canton, il existe en outre deux asiles où l'on prétend guérir les malades par les prières!! Il y a constamment dans ces deux asiles une centaine de malades, avec un mouvement très considérable (100 au plus par an). Ce sont les institutions de *Maennedorf* et de *Mönchhof*. — Il est bon de connaître ces deux maisons pour n'y pas envoyer de malades. Elles sont souvent citées comme asiles suisses. — Il est utile de ne pas les confondre avec ces derniers.

CANTON DE UNTERWALD-LE-BAS. — *Stauz*. Asile pour 40 incurables, sans médecin spécial.

LES CANTONS DE TESSIN, GLARIS, SCHWYTZ, URI, UNTERWALD-LE-HAUT, n'ont aucun asile. — Les malades sont placés dans les maisons communales de pauvres. — Plusieurs de ces cantons veulent bâtir soit isolément, soit en s'associant entre eux.

CANTON DES GRISONS. — *Realta*. Asile pour 30 incurables. Directeur, M. Lietha (non médecin); médecin, Dr Puol, à Thusis.

Le canton des Grisons va bâtir un nouvel asile.

RAPPORT SUR LES PROGRÈS DE L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS EFFECTUÉS EN ALLEMAGNE AU MOYEN DES ASILES PENDANT CES DERNIÈRES ANNÉES; par Lœhr¹.

PROVINCE DU RHIN (*suite*). — *Bonn*. Ouverture de l'asile en 1882. On l'a complété par des installations intérieures. Dans l'asile, destiné seulement à 300 malades, on a, jusqu'au 1^{er} avril 1884, ajouté des dortoirs et des locaux d'habitation qui portent le nombre des places à 450. Au 1^{er} juillet 1884, on pouvait recevoir 462 malades. On a installé des hangars dans les cours des quartiers d'isolement, une horloge, un pulsomètre² qui élève l'eau du canal et permet l'irrigation du domaine, une usine à gaz, un quillier couvert; transformation complète des poêles à bain inutilisables.

Grafenberg. On a augmenté le territoire de près de 36 hectares dont 28 sont utilisés comme terrain de labour et jardins. En 1882

¹ Voy. le t. X, p. 138.

² Nous appelons l'attention sur cet instrument, qui permet notamment de remplir à peu de frais un ou plusieurs réservoirs. P. K.

on a acheté cinq maisons d'habitation, placées dans le voisinage immédiat de l'établissement; on y a logé tous les métiers et les familles, on y a fondé une colonie d'aliénés en liberté. En avril 1884, le nombre des travailleurs de ce genre dépassait le chiffre 30; il sera doublé dans le courant de l'été par les transformations architecturales d'une autre maison. L'asile même entretient 460 à 470 malades dont plus de 100 appartiennent aux classes de pensions supérieures.

Andernach. A eu beaucoup à faire dans ces dernières années pour remédier à des défauts architecturaux dus à la mauvaise foi.

Merzig. On a, l'hiver dernier, enlevé le pensionnat de première et deuxième classes pour faire de la place aux malades de quatrième classe. La population en a été fixée à 450. Sur les 225 lits d'hommes, 221 sont déjà occupés, les dernières places sont promises. Le service des femmes contient 25 lits de libres.

Düren. Destiné, à l'origine, à 300 malades, il ne disposait dans les deux quartiers d'isolement que de six cellules pour chacun. Le chiffre de la population a rapidement atteint 450 de sorte que les cellules devinrent insuffisantes. On a donc installé dans chacune des deux sections de demi-agités six chambres d'isolement d'après le modèle en bois de l'exposition d'hygiène de Berlin ¹. L'établissement peut entretenir 500 malades. Ces chambres d'isolement avec leur chauffage à la vapeur si simplement modifié ont donné de très bons résultats pendant cette année. L'ensemble du remaniement architectural a coûté à peu près 40,000 marks (12,500 fr.) On construira un dépôt mortuaire.

Grafenberg est devenu le siège d'une société de secours pour aliénés, ressortissant du district de Düsseldorf.

PROVINCE DE POMÉRANIE. — L'établissement de *Greifswald* est officiellement regardé comme inutilisable. Ceux de *Stralsund* et *Rügenwalde* sont vieux et toujours remplis. Le dernier, vu sa situation, ne se plie à aucune amplification. L'établissement de *Ueckermünde*, quoique nouveau, est déjà encombré. Construit pour 240 malades, il en héberge 400; il y a peu de temps, il en contenait 440. Et cependant l'asile privé de *Bergquell*, près *Stettin*, reçoit 85 malades de la province. *Ueckermünde* a été doté de pavillons d'observation et de surveillance, on a remplacé des lieux d'aisances défectueux par des watter closets à rinçage automatique. L'an dernier, on a centralisé l'eau chaude destinée à tout l'éta-

¹ Le service d'architecture des asiles de la Seine s'est-il procuré les documents de cette exposition? Nous appelons l'attention de l'administration sur ce point. P. K.

blissement. Agrandissement des locaux de la buanderie et de la machine.

PROVINCE DE POSEN. — *Owinsk*. Le nouvel asile de 1874 est terminé. Le vieil établissement de 1878 et 1879 est transformé et augmenté. On peut y recevoir 540 malades, c'est-à-dire le quart des aliénés à traiter. Le directeur peut déjà en admettre et cette admission ne demande pas plus de trois ou quatre jours, suivant un autre errement en vigueur. Le drainage de l'établissement est assez complet, il en est de même pour les promenades des jardins et du parc. Les petites chambres, celles notamment de l'ancien établissement, sont transformées en grandes chambres partout peintes à l'huile. La ventilation artificielle s'installe de plus en plus; en hiver on n'épargne pas le combustible pour toujours aérer. Conduites d'eau très riches. Chacune des 22 sections possède des chambres de bains spéciales munies de deux baignoires. Les tuyaux de conduite de plomb ont été remplacés par des tuyaux en fer. Alimentation très copieuse, très variée; bière en abondance; on est en mesure d'éviter le plus possible l'uniformité du vêtement. Pas de moyens de coercition mécanique. Isolement rare. On a établi deux ateliers et une métairie. Des malades travaillent constamment dans les bureaux de l'asile. Heures régulières d'enseignement.

PROVINCE DE L'EST DE LA PRUSSE. — *Königsberg*. Sur le terrain de l'hôpital de la ville, on a construit un édifice pour maniaques; il contient, au rez-de-chaussée un cabinet de bain, deux sections complètement séparées, ayant chacune un corridor qui sert de salle de jour; une chambre de gardiens ou de gardiennes et trois cellules d'isolement. La cellule est munie d'un verre épais de 13 millim., bleu-terne, qui permet de ne point masquer aux plus furieux, aux plus destructeurs, la vue du dehors, car on ne voit de l'extérieur dans la cellule qu'à l'aide d'une lumière artificielle; les malades au contraire reçoivent un jour d'une nuance douce qui tempère leurs sensations.

Nombre des admissions :

De 1881-1882 : 131.

De 1882-1883 : 134.

De 1883-1884 : 158.

Guérisons : 66,66 p. 100. Cet établissement sert à l'enseignement de la psychiatrie.

Allenberg. L'agencement de la colonie permet d'y introduire 40 hommes. Aussi, en 1882, construisit-on un édifice pour 40 femmes occupées à la cuisine et à la cave; il ressemble aux édifices des malades de la colonie. Les ateliers ont été transportés dans les anciens communs. On a réformé le quartier cel-

lulaire des hommes avec ses dix cellules. Ce résultat a été atteint grâce au traitement au lit des agités. Superficie : 74 hectares. L'an dernier, on a exécuté une canalisation neuve, on a terminé le bâtiment d'isolement des femmes. On s'est mis en communication par un téléphone avec le télégraphe public de Wehlau; un téléphone rejoint par un câble sous-terrain l'asile à la colonie.

On a reconnu nécessaire la construction d'un *nouvel asile à Allenstein*. A l'origine, il devait s'ouvrir, le 1^{er} octobre 1885, à 200 malades; mais à cette époque, il ne pourra recevoir que 50 aliénés évacués d'Allenberg; il ne sera installé que pour octobre 1887.

PROVINCE DE L'OUEST DE LA PRUSSE. — *Schwetz*. Depuis 1881, on se sert d'une nouvelle conduite d'eau et d'un nouvel organe d'écoulement, qui ont coûté 50,000 marks (62,500 fr.), de là des améliorations hygiéniques marquées. La mortalité n'atteint plus que 2,68 p. 100. Rareté extrême des maladies intercurrentes et notamment de la phthisie pulmonaire.

Neustadt. Ouverture en 1883 de l'asile nouvellement construit. Il reçut 91 aliénés de Schwetz et des malades empruntés aux hôpitaux d'indigents et aux familles. Très bien situé, accoté à des monts boisés dont une partie appartient à l'établissement et a été transformée en un parc.

PROVINCE DE HANOVRE. — *Göttingen*. Depuis trois ans, on a supprimé le système des latrines d'Arcet qui a donné les plus mauvais résultats, pour le remplacer par le rinçage à eau du système Hopper. On irrigue avec l'eau d'égouts une surface de 2 hectares, constituée par un sable argileux très mauvais. Cette terre a été transformée en une prairie riche en humus. Dans le voisinage immédiat de la surface caillouteuse qui, au nord, est à une distance de 200 mètres des jardins de l'asile, on ne perçoit aucune odeur désagréable. Cet automne, on va ouvrir la première des quatre villas. C'est une habitation absolument dégagée, ouverte, simplement limitée par des haies vives et des grillages en bois, sans grilles, destinée à 25 hommes. La nouvelle buanderie où habitent quelques malades femmes (4 à 6) s'agence actuellement. Les dépenses de la villa, y compris l'habitation d'un médecin-adjoint célibataire et d'un économiste marié, ont été de 35,000 marks (43,750 fr.).

Hildesheim. Dans la colonie d'Einum, on a en 1882 gagné par la nouvelle construction 25 places; elle offre maintenant 79 places. Le cloître Michael reçoit les eaux de la ville.

Osnabrück. En 1882, culture de 20 hectares. La colonie compte 45 hommes habitant dans une maison rustique. On a exécuté la canalisation cette année et l'an dernier; on projette l'installation

de waterclosets et l'irrigation. L'admission à titre provisoire permet l'entrée d'un plus grand nombre de malades récemment atteints.

PROVINCE DE SCHLESWIG-HOLSTEIN. — *Asile de Schleswig*. On a, en 1881, acheté un terrain de culture adjacent ; on y a arrangé des habitations pour des gardiens mariés, on a installé un éclairage au gaz pour 641 becs. La superficie comporte 50 hectares. L'année dernière, on a construit une villa pour le directeur, ce qui porte à quatre les habitations de familles de médecins. On a affermé neuf hectares en sus. L'an dernier, pour diminuer l'encombrement on a augmenté de trois cellules le bâtiment d'isolement, on a élargi le local d'habitation ; le dépôt des quartiers a été transformé en neuf chambres d'isolement. Les asiles privés ne peuvent plus recevoir de femmes. 11,000 marks (13,750 fr.) ont été consacrés aux grosses réparations ; on a acheté 6 hectares de terrain. Des dons ont augmenté le fonds de rémunération des gardiens et des gardiennes éprouvés, et ont permis de former un capital pour malades congédiés.

ALSACE-LORRAINE, ÉTAT IMMÉDIAT DE L'EMPIRE. — *Asile de Sarreguemines*. Ouvert en 1880¹. En 1883, construction d'une église au prix de 40,000 marks (50,000 fr.) Il est encombré et manque d'eau. On a commencé à Steinbacherhof à installer des habitations.

Stephansfeld-Hardt. C'est en 1882 qu'on a livré la nouvelle habitation du directeur, qu'on a utilisé le nouveau dépôt mortuaire. A Noël on a inauguré la nouvelle salle des fêtes. La même année on a complété les transformations des deux pavillons de fonctionnaires et de la vieille salle des fêtes. On a installé dans l'ancien pavillon du directeur une habitation de famille pour le second médecin ; au rez-de-chaussée ont été arrangés les bureaux administratifs. On cultive 70 hectares.

PROVINCE DE HESSE-NASSAU. — L'asile d'*Eichberg* a vu commencer en 1881 une construction neuve et une transformation architecturale qui maintenant sont presque terminées. On a acheté un terrain de 347 ares 24 au prix de 23,972 marks (29,965 fr.). D'une manière générale, les deux édifices sont groupés sur trois plans partiellement obliques placés les uns au-dessus des autres ; coût : 994,000 marks (1,042,500 fr.). Ce sont, sur un premier plan, de l'est à l'ouest : une buanderie — un nouveau pavillon pour 20 pensionnaires femmes, — un bâtiment de femmes (ancien), — un nouveau pavillon pour pensionnaires hommes, — une maison de fonctionnaires (ancien), — une ancienne habitation princière (réservée à l'horticulture), — une cuisine neuve. En arrière et plus

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t, III, p. 108.

haut on trouve un nouveau pavillon d'observation pour 30 femmes et autant d'hommes. Tout en haut, vers le nord existent : un nouveau pavillon pour 20 femmes agitées, — un nouveau réservoir d'eau avec chaudière, — un nouveau pavillon pour hommes agités, — enfin à l'ouest, une nouvelle chapelle, une salle d'autopsie et de microscopie. Les nouveaux édifices cubent par tête, dans les chambres d'habitation : 22 cent. cubes ; — dans les dortoirs : 32 à 37 cent. cubes ; — dans les cellules : 54 cent. cubes ; ils possèdent, à tous les étages, des chambres d'isolement, et sont chauffés par un système à air modifié qui assure la ventilation. De grandes mesures de prévoyance ont été prises contre les incendies, à l'intérieur et à l'extérieur des constructions. Water-closets. Dans la nouvelle buanderie, très spacieuse, habitent 16 femmes avec leurs gardiennes et la gardienne en chef spécialement attachées au lessivage ; les quelques femmes occupées à la cuisine y habitent aussi. Au second étage, est la salle des fêtes. L'asile peut recevoir maintenant 450 malades.

L'asile de *Francfort sur le Mein* encombré, attend depuis des années des améliorations. Des plans très différents ont été faits, mais l'autorité ne s'est encore décidée pour aucun d'eux. Le projet qui a la plus grande chance de réussir est celui qui consiste à se débarrasser de l'établissement actuel dont les terrains ont une grande valeur et à construire un nouvel asile dans une situation plus isolée.

A l'asile d'*idiots de Scheuern* près Nassau a, en 1883, été ouverte une section pour épileptiques et arriérés. L'asile a été agrandi, de sorte qu'actuellement il se compose de six grands bâtiments. Mais on manque d'espace pour donner satisfaction à 80 demandes urgentes.

(A suivre.)

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Nomination.* — Par arrêté préfectoral du 30 juillet, M. Lucien PICQUÉ, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien adjoint des asiles d'aliénés de la Seine (emploi créé). Le nouveau titulaire touchera un traitement fixe de 300 fr. par asile, soit 4,200 fr. et une indemnité de déplacement de 200 fr. pour chacun des asiles situés hors barrière, savoir Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DES BOUCHES-DU-RHÔNE. — *Concours pour l'admission de deux élèves internes en médecine.* Le vendredi, 10 juillet 1885, à 9 heures du matin, a été ouvert un concours public pour la nomination de deux élèves internes en médecine, l'un à l'asile public d'aliénés de Marseille, l'autre à l'asile d'Aix.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — La quatorzième session de cette association a eu lieu à Grenoble, le jeudi 13 août 1885, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

CONGRÈS POUR L'INSTRUCTION DES AVEUGLES. — Un congrès pour l'instruction des aveugles se réunira à Amsterdam le 3 août prochain. En même temps aura lieu une exposition des objets employés pour l'instruction des aveugles et des ouvrages exécutés par ces derniers dans un grand nombre d'établissements. La Belgique, le Brésil, l'Allemagne, la France, l'Italie, la Russie et la Turquie seront officiellement représentés. Une centaine de directeurs d'instituts d'aveugles, ont déjà envoyé leur adhésion. (*Journal d'oculistique.*)

LES AVEUGLES EMPLOYÉS AU TÉLÉGRAPHE. — Le journal *l'Electricité* annonce que l'on prépare des appareils spéciaux, permettant de confier des services télégraphiques aux aveugles.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — Cette école vient de décider la création d'une chaire de *l'histoire des civilisations* et a nommé professeur de cette chaire M. le Dr LETOURNEAU.

NOMINATIONS. — *Asile de Villejuif.* M. le Dr VALLON est nommé médecin en chef.

Hospice de la Salpêtrière. M. le Dr BABINSKY est nommé chef de clinique des maladies nerveuses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET CHIRURGIE DE BORDEAUX. — *Prix de la Société.* — Question mise au concours: *de l'épilepsie jacksonienne.* Ce prix, d'une valeur de 1,000 fr., sera décerné à la fin de 1886. — *Prix Fauré.* — Ce prix, d'une valeur de 500 fr., sera décerné à la fin de l'année 1886 au meilleur mémoire sur la question suivante: *Exposer aux populations peu aisées ce que l'on entend scientifiquement par alcoolisme et montrer les inconvénients graves qui résultent pour la santé, non seulement de l'ivrognerie, mais encore de l'usage quotidien et longuement prolongé des boissons alcooliques.* — Les mémoires écrits très lisiblement en français doivent être adressés *franco* à M. Douaud, secrétaire général de la société, allée de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1886, sous les formes académiques.

STATUE DE PINEL. — L'inauguration de la statue de Pinel, élevée sur la place de la Salpêtrière, a eu lieu le lundi 13 juillet dernier, sous la présidence de M. le Dr Dagonet. (Voir p. 285.)

EXPOSITION D'ANVERS. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE. — La Société de Médecine mentale de Belgique se propose de tenir à Anvers, à l'occasion de l'Exposition universelle, du 7 au 9 septembre 1885, une *Réunion extraordinaire* qui sera consacrée à l'étude de divers sujets, ressortissant du domaine de la phrénologie et de la neuropathologie.

Deux questions feront l'objet d'un rapport : l'une de la part de M. le D^r Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain, l'autre de la part de M. le D^r Semal, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Mons, tous deux membres titulaires de la Société. La première a été formulée comme suit : *Etablir les bases d'une bonne statistique internationale des aliénés*; la seconde : *Relations entre la criminalité et la folie*. Les séances du matin seront consacrées à la discussion de ces deux questions. Les séances de l'après-dîner seront remplies par les communications diverses qui ont été promises et auxquelles viendront s'en adjoindre probablement encore d'autres. Ensuite les journées des 10, 11 et 12 septembre pourront être éventuellement employées à des excursions soit à Gheel, soit à Lierneux, soit à Gand, soit à Mons, soit à Tournai. La Société fera parvenir ultérieurement un programme plus détaillé à tous ceux qui voudront bien l'honorer de leur adhésion. La Société de Médecine mentale serait heureuse de recevoir, à cette occasion, le concours des aliénistes étrangers et d'autres personnes compétentes s'intéressant aux questions traitées, telles que les médecins en général, les magistrats, les criminalistes, etc.

La participation à cette réunion est gratuite. Les adhérents sont invités à s'adresser, plus pour amples renseignements, à M. le D^r B.-C. INGELS, médecin de l'Hospice-Guislain, à Gand.

MEETING CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL. — A l'occasion de l'exposition d'Anvers, il se tiendra les 11 et 12 septembre prochain un grand *meeting international contre l'abus des boissons alcooliques*, auquel seront convoqués tous ceux qui se préoccupent de la question. Pour obtenir des cartes d'invitation ou des renseignements, s'adresser à M. le D^r A. MÖLLER, 4, rue Montoyer, à Bruxelles. La participation est gratuite.

LA STATUE DE DARWIN. — On vient d'inaugurer la statue de Darwin dans le nouveau muséum d'histoire naturelle de South-Kensington, bâti sur l'emplacement de l'Exposition universelle de 1851. — Une partie du montant de la souscription pour cette statue a été affectée à la création d'un fonds spécial, dit *fonds Darwin*, qui sera appliqué, sous la direction de la Société royale, à l'encouragement des sciences biologiques.

LE CAS DU D^r L.-U. BEACH. — La condamnation et l'exécution du D^r Beach à Holidaysburgh (Pennsylvanie), pour le meurtre de sa femme a excité un vif intérêt. Il a été exécuté le 12 février der-

nier. Quoique plusieurs médecins, d'une véracité indubitable, témoignassent de son insanité et qu'il eût été et fût encore sujet à des attaques pour lesquelles il avait été traité pendant des années, fait corroboré par sa première femme dont il était divorcé, le jury l'a déclaré coupable. La cour suprême a refusé une nouvelle enquête. Le conseil des grâces n'a pas voulu, pour une plus ample information, commuer la sentence et le gouverneur de Pennsylvanie a refusé même un examen par des aliénistes compétents. La profession médicale considère que le Dr Beach était irresponsable et la *Medico legal Society* a nommé une commission pour examiner ce cas avec soin. (*The medico-legal Journal*, 1885, n° 4.)

THE AMERICAN JOURNAL OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY. — Ce journal, édité par MM. M. Bride, Landon Carter Gray et E.-C. Spitzka, annonce, en publiant le dernier numéro de son troisième volume, qu'il cesse de paraître. Nous le regrettons, car ce recueil contenait des travaux intéressants et était fait avec soin.

ASILE CLINIQUE (*Sainte-Anne*) : DISTRIBUTION DES PRIX A L'ÉCOLE DÉPARTEMENTALE D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES. — Cette cérémonie a eu lieu le 22 août sous la présidence de M. Bourneville, assisté de MM. Dagonet, Bouchereau, Quesneville, Dr Taule, directeur, des internes, etc. Après un très bon discours de M. le Dr Dagonet, rempli des meilleurs conseils, les récompenses ont été décernées. M. Bourneville a clos la séance en insistant sur la nécessité d'avoir à l'asile un instituteur et une institutrice qui serviraient le jour aux malades, le soir aux infirmiers et aux infirmières; sur la nécessité de rendre l'enseignement obligatoire; sur l'obligation, pour l'Administration, de recruter exclusivement les surveillantes parmi les élèves de l'École. Enfin, il a mis en relief ce fait que, aujourd'hui encore, l'Administration ne comprend pas l'utilité des écoles d'infirmeries et s' imagine que la première femme venue, pourvu qu'elle soit protégée, peut être nommée surveillante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliothèque diabolique. — JEAN WIER. *Histoire, Disputes et Discours des Illusions et Impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux;*

Item de la punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres; par Jean Wier, médecin du duc de Clèves, suivi: de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas Erastus. Avant-propos par Bourneville; — Biographie de Jean Wier, par Axenfeld.

Cet ouvrage, en vente au bureau des *Archives de Neurologie*, forme deux beaux volumes de plus de 600 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin.

Prix: Papier velin, 15 fr. les deux volumes. — Pour nos abonnés 12 fr.

Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe.

Papier parcheminé (n° 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes. — Pour nos abonnés 16 fr.

Papier Japon, des Manufactures impériales (n° 1 à 150), prix 25 fr. les deux volumes. — Pour nos abonnés 20 fr.

N.-B. — Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux; pour la France, le port est de 1 fr.; pour l'étranger, de 2 fr. 50.

FORTY. — *Second annual report of the managers of the state lunatic asylum, at UTICA, for the Year 1884.* Albany, N. Y. 1885. — Wood, Parsons and Co.

NOTHNAGEL. — *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale, basé sur l'étude des localisations.* Traduit et annoté par P. KÉRAVAL; précédé d'une préface par M. le professeur CHARCOT. Volume in-8° de 677 et XXI pages, avec 68 figures. — Prix: 14 fr. Paris, 1885. Librairie A. Delahaye.

RICHER (P.). *Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie.* Volume in-8° de 975 pages, avec 196 figures. Prix, papier teinté: 25 fr. Papier Japon: 50 fr. — Paris, 1885. Librairie A. Delahaye.

SALEMI-PACE. — *Ricerche sperimentali sulla influenza delle sostanze ipnogene sulla nutrizione degli organi.* Brochure in-8° de 5 pages. — Palerme, 1884. Journal *Il Pisani*.

— *La classificazione delle frenopatie.* Brochure in-8° de 25 pages, avec 2 tableaux. Palerme, 1885. Journal *Il Pisani*.

— *Il Pensiero nell' unità del disegno organico della natura correlazioni con la clinica freniatrica.* Brochure in-8° de 30 pages. — Palerme, 1884. Dalla Stamperia militare.

— *Contributo clinico ed anatomico-patologico alla localizzazione del centro psichico-visivo.* Brochure in-8° de 47 pages, avec 2 planches hors texte. — Palerme, 1884. Tipografia di Salvatore Bizzarrilli.

— *Un caso di neurastenia cerebello-spinale con agorafobia.* Brochure in-8° de 15 pages. — Palerme, 1882. Carini, Caronna et Macoclin.

— *Le cardiopatie nei Pazzi loro patogenesi e studi anatomico-patologici.* Brochure in-8° de 80 pages, avec 9 planches hors texte. Palerme, 1883. Carini, Caronna et Macoclin.

THULIÉ (H.). — *La Femme* (Essai de sociologie physiologique). — *Ce qu'elle a été. — Ce quelle est. — Les théories: ce qu'elle doit être.* Volume in-8° de 520 pages. — Prix: 7 fr. 50. — Paris, 1885. — Librairie A. Delahaye.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FAUSSES SCLEROSES SYSTEMATIQUES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Par N. POPOFF, médecin à l'asile Saint-Nicolas à Saint-Pétersbourg.

Il s'est passé relativement très peu de temps encore depuis que les recherches de Türck ont été publiées (1856); mais les opinions de ce savant ont déjà été étudiées et approfondies d'une manière assez exacte, et maintenant il ne se passe presque pas d'année sans que l'on publie quelques observations d'affections systématiques de la moelle épinière, sans que l'on ne porte un nouveau rayon de lumière sur quelque côté obscur de cette question. Quant à la littérature relative à ce sujet nous pouvons observer qu'à partir de 1880, il se fit entendre quelques voix, rares jusqu'à présent, il est vrai, assurant que beaucoup de tableaux cliniques s'expliquent d'eux-mêmes sans supposition d'une affection systématique de la moelle épinière.

Ainsi, M. Adamkiewicz¹, se basant sur l'examen

¹ Arch. f. Psychiatrie, 1880.

de la moelle épinière d'un tabétique, avoue qu'on avait affaire, dans ce cas, non à une affection systématique, comme on le suppose aujourd'hui, mais à la prolifération du tissu conjonctif, spécialement dans les cordons postérieurs, et il explique cette localisation par des conditions purement anatomiques.

L'année passée, MM. Ballet et Minor¹ ont étudié toutes les observations existant dans la littérature des cas de maladies systématiques compliquées des cordons latéraux et postérieurs et ont conclu qu'une seule, entre eux, appartenant à M. Damaschino, peut être considérée avec quelque vraisemblance comme telle; toutes les autres doivent être classées dans les groupes de scléroses diffuses. L'observation du D^r Tschetschoff, non encore publiée, que nous présentons plus bas peut d'après ses particularités cliniques et surtout anatomopathologiques, éclairer cette question sous un autre point de vue.

Voici cette observation que nous devons à l'obligeance de M. Tschetschoff, professeur agrégé de la faculté de médecine de Saint-Pétersbourg, à qui nous nous permettrons d'adresser ici nos meilleurs remerciements.

OBSERVATION. — Anna O..., paysanne, âgée de vingt-deux ans, entre à l'hôpital militaire Saint-Nicolas à Pétersbourg, le 14 janvier 1880.

Dans son enfance, elle était faible, chétive, scrofuleuse et n'a commencé à marcher qu'à l'âge de cinq ans. Agée de douze ans, elle arriva à Saint-Pétersbourg, et tant qu'elle fut dans de bonnes conditions hygiéniques, jusqu'en 1877, elle jouissait d'une parfaite santé.

Au mois de novembre de la même année, il se déclara tout-à-coup un état fiévreux et des douleurs dans le bas du dos qui

¹ *Arch. de Neurologie*, 1884.

augmentaient, puis une faiblesse dans les extrémités inférieures, de sorte que la malade dut garder le lit. Après deux semaines les douleurs diminuaient, la fièvre cessait; mais la faiblesse, restée à un haut degré dans les jambes, rendait la marche difficile. Néanmoins O... put reprendre ses occupations habituelles. Deux ou trois mois après, la faiblesse augmenta de nouveau, des douleurs dans le dos, du tremblement et des crampes dans les membres inférieurs se firent sentir. Il s'y joignit une constipation tenace, rétention de l'urine et huit mois après le commencement de la maladie, O... fut forcée d'entrer à l'hôpital, où l'on employa l'électricité pendant quelques mois. Son état s'améliora de façon qu'elle put retourner au village. Elle n'y resta pas longtemps, car les symptômes s'aggravèrent rapidement. Elle revint à Saint-Petersbourg et entra à l'hôpital Obuchow, où on la traita presque une année, mais cette fois sans succès appréciable. On la transféra à l'hôpital Nicolas, où, à la fin de 1881, elle fut placée dans la section des maladies nerveuses du professeur agrégé Tschetschoff.

L'examen, fait en novembre 1881, montra ce qui suit : La malade était de taille moyenne, d'une constitution normale, les téguments externes pâles, le tissu cellulo-adipeux sous-cutané très faiblement développé, la colonne vertébrale ne présentant pas de douleur à la pression. A la partie supérieure des deux poumons, la respiration bronchique avec l'expiration prolongée et quelques bruits sous-crépitaux.

C'est dans la sphère motrice que se montrait le plus grand dérangement. Tous les mouvements soit actifs, soit passifs devinrent difficiles et limités. O... ne marcha plus qu'à l'aide d'un bâton, ou en s'appuyant sur quelqu'un. Son allure devint caractéristique, spastique. Elle ne s'assied qu'avec beaucoup de peine. A chaque essai de marcher les jambes lui tremblent. Parfois on observe un léger tremblement et une contraction convulsive de quelques muscles des jambes même pendant le repos, et alors les jambes se trouvent dans l'adduction et l'extension extrêmes des équino-varus. Les adducteurs des hanches sont fortement contractés même en état de repos, leurs contours se dessinent nettement sous la peau. On remarque une rigidité, une tension dans tous les muscles des jambes, mais de différents degrés : plus faible dans les adducteurs et extenseurs de la hanche que dans les fléchisseurs. La force musculaire est affaiblie et les réflexes des tendons sont visiblement

exagérés. La réaction des muscles et des nerfs sur les deux courants dans les extrémités inférieures et supérieures est tout à fait normale. Dans la sphère de la sensibilité, l'examen n'a pas montré de changement, mais la malade se plaint de douleurs sourdes dans les parties inférieures de la colonne dorsale, et de douleurs continues dans les jambes.

L'émission de l'urine est plus fréquente et plus douloureuse quoique l'urine ait les qualités normales; constipation.

Dès le mois de février 1882, la malade commence à s'apercevoir qu'en se réveillant, ses membres supérieurs sont fortement fléchis dans l'articulation du poignet, du coude et de l'épaule, qu'elle ne peut les étendre qu'avec peine. Au surplus, se font sentir de temps en temps des douleurs et des tremblements convulsifs dans les extrémités supérieures, mais sans atteindre le même degré que dans les extrémités inférieures.

Au mois d'octobre 1882, les crampes apparaissent aussi dans les muscles de l'abdomen et l'examen démontre la rigidité des muscles du côté droit de l'abdomen.

L'examen, fait au mois de décembre 1882, démontre un affaiblissement de la force musculaire des deux mains, spécialement de la main droite et une rigidité surtout dans les fléchisseurs de l'avant-bras.

A partir de la fin de 1882 le processus dans les poumons marcha rapidement, les forces diminuèrent, il apparut de la diarrhée, des escharres et le 28 février 1883, la malade mourut.

Nous n'avons pas pu obtenir le protocole de l'autopsie. Il est certain qu'à l'examen macroscopique de la moelle épinière à l'état frais, on remarqua une nuance grisâtre dans la partie postérieure des cordons latéraux de la partie inférieure de la moelle.

De la description citée, on voit que les symptômes les plus remarquables sont : marche spastique, rigidité des muscles, leur tremblement convulsif et contractures, affaiblissement des forces musculaires et une grande exagération des réflexes des tendons, en un mot, tous les traits caractéristiques de la maladie de la moelle épinière, connue sous le nom de tabes dorsal spasmodique.

Une supposition pareille s'affirme par la marche lente de la maladie, par son cours de bas en haut, par l'absence de l'atrophie de muscles. Il est vrai qu'à ce diagnostic on pourrait opposer le commencement subit de la maladie, accom-

pagné d'un état févreux, d'après le dire de la malade, mais, quand on se rappelle que O... appartenait à une classe de personnes faisant très peu attention à elles-mêmes et que par cette raison elle pouvait ne pas remarquer les premiers symptômes d'une souffrance arrivant lentement et qui se montra plus clairement quand par hasard la fièvre s'y est jointe, si nous prenons en considération tout cela, nous ne donnerons pas une signification décisive à ces renseignements.

Contre le *tabes dorsal spasmodique* parleraient aussi les troubles de la sensibilité et de la vessie, mais M. Charcot ainsi que M. Erb admettent la possibilité que cette maladie soit accompagnée de pareils symptômes, mais ceux-ci ne doivent être placés qu'au second plan, comparativement aux troubles des mouvements comme nous le voyons justement chez notre malade.

L'examen *microscopique*¹ de la moelle épinière, fait par nous mêmes, nous donne :

a) *Substance blanche.*

Dans la région de l'origine apparente de la première paire cervicale les cordons antérieurs n'offrent pas de changements visibles. Dans les cordons latéraux, il y a légère prolifération du tissu conjonctif sur leur bord postérieur. Dans les cordons postérieurs on remarque une sclérose dans la sphère des faisceaux de Goll, surtout dans leur partie postérieure. Dans la partie inférieure de la portion en question la sclérose des faisceaux latéraux s'agrandit peu à peu et forme une bandelette

¹ Pour mes recherches précédentes, je me suis servi du liquide de M. Erelitzky (*Progrès méd.*, 1877, n° 39) pour durcir la moelle, mais la pratique me prouva ensuite que bien que la moelle atteigne très rapidement dans ce liquide le degré de durcissement nécessaire pour obtenir des coupes minces, elle devient pourtant très fragile lorsqu'on l'y tient longtemps. Les recherches du docteur Tschitsch (*l'Encéphale*, 1884) montrent en plus que dans la moelle durcie d'après la méthode de M. Erelitzky, probablement sous l'influence du sulfate de cuivre, il se forme des masses fauves qui ressemblent beaucoup au pigment. Quant à la pièce en question, cette moelle épinière fut durcie dans une solution de bichromate de potasse de 2 p. 100, les coupes furent colorées par du carmin, préparées dans de l'alcool et de l'essence de girofle. et ensuite dans du baume de Canada.

large atteignant presque la substance grise. En avant, sur le bord extérieur elle n'atteint pas la racine antérieure.



Fig. 5. — Coupe transversale de la moelle épinière dans le renflement cervical. — Prolifération du tissu conjonctif des cordons postérieurs et du bord antéro-postérieur des cordons latéraux.

Dans la région de l'origine apparente des racines de la seconde et de la troisième paires cervicales, il y a les mêmes changements décrits, avec cette différence seulement que dans les cordons postérieurs la sclérose atteint plus les parties antérieures, mais non encore la substance grise.

Dans la région de l'origine apparente des racines des quatrième et cinquième paires cervicales se voit le même tableau, seulement dans les parties inférieures la sclérose des cordons postérieurs atteint un plus grand développement et va jusqu'à la commissure postérieure.



Fig. 6. — Coupe transversale à la limite des portions cervicale et dorsale. — Prolifération du tissu conjonctif des cordons postérieurs et du bord externe des cordons latéraux.

Dans la région de l'origine apparente des racines des sixième et septième paires cervicales, les changements pathologiques conservent le caractère décrit plus haut.

Dans la région de l'origine apparente des racines de la huitième paire cervicale, le faisceau gauche de Goll est plus faiblement atteint que du côté droit, surtout dans son tiers moyen, mais la prolifération du tissu conjonctif s'étend sur tous les faisceaux de Goll en les délimitant nettement de ceux de Burdach.

Dans la région de l'origine apparente des racines de la première et de la seconde paires dorsales, on remarque la même répartition de la sclérose comme dans la partie inférieure de



Fig. 7. — Coupe dans la partie supérieure de la portion dorsale de la moelle épinière. — Sclérose des cordons latéraux et postérieurs et du bord externe des cordons antérieurs.

la portion cervicale, mais elle est plus intense dans les cordons postérieurs ne touchant qu'à peine les cordons postérieurs où elle se distribue avec la même irrégularité.

Dans la région de l'origine des racines de la troisième paire dorsale, on remarque la prolifération du tissu conjonctif, aussi dans les cordons antérieurs, ici elle forme une bandelette étroite le long de la fente longitudinale et au bord antérieur des cordons jusqu'à la sortie des racines antérieures, puis s'étend sans interruption à la périphérie des cordons latéraux, où elle s'étend graduellement à une région plus large; de sorte que dans la moitié postérieure de ces cordons elle remplit tout l'espace qui répond aux faisceaux du cervelet et aux faisceaux pyramidaux. Dans les cordons postérieurs la sclérose embrasse comme auparavant les faisceaux de Goll.

Dans la région de la sortie des racines de la quatrième et cinquième paires, la propagation de la sclérose reste la même; mais dans les cordons postérieurs elle s'affaiblit tout en restant peu régulière.

Dans la région de la sortie des racines de la sixième paire dorsale les cordons postérieurs sont encore moins atteints. On



Fig. 8. — Coupe dans la partie inférieure de la portion dorsale. — Sclérose des cordons latéraux et antérieurs.

remarque surtout la sclérose dans les parties postérieures de cordons latéraux, où elle atteint la substance grise. La localisa-

tion dans la moitié antérieure de ces cordons, ainsi que dans les cordons antérieurs conserve le caractère décrit plus haut, mais son intensité augmente surtout le long du bord antérieur de la fente longitudinale.

Dans la région de la sortie des racines de la septième et de la huitième paires dorsales, le caractère de l'expansion de la sclérose reste le même, seulement à mesure que la prolifération du tissu conjonctif des cordons latéraux augmente, les faisceaux de Goll sont atteints de moins en moins; de sorte que pendant que les premiers sont tout à fait pris, nous ne trouvons dans les derniers qu'une faible sclérose dans leur moitié antérieure. En outre le côté gauche est relativement moins atteint que le droit.

Dans la région de la sortie des racines de la neuvième et de la dixième paires dorsales, nous ne trouvons dans les cordons postérieurs, comme processus pathologique, qu'un développement assez marqué de cellules-araignées, tandis que dans les cordons antérieurs nous trouvons l'augmentation de la sclérose.

Dans la région de la sortie des racines de la onzième et de la douzième paires dorsales, les cordons postérieurs restent sans changement. Dans les cordons antérieurs et dans les parties antérieures des cordons latéraux la prolifération du tissu conjonctif est beaucoup diminuée et présentée de la manière précédente.



Fig. 9. — Coupe dans la portion lombaire. — Sclérose des cordons latéraux.

A partir de cette portion de la moelle épinière, la sclérose diminue peu à peu dans la direction de haut en bas; c'est surtout à remarquer dans les cordons antérieurs et dans les parties antérieures des cordons latéraux; dans les parties postérieures on la remarque avec la même intensité, seulement ses dimensions se rétrécissent peu à peu et dans les régions des racines de la quatrième paire lombaire, les dimensions ont la forme d'une bandelette assez étroite qui se joint immédiatement à la périphérie au bord externe des racines postérieures.

b) Substance grise.

Dans la région cervicale de la moelle épinière on ne remarque pas dans la substance grise des changements visibles, même aux grands grossissements.

Dans la région de l'origine apparente des racines de la première paire dorsale, quelques cellules nerveuses des cornes antérieures semblent un peu troubles et gonflées. Dans le protoplasma de quelques-unes, on remarque des traces d'augmentation de la graisse.

Dans les parties inférieures, les mêmes changements sont exprimés à un plus haut degré. De plus, ici, se jette aux yeux que des veines sont remplies des globules de sang. Il y a près d'elles, très souvent, des épanchements de sang insignifiants et deux exsudats plasmatiques. La névroglie est gonflée et par ci par là on y rencontre des cellules-araignées bien développées. Dans les parties inférieures de la moelle, les changements décrits plus haut ont, dans les cellules nerveuses, un plus grand développement et embrassent une plus grande quantité d'éléments. Les vaisseaux semblent être très développés et leurs parois épaissies. Près de plusieurs d'entre eux, surtout au voisinage du canal central, on trouve une masse d'exsudats plasmatiques qui pénètrent loin dans les parties voisines de la substance grise.

Dans la région lombaire de la moelle épinière, les phénomènes pathologiques mentionnés plus haut disparaissent rapidement et la substance grise reprend ses qualités normales.

Un coup d'œil superficiel sur la marche de la sclérose dans la moelle épinière de notre malade pourrait conduire à la conclusion que nous avons à faire dans ce cas à une affection systématique compliquée; mais une analyse plus attentive montrera sans peine l'in vraisemblance d'une telle supposition.

En effet, de la description précédente, on voit que le processus pathologique a plus de développement dans la région dorsale de la moelle en diminuant peu à peu

dans la direction ascendante aussi bien que descendante et embrasse les faisceaux descendants (pyramidaux) dans les cordons antérieurs et latéraux presque dans toute leur longueur; les faisceaux ascendants (os du cervelet) sont atteints dans toute leur étendue, tandis que ceux de Goll ne le sont que presque dans toute leur étendue. Outre cela le processus embrassait la région « *der gränzlichen Schieht, der grauen substanz* » et « *der geneischten zone* » et pénétrant dans l'extrémité du dernier, il se continue sans interruption jusqu'aux cordons antérieurs touchant aussi la périphérie. En d'autres termes, le processus dans notre cas a grossièrement franchi les limites anatomiques des faisceaux et surtout dans les cordons latéraux, il prenait le caractère net de la sclérose diffuse.

Une définition pareille se confirme par les résultats de l'examen microscopique des coupes à un grand grossissement, où se montrèrent les particularités suivantes :

a) Partout nous trouvons que la prolifération du tissu conjonctif atteint de plus grandes dimensions à la périphérie et dans le voisinage immédiat de la pie-mère et qu'elle diminue peu à peu, plus qu'elle s'approche de la substance grise.

b) Dans la région où la sclérose n'atteint pas encore son plus grand développement, nous pouvons remarquer facilement des tuméfactions variqueuses des cylindres-axes des fibres nerveuses et des cellules-araignées très nombreuses et très développées qui, dans leurs prolongements s'étendent entre les éléments nerveux.

c) En examinant les vaisseaux, nous voyons souvent

qu'ils atteignent de grandes dimensions et qu'ils possèdent des parois épaissies avec une construction dans laquelle on voit clairement des fibres oblongues.

d) Près de ces vaisseaux changés d'une manière pareille, nous rencontrons relativement le plus grand développement du tissu conjonctif.

e) Dans la substance grise, nous trouvons aussi les changements décrits plus haut dans les vaisseaux et un développement des cellules-araignées. En outre, on voit le gonflement des cellules nerveuses et le changement de la névroglie. Là les symptômes paraissent être plus évidents, spécialement dans la partie de la moelle où dans la substance blanche le processus pathologique atteint aussi le plus grand développement.

De tout ce qui précède, on voit que quoique le tableau clinique de la maladie d'Anna O... réponde à celui qui est décrit sous le nom de tabes dorsal spasmodique, les résultats de l'examen microscopique contredisent tout à fait un diagnostic pareil.

Pour bien juger cette contradiction nous devons nous adresser à l'étude de tabes dorsal spasmodique telle qu'elle existe à présent dans la science.

M. Erb¹ en décrivant la symptomatologie de la maladie émet la supposition comme bien vraisemblable qu'il s'agit là d'une affection primitive des faisceaux pyramidaux, mais il ajoute que jusqu'à présent, il n'y a pas une seule observation positive dans ce sens.

M. Charcot² s'exprime d'une manière encore plus

¹ Erb. — *Die Krankheiten des Rückenmarks*, 1877.

² Charcot. — *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière*, 2^e fascicule, 1877, p. 352.

prudente en disant littéralement ce qui suit : « S'il s'agit là effectivement d'une affection à part l'autopsie révélera une lésion également spéciale, peut-être la sclérose primitive des faisceaux pyramidaux, soupçonnée par M. Erb. Si, au contraire, les nécropsies démontrent qu'il s'agit tantôt d'une myélite par compression, tantôt d'une myélite transverse, syphilitique ou autre, il est clair que l'autonomie clinique n'est qu'une apparence. »

La décision complète de la question sur l'existence de la paralysie spastique comme une forme spéciale doit appartenir à l'anatomie pathologique. Pour cette raison, adressons-nous aux résultats qu'elle a réussi à obtenir jusqu'à présent et arrêtons-nous aux faits qui confirment l'opinion à priori de M. Erb.

L'observation, unique dans l'espèce, qui, d'après l'opinion de beaucoup d'auteurs décide complètement la question et celle de Morgan et Dreschfeld¹. C'est pourquoi je crois nécessaire de l'expliquer un peu.

On voit du tableau clinique, qui malheureusement est court et peu clair, que la maladie commença le lendemain d'un refroidissement par une faiblesse et un engourdissement dans la jambe droite. Bientôt le malade sentit ces symptômes aussi dans la jambe gauche. Ensuite sa marche prit un caractère spastique. L'examen démontra une absence de parésie, de rigidité et de contractures des muscles et d'agrandissement des réflexes des tendons. A la compression de la colonne dorsale on remarqua un état maladif à la région lombaire. Le malade mourut de la thrombose

¹ *Idiopathic lateral sclerosis.* (*British medical Journal.* Janv. 1881.)

de la veine fémorale. La moelle, examinée à l'œil nu, fut trouvée ramollie dans la partie inférieure. A l'examen microscopique de la moelle durcie, dans la portion cervicale, on remarqua la sclérose dans la partie postérieure des cordons latéraux où la dégénérescence vers l'intérieur atteint la substance grise. Vers le devant elle n'atteignait pas les cornes antérieures, vers l'extérieur non plus la périphérie. Dans la portion dorsale de la moelle la sclérose était plus claire, en conservant la même localisation. Dans la portion lombaire les faisceaux pyramidaux latéraux étaient sclérosés.

Il ressort de cette description que, ni d'après son cours, ni d'après ses particularités cliniques le cas de M. Morgan n'a rappelé une paralysie spastique, excepté l'allure du malade, dont l'origine paraît ici très étrange, puisque chez le malade les symptômes dans l'appareil neuro-musculaire qui pouvaient être la cause de cette allure n'existaient pas. Quant au tableau anatomique nous voyons que la sclérose quoique embrassant à peu près la région des faisceaux pyramidaux latéraux, atteignit pourtant « die grauenzliche Schieht der grauen substanz.

En outre, à l'examen de la moelle, on ne fit pas attention au foyer de ramollissement existant dans les parties inférieures de la moelle, ce qui ne permit d'expliquer ni son caractère, ni ses relations avec les faisceaux sclérosés.

De l'état du cerveau on ne dit mot. Considérant tout cela, la supposition de MM. Ballet et Minor qu'on avait à faire à une myélite aiguë limitée qui, peut être, eut aussi une signification à l'origine de la sclérose latérale, me paraît très vraisemblable. Quoi qu'il

en soit, il est impossible de donner une valeur décisive à un cas aussi obscur.

Outre Morgan, quelques observateurs ont fait des descriptions de pareils cas de paralysie spastique, où, à l'autopsie, on a pu constater une lésion des faisceaux pyramidaux, mais une analyse attentive du tableau anatomique démontre que dans tous ces cas outre des faisceaux mentionnés, ceux du cervelet furent atteints et que la sclérose s'avança jusqu'à la moitié antérieure des cordons latéraux. Dans beaucoup d'eux les cordons latéraux et postérieurs ne furent pas épargnés, même la substance grise. L'examen microscopique à un grand grossissement démontra la plus grande intensité du processus au voisinage immédiat de la pie-mère et un développement exagéré du tissu conjonctif autour des vaisseaux.

Tout cela mène à la conclusion qu'ici il s'agit plutôt d'une affection diffuse qui commence aux enveloppes. Ainsi sont les cas de Stoffella¹, Aufrecht², Strümpell³, Hopkin⁴, Mader⁵, Minkowsky⁶ et Westphal⁷.

En considérant toutes les remarques faites plus haut, et les cas de paralysie spastique accompagnés d'examen anatomique qui ont été publiés, nous pouvons les présenter par le tableau suivant :

¹ *Wiener medic. Wochenschrift*, 1878, n° 21.

² *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1880, n° 18.

³ *Arch. f. Psychiatrie*, 1880. Bd. X.

⁴ *Brain*. Octobre, 1883.

⁵ *Wiener med. Blätter*, 1883, n° 11.

⁶ *Deutsche Arch. f. klinische Medicin*, 1884. Bd. XXXIV.

⁷ *Arch. f. Psychiatrie*, 1884, Bd. XV.

Cas de Bétous. (<i>Etude sur le tabes dorsal spasmodique</i> . Thèse, 1876. — Pitres. <i>Revue mens.</i> , 1878, p. 592.)	}	Sclérose en plaques disséminées.
Cas de Stoffella. (<i>Op. cit.</i>)		Sclérose diffuse.
5 Observations de Schulz. (<i>Arch. der. Heilkunde</i> , 1877. <i>Deutsche arch. f. klinische, medicin.</i> 1879. <i>Centralblatt f. Nervenheilkunde</i> , 1880.)	}	1) Gliome du bulbe. Dégénération secondaire descendante des faisceaux postéro-latéraux.
		2) Tumeur du cerveau. Moelle épinière sans changements.
		3) Hydrencéphalie intérieure chronique. La moelle épinière sans changements.
		4) Myélite par compression.
		5) Myélite transverse chronique.]
Cas d'Aufrecht. (<i>Op. cit.</i>)	}	Sclérose diffuse.
2 cas de Strümpell. (<i>Op. cit.</i>)		1) Sclérose diffuse. 2) Hydrencéphalie. Sclérose diffuse de la moelle épinière.
Cas de Friedenreich. (<i>Jahresbericht von Virchow und Hirsch</i> , 1881.)	}	Sclérose diffuse.
Cas de Morgan. (<i>Op. cit.</i>)		Myélite aiguë limitée (?)
3 cas de Weiw. (<i>Wiener med. Wochenschrift</i> , 1883, nos 7 et 8)	}	1) Dégénérescence secondaire des cordons latéraux.
		2) Myélite par compression.
		3) Sclérose en plaques.
Cas de Hopkin. (<i>Op. cit.</i>)	}	Sclérose diffuse.
Cas de Mader. (<i>Op. cit.</i>)		Sclérose diffuse.
Cas de Minkowsky. (<i>Op. cit.</i>)	}	Sclérose diffuse.
Cas de Westphal. (<i>Op. cit.</i>)		Sclérose diffuse.
Mon observation.	}	Sclérose diffuse.

De cette façon nous possédons maintenant dans la littérature la description de vingt cas de paralysie spastique dans lesquels on fit l'examen anatomique plus ou moins exact de la moelle épinière¹. Ce nombre

¹ Dans la liste présentée plus haut, je n'ai pas osé mentionner l'observation de Jubineau (*Etude sur le tabes dorsal spasmodique*, thèse,

est suffisant d'après notre opinion, pour expliquer le substratum anatomique de cette maladie.

Rangeant ces cas d'après des catégories, il faut les diviser de la manière suivante :

Dans deux cas la moelle épinière ne présentait pas de changements visibles (à la méthode d'aujourd'hui d'examen);

Dans deux cas on trouva la dégénérescence secondaire des cordons pyramidaux latéraux ;

Dans deux cas, sclérose en plaques ;

Dans deux cas, myélite par compression ;

Dans un cas, myélite transverse ;

Dans un cas, myélite aiguë limitée (?)

Dans dix cas, sclérose diffuse.

Si nous exceptons deux observations, où un changement quelconque de la moelle ne fut pas constaté et qui, à l'état actuel de nos connaissances, ne peuvent pas être expliqués exactement, il nous reste dix-huit cas, où nous pouvons apercevoir dans la moelle épinière des lésions éclatantes d'un caractère très différent ; d'après le nombre la première place appartient à la sclérose diffuse, c'est-à-dire au même processus dans lequel MM. Ballet et Minor rangent tous les cas jusqu'à présent connus de maladies primaires systématiques compliquées de la moelle épinière.

1883), puisque cette thèse n'existe pas encore à Pétersbourg. Mais, dans le travail que j'ai cité déjà, MM. Ballet et Minor ont dit qu'ils eurent occasion de voir les préparations de la moelle épinière que Jubineau décrit et ils n'y trouvèrent pas de changements caractéristiques pour la sclérose latérale systématique. Il est à regretter que les auteurs n'aient pas prononcé d'opinion décisive. Dans le Jahresberich de Virchow, où nous trouvons quelques mots sur le travail de Jubineau, j'ai appris qu'à l'autopsie du malade, on trouva la leptoméningite au-dessus des lobes paracentraux. Peut-être Jubineau avait-il à faire à une dégénérescence descendante secondaire ?

Par conséquent, les paroles de M. Charcot qui dit, au sujet du tableau clinique de la paralysie spastique, que nous rappelons ce que les auteurs précédents avaient déjà observé, peuvent être appliquées à la nature anatomique de la plupart des cas de cette maladie, puisque, comme on le sait, Ollivier (d'Angers) qui le premier a décrit les symptômes de la paralysie spastique, la considère comme une espèce de myélite chronique ¹.

Dans le même fait, nous trouvons aussi l'explication des combinaisons nombreuses que nous pouvons observer dans le cours du tabes dorsal spasmodique, c'est-à-dire des douleurs, des troubles de la vessie et du rectum, différentes paresthésies et anesthésies dont l'apparition, d'après l'opinion de MM. Charcot et Erb, ne contredit pas le diagnostic, si ces symptômes occupent seulement la seconde place et qui appartient à ceux qu'on ne peut pas réunir à une lésion des faisceaux pyramidaux.

Les résultats principaux de cet article peuvent être formulés de la manière suivante :

1) Jusqu'à présent il n'y a pas d'observation qui puisse affirmer la supposition de M. Erb de la nature anatomique de la paralysie spastique;

2) On trouve l'ensemble des symptômes qui caractérisent le tableau clinique du tabes dorsal spasmodique dans les différentes maladies de la moelle épinière;

3) La première place parmi ces affections appartient à la sclérose diffuse.

¹ *Traité des maladies de la moelle épinière*, 1837, t. II.

MÉDECINE LÉGALE

DES INCENDIES MULTIPLES A MOBILES FUTILES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL ;

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,

Directeur-Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Dijon.

Bien que la science soit riche de documents médico-légaux relatifs à des affaires d'incendies, à mon avis, la pyromanie reste encore enveloppée d'obscurité. Ainsi bon nombre de cas attribués à la monomanie incendiaire ne me paraissent rien moins que probants; tels sont, par exemple, ceux de Klein et de Platner, où, à côté d'incendies multiples allumés par des faibles d'esprit, se trouve un mobile plus ou moins futile, il est vrai, mais suffisant à les expliquer. L'absence de mobile n'est-elle donc pas la caractéristique essentielle, le signe pathognomonique de l'impulsion irrésistible? Sans entrer dans des détails sur sa nature psychologique, qu'on voie en elle, avec Jacobi et presque tous les auteurs une force intérieure, une influence occulte, inexplicable, forçant la volonté, ou, ainsi que je l'ai exposé dans ce Recueil, à propos de la folie avec conscience, une perversion de la sensation, de l'émotivité ou de la représentation mentale, je me demande comment elle aura jamais pour but de satisfaire une pensée de jalousie, de haine ou de vengeance. Irrésistibilité et intérêt ne sont-ils donc pas deux termes qui

s'excluent en pathologie mentale? D'un autre côté, la futilité du mobile ne milite pas en faveur de l'impulsion. Que prouve, en effet, cette futilité? ou un état d'irritabilité émotive amenant une réaction disproportionnée à l'impression ou un affaiblissement intellectuel masquant les suites graves de l'acte commis ou une perversion morale avide du moindre prétexte à mal faire. En dehors de ces trois états morbides, on chercherait en vain une explication, car s'il était vrai que ces incendiaires cédassent à une impulsion irrésistible, la présence du mobile prouverait qu'ils ont mis leurs impulsions morbides au service de leurs passions et qu'ils ont satisfait celles-ci à l'aide de celles-là. Les accusés qui auraient allumé plusieurs incendies, comme dans mes observations, pour compromettre un ennemi, trouver des occasions de boire, ou se venger de taquineries, s'ils avaient été impulsifs au feu, n'auraient fait autre chose qu'utiliser leur affection mentale pour assouvir leur soif d'alcool et de rancune. Or, cette hypothèse, absurde déjà par elle-même, est réfutée encore par la lutte qui s'établit chez le monomane incendiaire entre la partie saine et la partie morbide de son intellect. Chacun sait que ces infortunés luttent longtemps et ne cèdent que vaincus par la maladie. Ils ne sauraient donc tendre qu'à la satisfaction de cette maladie elle-même, d'autant plus que le besoin qui les pousse naît exclusivement en eux et par eux et que, sans attache aucune avec l'extérieur, il n'est jamais une correspondance, un ajustement de relations internes perverties à des relations externes morbidelement interprétées.

Ainsi les données générales de la pathologie des

impulsions établissent à priori que les incendies multiples à mobiles futiles relèvent de toute nécessité d'un état psychique autre que les incendies multiples sans mobiles; que si ces derniers résultent de la pyromanie, les premiers, indépendants de cette forme mentale, sont le produit d'un affaiblissement intellectuel, d'une perversion morale ou d'une irritabilité émotive. Or, la clinique, c'est-à-dire l'analyse psychologique des états mentaux de ces deux catégories d'incendiaires, confirme en tous points la distinction sur laquelle j'appelle de nouveau l'attention, après Bucknill; elle démontre qu'à côté de certains caractères communs qui, frappant vivement l'attention, porteraient à fusionner tous ces accusés en un seul groupe, existent des différences mentales essentielles, quoique plus cachées, qui les séparent nettement.

Quand on s'en tient, en effet, à un examen que j'appellerai extrinsèque, à un examen relatif aux antécédents personnels et de famille, aux conditions d'âge, d'état mental habituel, aux circonstances des incendies, à la conduite tenue durant les sinistres et après, on ne trouve le plus souvent aucune différence entre les incendiaires sans mobile et les incendiaires à mobile futile. Les uns et les autres sont d'ordinaire des héréditaires vésaniques à l'âge de la puberté, et, habitants de la campagne, ils ont la réputation d'être faibles d'esprit; ils incendient au hasard de l'occasion; ils mettent de préférence le feu dans des objets faciles à s'enflammer; ils opèrent surtout le dimanche à la sortie du cabaret; ils contribuent à limiter le mal qu'ils ont fait; ils sont enfin rusés et menteurs. A s'en tenir donc à ces caractères communs, on les dirait frères

dans la maladie, et c'est ce qui explique la confusion faite par tant d'auteurs. Aussi, quand M. Motet a écrit : « Toutes les fois qu'à la campagne, dans un village, dans une commune, des incendies se répètent à des intervalles rapprochés, c'est qu'il existe un garçon, une fille, à développement physique ou intellectuel incomplet : idiot, imbécile ou épileptique. C'est sur cet infirme que doivent porter les soupçons », il a formulé une grande vérité, mais son tort a été de croire que ces garçons ou ces filles à développement physique ou intellectuel incomplet qui, à la campagne, dans un village, dans une commune, allument des incendies à des intervalles rapprochés, font tous partie d'un même groupe.

C'est là son tort, car l'analyse psychologique de ces incendiaires les montre sous deux aspects mentaux différents. Ceux qui ont agi sans mobile, quand ils entrent dans la voie des aveux, donnent des détails psychologiques qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une impulsion irrésistible. Ceux qui, au contraire, ont cédé à un mobile futile, s'ils se décident à parler, sont incapables de fournir le moindre renseignement sur une modification quelconque de leur être physique ou psychique au moment où ils exécutaient leurs méfaits. Ils vous exposeront les motifs plus ou moins légers auxquels ils ont cédé, mais ils ne vous parleront pas, comme les premiers, de leur lutte contre le mal qui les enlaçait et les entraînait malgré eux, de leurs maux de tête, de leurs bourdonnements d'oreilles, de leur oppression pectorale et cordiale, de leurs angoisses, de leurs inquiétudes et puis de leur satisfaction intime après l'accomplissement du crime.

Ils raconteront seulement qu'ils avaient peur d'être vus, qu'ils prenaient toutes les précautions pour n'être point découverts.

Eh bien ! ne serait-il pas antiscientifique de réunir en un seul groupe ces deux catégories d'incendiaires à états mentaux si différents ? Voir dans les incendiaires à mobile futile des impulsifs au feu, ce serait voir dans l'impulsion une idée morbide isolée, susceptible de surgir au milieu d'un état psychique par ailleurs sain, doctrine réprouvée par la psychiatrie contemporaine. L'impulsion irrésistible, dit avec raison M. Dagonet, ne peut certainement pas être le caractère unique de la maladie, elle en est seulement le symptôme le plus apparent ; elle se rattache à un ensemble pathologique. Or, j'ai dit que cet ensemble pathologique, constant chez les incendiaires sans mobile, ne se retrouvait pas chez les incendiaires à mobile futile.

D'où viennent pourtant les caractères communs que j'ai signalés ? Comment expliquer ces ressemblances, qui ont induit en erreur tant d'auteurs, avec des états mentaux au fond radicalement différents ? Tout d'abord il n'est pas surprenant que ces incendiaires soient d'ordinaire, les uns et les autres, héréditaires, faibles d'esprit et pubères. La pyromanie, le fait est établi, apparaît de préférence chez les êtres psychiquement incomplets, et, d'un autre côté, il est facile de comprendre que ces êtres sont aussi les mieux préparés à allumer des incendies sous l'influence de causes dépourvues de gravité. Or, les êtres incomplets tiennent le plus souvent leur mal de l'hérédité. La pyromanie est aussi l'apanage de la puberté, et la puberté est pour les faibles d'esprit l'âge de la perversion morale et de l'irritabilité émotive, deux

autres grandes causes des incendies à mobile futile. En outre, si les auteurs de ces derniers sinistres, à l'instar de l'impulsif au feu, opèrent le dimanche après la sortie du cabaret, c'est que l'alcool, pour celui-là comme pour celui-ci, ainsi que pour tout le monde et les héréditaires vésaniques en particulier, est très mauvais conseiller ; s'il marche au feu, c'est qu'il fait par ruse, pour n'être pas soupçonné, ce que l'autre fait par commisération ; enfin, si souvent, semblable au pyromane, il incendie des gens contre lesquels il n'a aucun motif de haine, la cause en est dans la futilité même du mobile. Ainsi, des trois accusés dont je rapporte plus loin l'histoire, deux ont mis le feu chez des personnes auxquelles ils ne voulaient aucun mal ; mais l'un cherchait des occasions de boire, l'autre s'efforçait de compromettre un cousin, son ennemi. Qu'importent, dans ces cas, les gens et les objets incendiés ! Aussi, pour atteindre plus facilement leur but, ils mettaient le feu au hasard, à la fortune de l'occasion et dans des matières promptes à s'enflammer. On voit donc combien les caractères communs à ces deux catégories d'incendiaires prouvent peu leur identité mentale.

En entrant dans ces longs développements, je n'ai pas eu en vue une simple distinction clinique qui, bien qu'ayant sa valeur, ne les justifierait peut-être pas, j'ai surtout désiré établir une division médico-légale des héréditaires faibles d'esprit, coupables d'incendies multiples. En effet, s'il est incontestable que les vrais pyromanes, c'est-à-dire les incendiaires sans mobile sont irresponsables, à mon avis, il n'en est pas de même dans tous les cas des faux pyromanes, c'est-à-

dire des incendiaires à mobiles futiles. Déclarer avec la plupart des aliénistes que les uns et les autres sont des impulsifs, c'est les faire bénéficier tous de l'exonération pénale; accepter la division que je propose et que j'espère avoir justifiée, ce serait absoudre les uns et livrer à la justice beaucoup des autres. L'importance du résultat, s'il était acquis, justifierait mon travail, car il importe, au plus haut degré, que la médecine légale de la folie ne verse dans aucune exagération et soit l'application stricte des données de la clinique.

Est-il donc vrai, ainsi que je le crois, qu'un certain nombre d'incendiaires à mobile futile, recrutés parmi les héréditaires vésaniques faibles d'esprit soient responsables de leurs crimes, quel que soit le nombre de ceux-ci. Je me suis efforcé d'établir que l'impulsion irrésistible était étrangère à leur conduite et que seul l'affaiblissement intellectuel, allié ou non à la perversion morale et à l'irritabilité émotive pouvait être invoqué à leur faveur. Mais il est d'opinion commune qu'en médecine légale ces trois états n'entraînent pas de plein de droit l'irresponsabilité, car ils existent à des degrés divers qui laissent plus ou moins intacte la saine appréciation des actes. Donc, tandis que l'impulsif au feu est toujours irresponsable, l'incendiaire à mobile futile devra être minutieusement examiné au triple point de vue de son développement intellectuel, de ses facultés morales et émotives et sera, selon le résultat de cet examen, responsable ou irresponsable. Tel est le principe que je voudrais faire prévaloir. Puisse cette modeste étude appeler de nouveau l'attention sur cette question que Bucknill a déjà signalée dans sa *Psycho-*

logie morbide, quand il remarque qu'en examinant un grand nombre de cas de pyromanie, on est forcé d'admettre qu'il s'en rencontre beaucoup qui n'ont aucun rapport avec les formes d'aliénation instinctive ou impulsive, tels ceux qui relèvent de certains mobiles, comme la vengeance. Il est regrettable que cette doctrine n'ait pas trouvé plus d'adhérents. M. Motet, il est vrai, dans l'article *pyromanie* du *Nouveau Dictionnaire*, le plus récent qui ait paru sur ce sujet, après avoir parlé des aliénés conduits à des incendies par le délire ou des impulsions irrésistibles cite quelques exemples pour montrer une autre catégorie d'incendiaires dont l'intelligence, ajoute-t-il, peut bien n'être pas normale, mais dont on n'est pas en droit de dire que ce sont des imbéciles ou des aliénés. Malheureusement, à cette occasion, le savant aliéniste ne pose aucun principe général. Il se borne à écrire que la vérité sur cette question comme sur beaucoup d'autres en médecine légale ne peut être dégagée que par l'examen le plus attentif, l'observation la plus patiente et il termine en remarquant que les déviations, les perversions intellectuelles ne sont pas la folie et que ce serait créer un danger social que d'exonérer de responsabilité les incendiaires qui les présentent. Malheureusement encore les exemples qu'il donne ne sont point des exemples d'incendies multiples commis dans des circonstances et par des individus qui rappellent en tous points la pyromanie et les pyromanes. Il n'est donc pas inutile de publier quelques cas de ce genre. Si les considérations qui précèdent sont erronées, les faits resteront.

OBSERVATION I. — *Six incendies. — Accusé faible d'esprit. — Hérité maternelle. — Mobile des crimes : le désir de se venger d'un cousin en le faisant passer pour l'auteur des sinistres. — Caractères extrinsèques de la pyromanie au complet. — Responsabilité atténuée. — Condamnation à cinq ans de travaux forcés.*

En 1882, six incendies éclatèrent dans le village de Charrez en plaine, petite commune de quatre cents âmes. Ces six incendies avaient, si on peut ainsi dire, un air de famille qui les faisait attribuer à une même main. Ils avaient éclaté soit un dimanche, soit un jour de fête; entre dix heures et minuit, heures de la sortie du café ou du bal; dans des objets faciles à s'embraser et n'exigeant que l'approche d'une allumette, tels que fagots de paille ou d'osiers, toitures de chaume.

Trois jours après le premier sinistre, un propriétaire de la localité trouvait dans sa cour une lettre de menaces d'incendie signé du nom de Claudius Saron, cousin de Claude Saron, l'accusé. Or les deux cousins avaient entre eux des rapports tendus. Brouillés pour des affaires d'intérêts, ils se disputaient, s'injuriaient souvent, se battaient même à l'occasion. Les experts constataient entre l'écriture du prévenu et celle de la lettre les analogies les plus sérieuses, bien que, ont-ils déclaré, l'écriture du billet fût très habilement contrefaite.

D'un autre côté, Claude Saron, dans ses conversations désignait son cousin Claudius comme un homme capable de mettre le feu par méchanceté, et s'efforçait d'entretenir et d'accroître les soupçons qu'avait fait naître contre lui la lettre trouvée, lettre qui intriguait de plus en plus la commune, à mesure que les incendies se multipliaient.

Le sixième incendie avait éclaté le 19 novembre; l'enquête judiciaire n'avait pas plus abouti pour celui-là que pour les cinq précédents, quand, le 22 novembre, une lettre anonyme dénonça Claude Saron. Pris en flagrant délit de mensonge, il se troubla, puis avoua le dernier sinistre, ajoutant qu'il ignorait les motifs qui l'avaient poussé à cet acte criminel et qu'il était alors sous l'influence de la boisson. Il fut arrêté; aussitôt se produisirent une foule de dépositions qui montraient en lui l'auteur non seulement du crime avoué, mais des cinq autres. Les premiers aveux du prévenu furent faits devant le juge de paix et la gendarmerie; il les renouvela devant le magistrat

instructeur à la date du 28 novembre et du 28 décembre. Ces dépositions se résumaient ainsi : « Je n'ai pas mis le feu par méchanceté ; ni moi, ni ma famille nous n'avons à nous plaindre de la victime. Ça m'a pris tout d'un coup ; en passant devant la maison, l'idée m'est venue de mettre le feu et je l'ai fait en allumant à ma pipe une allumette que j'ai approchée du toit en chaume, puis j'ai travaillé à l'éteindre avec les autres. En mettant le feu j'étais en ribotte. Je ne connais pas l'écriture de la lettre de menaces d'incendies signée du nom de mon cousin. Aux autres incendies, je suis allé au feu, mais je vous réponds que ce n'est pas moi qui les ai allumés. »

Cet homme qui s'accusait, puis se défendait si naïvement était par la ligne maternelle, un héréditaire vésanique, et, dans son village était réputé faible d'esprit. Une enquête spéciale, faite sur ma demande, recueillit des renseignements très précis sur la lignée paternelle et maternelle de l'accusé.

Dans la famille du père il n'y avait à relever qu'une myopie héréditaire : Saron père est myope, Claude Saron l'est, ainsi qu'un jeune frère de huit ans.

Du côté de la mère, les antécédents étaient autrement sérieux. Deux frères de la grand' mère maternelle avaient été aliénés : l'un a été atteint de délire hypochondriaque, l'autre d'exaltation maniaque avec perversion des instincts. Une cousine germaine de la mère du prévenu, d'une immoralité révoltante, était kleptomane ; un cousin germain a une fille qui a eu des accidents épileptiformes à la convalescence d'une angine grave. La mère elle-même de l'accusé, très nerveuse, est sujette à de fréquentes migraines. Enfin, dans la famille maternelle de Claude Saron, les branches collatérales sont riches en tuberculeux et souffrent d'une mortalité excessive de la première enfance.

Au point de vue intellectuel, tous ceux qui connaissaient Claude Saron déclarèrent au magistrat instructeur qu'il était faible d'esprit, et parmi les témoins se trouvait l'instituteur du village qui avait été son précepteur. Il était certain néanmoins, — car ici les témoignages étaient tout aussi unanimes, — que jamais Claude n'avait présente de signes ostensibles d'aliénation, et il était encore certain qu'il aidait et suppléait son père. Saron employait son fils à son huilerie, l'envoyait en tournée dans les villages chercher des colzas chez les habitants pour leur fabriquer leur huile, le chargeait de la leur apporter, et

d'en vendre aux autres. Dans ces tournées, c'était lui qui encaissait le prix des ventes et les rétributions pour la fabrication. De même pour la culture, c'était lui encore qui labourait et ensemençait.

Le caractère de Claude Saron était doux. Il était bon camarade, pas batailleur ; les témoins déclaraient tous ne pas connaître, avant les incendies, un seul acte de méchanceté à sa charge. Il n'avait pas de mauvais instincts ; toutefois, il aimait assez fréquenter les cabarets le dimanche et supportait mal les boissons.

— J'ai visité Claude Saron deux fois à la prison. Le prévenu était un jeune homme de dix-huit ans ; le crâne bien conformé, la physionomie pas désagréable. Très ému de ma visite, l'accusé ne tarda pas à pleurer dès que je l'interrogeai sur les incendies de Charrez ; son émotion et ses sanglots furent tels que j'avais grand-peine à obtenir de lui des réponses intelligibles. Il protesta vivement de son innocence, gémit d'avoir été arrêté pour un autre, accusa la gendarmerie de l'avoir odieusement trompé. A l'entendre, il se serait reconnu l'auteur du dernier incendie, confiant dans les promesses des gendarmes qu'un aveu seul pouvait lui rendre la liberté. Quant à la lettre qui l'avait dénoncé, il l'attribuait à une vengeance exercée par quelqu'un qu'il ne voulait pas nommer. Négations absolues et réitérées, telle était sa défense.

Une longue conversation me convainquit de l'exactitude de l'appréciation des gens de sa commune : l'intelligence était au-dessous de la moyenne, toutefois Claude Saron avait reçu une instruction primaire complète ; il paraissait très au courant de son métier d'huilier. Il se faisait une idée exacte de ses devoirs vis-à-vis de la société, aussi comprenait-il la portée morale et sociale des actes dont il était accusé. Je ne constatai chez lui aucun trouble intellectuel.

Huit jours après, à ma seconde visite, l'accusé toujours ému et pleurant, persista à nier. Il fut, cette fois, très affirmatif relativement à la lettre anonyme qui le dénonçait. Il l'attribua à son cousin Claudius, avec lequel, dit-il, il vivait en très mauvaise intelligence. Claudius, s'imaginant que les parents de Claude dépouillaient peu à peu leur grand'mère maternelle et attiraient de leur côté l'héritage, leur en voulait. Il aurait même frappé Claude en le menaçant de mort. L'accusé me

mit ainsi au courant des inimitiés qui divisaient les deux branches de la famille, des raisons qu'elles avaient de se détester et de se venger.

Sur ma demande, Claude Saron fut placé pendant deux mois à l'asile. Cette longue observation ne m'apprit rien de nouveau. L'accusé persista dans son système de négations et ne laissa percer ni hallucinations, ni trouble intellectuel, ni perversion instinctive. On aurait pu se croire en présence d'un homme raisonnable, innocent des crimes qu'on lui reprochait. J'ai pu toutefois m'assurer encore de l'infériorité intellectuelle de ce jeune homme. Il comprenait parfois difficilement ce qu'on lui disait et donna des preuves d'une grande crédulité.

On trouve dans cette affaire tous les caractères signalés par les auteurs comme symptomatiques de la monomanie incendiaire. Les incendies sont allumés au hasard, à la fortune de l'occasion; à la hâte, sans grande préméditation; dans des objets faciles à s'enflammer et n'exigeant que l'approche d'une allumette. Ne dirait-on pas qu'ils sont l'œuvre d'un malade, pris d'un besoin subit de voir des flammes et qui le satisfait le plus promptement possible dans les conditions les plus expéditives? Il n'y a pas jusqu'aux heures et aux jours mêmes des sinistres qui ne militent en faveur de la maladie; entre dix heures et minuit, les dimanches et jours de fête, c'est l'instant où plaisirs et boissons ont rendu l'esprit plus accessible à toutes les suggestions. Or, en fait, un très grand nombre de pyromanes ne cèdent à leur penchant maladif que sous l'influence de l'alcool, dans le premier degré de l'ivresse, dans cet état caractérisé par la surexcitation des instincts bons ou mauvais. La conduite de l'accusé est non moins significative. Incendiaire, il éteint les incendies qu'il a allumés; criminel l'instant d'avant, le voilà devenu bienfaisant tout comme un impulsif,

qui, son besoin morbide satisfait, éprouve un grand soulagement, revient à lui, regrette le mal et s'efforce de le réparer. Arrêté, après un premier aveu échappé à l'émotion, Claude Saron nie tout, refuse de donner le moindre détail sur ce qui s'est passé en lui; puis il ruse, se pose en victime d'une dénonciation calomnieuse, nouvelle ressemblance avec le pyromane qui, de tous les impulsifs est le moins franc, le plus enclin à dissimuler quand les soupçons se portent sur lui. Si nous considérons le coupable en lui-même, nous trouvons encore d'autres similitudes : il a dix-huit ans, l'âge de la pyromanie; il a le caractère sombre et peu communicatif, ordinaire à l'impulsif au feu; bien plus, il a la réputation d'être faible d'esprit, et par sa mère il est héréditaire vésanique!

Eh bien! toutes ces apparences sont trompeuses, Claude Saron n'est pas un pyromane, il n'a pas agi sous le coup d'une impulsion irrésistible, mais dans un but parfaitement déterminé. En effet, brouillé avec Claudius pour des affaires d'intérêt, cause ordinaire des haines entre paysans, menacé et battu par lui, désireux de se venger, mais trop faible pour attaquer de front, Claude Saron met le feu une première fois; puis, trois jours après, quand tous s'interrogent et recherchent le coupable, il écrit une lettre compromettante qu'il signe du nom abhorré, puis la jette dans une cour où elle sera certainement ramassée. Le village s'émeut; une enquête s'ouvre sur cette lettre qui fait soupçonner un innocent; lui, profitant de cette émotion, de ces soupçons, met de nouveau le feu pour les entretenir comme il les a créés. Son but est atteint, ils redoublent d'intensité. Il cause alors de son cousin,

le représente comme un homme capable d'incendier. Je le demande, où trouver maintenant place pour l'impulsion? Tous les actes n'ont-ils pas une explication rationnelle en dehors d'elle? Le mobile qui a armé la main de Claude n'est-il pas un mobile passionnel d'ordre physiologique, mobile calculé de haine et de vengeance?

Pourtant il m'a été impossible d'avoir la preuve clinique directe que Saron n'était pas un impulsif au feu. Malgré une observation continue de plusieurs mois, en dépit de mes insistances, l'accusé ne s'est jamais trahi, a persisté dans son système de dénégations et je n'ai pas pu obtenir de lui l'aveu de ce qu'il éprouvait au moment des crimes. J'ai été plus heureux dans les deux cas suivants.

La pyromanie écartée, je dus rechercher si les crimes du prévenu ne se justifiaient pas par la perversion morale, l'irritabilité émotive ou l'affaiblissement intellectuel. Les deux premières affections mentales étaient exclues aussi bien par les renseignements de l'instruction que par l'examen direct; restait l'affaiblissement intellectuel. Mettre six fois le feu dans le but d'incriminer un cousin germain avec lequel on a des démêlés ne peut guère être que l'œuvre d'un faible d'esprit; or nous savons que, dans sa commune, Claude Saron passe pour tel. Mais quel était le degré de cette faiblesse d'esprit. Était-elle telle que le prévenu incapable d'apprécier la portée morale et sociale des crimes commis, devait être déclaré irresponsable? Je ne le vois pas. D'abord tout l'examen direct prouvait le contraire; ensuite, il me paraissait irrationnel de déclarer imbécile irresponsable un jeune homme

qui avait reçu une instruction primaire complète, qui suppléait et remplaçait son père soit comme huilier, soit comme cultivateur.

Toutefois, vu sa faiblesse d'esprit, vu l'hérédité maternelle qui pesait sur lui, j'ai demandé et obtenu des circonstances atténuantes. Claude Saron n'a été condamné qu'à cinq ans de travaux forcés.

OBSERVATION II. — *Quatre incendies. — Accusé d'une intelligence bornée. — Hérité possible, mais non certaine. — Deux incendies allumés par vengeance, en partie non fondée; deux pour avoir des occasions de boire. — Principaux caractères extrinsèques de la pyromanie. — Allégation fautive d'une incontinence nocturne et diurne d'urine avec morsures de la langue et inconscience de certains actes. — Responsabilité. — Condamnation à douze ans de travaux forcés.*

En 1883, quatre incendies éclatèrent à Binges, petite commune de 500 âmes. Tous les quatre avaient été allumés un dimanche soir et avaient pris dans de la paille ou des tas de tisses. Berger, domestique, que des paroles imprudentes signalèrent à la justice, fut arrêté. Sur les instances du magistrat instructeur, après bien des hésitations et des réticences, il se reconnut coupable et raconta toutes les circonstances des crimes qu'il avait prémédités et exécutés avec tant d'adresse, que, sans ses conversations compromettantes, on ne l'aurait jamais soupçonné. D'après ses aveux, Berger, par les deux premiers incendies, avait voulu brûler une maison, sa propre propriété, dont il accusait à tort le notaire de la commune de l'avoir dépossédé; il désirait aussi, par ce moyen, se venger de ce notaire qui avait opéré une saisie sur ses appointements. Les deux autres fois, l'accusé, très adonné à la boisson, avait incendié au hasard pour avoir des occasions de boire, ayant remarqué, lors des premiers sinistres, la libéralité de la municipalité.

Ainsi le prévenu reconnaissait lui-même que deux mobiles l'avaient poussé : la vengeance et l'ivrognerie. En effet, au dire de tous, Berger était un ivrogne, avide de toutes les occasions de boire. De nombreux témoignages établissaient en

autre que, durant les incendies, l'accusé ne travaillait pas, et se bornait à procurer aux pompiers des rafraîchissements auxquels il prenait une large part. Enfin, à diverses reprises, après les deux premiers sinistres, on avait entendu le prévenu dire : « Je voudrais bien que le feu prenne de nouveau pour boire de bons coups ».

Les renseignements, recueillis par l'instruction sur les antécédents de Berger, établissaient que sa haine contre le notaire était en partie fondée. Après avoir reçu une instruction primaire complète, il travailla chez ses parents, qui étaient petits propriétaires. Il se maria à vingt-neuf ans, mais deux ans après, sa femme le quitta à cause de sa belle-mère. Berger, loin de s'opposer à ce départ, ne s'occupa jamais ni de son épouse, ni de ses deux enfants. Après cette séparation, l'accusé qui, de tout temps, avait été paresseux et porté à boire, le devint de plus en plus. Les affaires ne prospérèrent pas ; obligé d'hypothéquer le peu qu'il possédait, il emprunta 500 fr. au notaire de la commune. En 1878, pour gagner un peu d'argent, il sollicita le poste de facteur rural, et l'obtint ; mais ses nouvelles fonctions développèrent, plus encore que par le passé, ses habitudes d'ivrognerie et ses affaires ne se relevèrent point. Le notaire saisit alors ses appointements et loua les biens sur lesquels il avait hypothèque. Cette mesure mit le comble à l'exaspération de Berger qui, peu au courant des affaires, vit dans cette location à un tiers la preuve d'une expropriation. L'accusé ne dissimula plus dès lors ses sentiments de haine et de vengeance ; souvent on l'entendit murmurer qu'il mettrait le feu à sa maison, et que ceux qui l'avaient n'en profiteraient pas.

Une circonstance fâcheuse était venue, d'ailleurs, ajouter encore à l'amertume de sa situation. A la fin de janvier 1883, il fut révoqué de son emploi de facteur pour négligence dans son service. Il dut, pour vivre, se mettre en condition. Il devint ainsi domestique dans la commune même où il avait été propriétaire. Alors sa haine devint plus violente, d'autant plus que souvent on lui reprochait sa ruine, on l'accusait d'avoir été victime de ses vices, de son ivrognerie et de sa paresse. Il s'adonna, plus encore que par le passé, aux alcools.

Berger eut toutefois comme domestique un service excellent, tandis que facteur, il s'était montré très indélicat. Déjà, à cette époque, pour se procurer les moyens de boire, il s'ac-

quittait mal des commissions, détournant l'argent ou les objets confiés; une fois même il fit un faux.

Au point de vue des facultés intellectuelles, Berger avait la réputation d'un esprit borné; telle fut aussi l'opinion qu'il laissa de lui dans l'administration des postes; mais tous ceux qui l'ont connu affirmaient que jamais il n'avait donné aucun signe d'aliénation mentale.

Le prévenu, dans ses longs et nombreux entretiens avec moi, m'a donné sur ses crimes trois explications différentes. Il a commencé par me dire: « C'est une idée qui me passait par la tête ». Je lui ai alors demandé d'entrer dans les détails, de me raconter ses sensations quand cette idée s'emparait de lui, puis enchainait sa volonté. Berger me répondit qu'il n'éprouvait rien à ces deux moments; mais que, le feu mis, de peur d'être vu, il tremblait de frayeur. Ebranlé par mon incrédulité, l'accusé m'avoua peu après les mobiles de ses crimes, tels qu'il les avait exposés au juge d'instruction. Il me raconta que ses sentiments de vengeance haineuse acquéraient plus d'empire sous l'influence de l'excitation alcoolique et aussi que, après un léger excès, il éprouvait un besoin de boire davantage, d'avoir *plein son soûl*, selon son expression, et alors il cédait à ses rancunes et à sa soif. Enfin, habile à profiter de mes questions, il insinua par la suite que s'il avait mis le feu par vengeance et par désir de boire, c'était aussi et surtout pour le plaisir de voir des flammes et les gens accourir au secours.

Un examen minutieux et prolongé ne me permit de constater chez lui ni hallucinations, ni conceptions délirantes, ni perversion morale. Berger me parut un homme rusé, doué de l'intelligence ordinaire des gens de la campagne.

Je le questionnai sur ses antécédents personnels et ceux de sa famille. Berger me dépeint sa mère comme une femme extrêmement nerveuse, qui, à la moindre contrariété, entrait en état de surexcitation, et était contrainte de garder le lit des mois entiers. Il ajouta qu'une demoiselle Lapos..., sa cousine germaine, dont le père fut grand buveur, était morte aliénée à l'asile de Dijon. En ce qui le concernait, d'après son récit, il n'avait jamais été malade; vers l'âge de douze ans, il avait seulement eu de grands maux de tête; mais il insista beaucoup sur une infirmité qui le tourmentait depuis son enfance; il avait, disait-il, une incontinence d'urine nocturne

et diurne. A l'entendre, il lui arrivait, même la journée, d'uriner dans son pantalon sans s'en apercevoir : « Je sens ma chemise mouillée, et alors je vois que j'ai pissé dedans ». Pareil accident lui arrivait pour le moins une ou deux fois par mois. Toutefois, depuis son arrestation, rien de tel ne s'était produit. Sur mes questions, il me fournit les renseignements suivants : Il n'avait jamais eu ni vertiges, ni étourdissements, mais parfois il se trouvait le matin avec la langue mordue ; il était obligé de se lever cinq ou six fois la nuit pour uriner ; bien plus, il laissait quelquefois tomber les objets qu'il tenait à la main sans s'en douter, et il se souvenait parfaitement, dit-il, qu'un jour, cette chute inconsciente des objets avait coïncidé avec une incontinence d'urine tout aussi inconsciente. Enfin, en 1871, il aurait été réformé sur un certificat du D^r W..., constatant sa malheureuse infirmité. Je pourrais, d'ailleurs, m'ajouta-t-il, me renseigner soit auprès de sa femme qui, pendant deux ans, avait partagé son lit et lavé son linge, soit auprès de M. le docteur Adam, qui avait soigné sa mère.

En présence de ces graves renseignements, je priai le magistrat instructeur de prescrire immédiatement une enquête et de me mettre en relation avec la femme de l'accusé. Le démenti le plus formel a été donné aux allégations de Berger. Le docteur Adam a déclaré qu'il était depuis vingt-trois ans le médecin de la famille, et qu'il n'avait jamais constaté chez les divers membres rien qui eût trait à une faiblesse d'esprit ou à une tendance à l'aliénation mentale. Comme militaire, Berger, lors du tirage au sort et en 1871, avait été dispensé à titre de soutien de famille et n'avait jamais été réformé, à preuve que, depuis la mort de ses parents, il avait accompli une période de vingt-huit jours en 1875, et une autre période de treize jours en 1878. En ce qui concerne les absences durant lesquelles il laissait tomber inconsciemment les objets, de tous ceux qui l'avaient connu et fréquenté, personne ne s'en était aperçu. Quant à l'incontinence nocturne, un domestique qui couchait avec Berger a déclaré qu'en *un an*, il avait uriné *une fois* au lit la nuit, par suite d'ivresse ; l'incontinence diurne a été énergiquement niée par tout le monde. Toutefois il était vrai qu'une demoiselle Lapos..., morte aliénée, était sa cousine germaine, et qu'en 1871, le docteur W... lui avait délivré un certificat établissant l'existence, de-

puis son enfance, d'une incontinence nocturne et parfois diurne.

J'ai interrogé moi-même M^{me} Berger. Elle a démenti en tous points le récit de son mari, témoignage qui ne pouvait laisser aucun doute, puisque, pendant deux ans, cette femme avait cohabité avec lui. Malgré les répugnances de M^{me} Berger, j'obtins d'elle une confrontation avec le prévenu. L'accusé, qui n'avait pas vu sa femme depuis plusieurs années, se troubla en sa présence. Quand il entendit ses démentis énergiques, il perdit contenance et avoua tout. Réellement atteint, jusqu'à l'âge de seize ou dix-sept ans, d'une incontinence d'urine, depuis une vingtaine d'années il était guéri de cette infirmité. En 1871, il était marguillier; le curé de Binges, d'accord avec sa mère, avait écrit au docteur W... pour lui demander un certificat d'exemption de service militaire, en lui affirmant la persistance de l'incontinence. Le docteur W... s'en était rapporté au témoignage du curé et avait certifié. Convaincu que ce certificat avait surtout contribué à l'exonérer en 1871 du service militaire, Berger avait eu l'idée d'utiliser, pour se soustraire à la cour d'assises, ce moyen qui, dans sa croyance, lui avait si bien réussi une première fois. Quant aux absences dont il avait parlé, aux morsures de la langue et à la chute des objets, il avait saisi, dit-il, l'importance de certaines de nos questions et s'en était servi.

Ici encore, on retrouve, sinon tous du moins un grand nombre des caractères extrinsèques de la pyromanie. Comme les pyromanes, Berger a la réputation d'être faible d'esprit; il incendie des objets faciles à s'enflammer, tels que paille et tisses; il met le feu deux fois chez des gens auxquels il ne veut aucun mal, et, détail caractéristique, deux fois, dans sa propre maison; il opère toujours le dimanche soir à la sortie du cabaret; si, paresseux, il ne contribue guère à restreindre le mal qu'il a fait, il court du moins au feu avec les autres.

Il n'est pas certain qu'il soit héréditaire vésanique.

A cet égard les renseignements sont incomplets. Le docteur Adam, qui connaît les Berger depuis vingt ans, n'a vu parmi eux, il est vrai, ni aliéné ni faible d'esprit mais la famille maternelle est originaire de Metz et je n'ai pu me renseigner sur elle. D'un autre côté, une cousine germaine aliénée est morte à l'asile ; le père de cette malade buvait, c'est encore vrai, mais je n'ai pu davantage connaître si les excès avaient été antérieurs ou postérieurs à la naissance de sa fille. La question d'hérédité reste donc douteuse. Quoi qu'il en soit sur ce point, d'autres caractères principaux de la pyromanie se retrouvent dans cette affaire.

La dissimulation profonde de Saron ne m'avait pas permis de mettre à nu ses sentiments et ses sensations au moment des crimes ; la franchise de Berger sur ce point l'a permis. On a vu plus haut qu'il résulte de ses aveux mêmes qu'il n'éprouvait rien autre que le désir de se venger ou de boire. Par la suite, il a sans doute essayé d'utiliser nos questions, mais seul son premier récit est sincère. On a donc la confirmation directe de la doctrine que je défends, et à moins de considérer, contrairement aux données de la science actuelle, l'impulsion comme une idée isolée, née à l'improviste dans un organisme sain, n'amenant aucune réaction et susceptible d'être mise au service de la passion, on est forcé de reconnaître que Berger n'était pas impulsif. Cette affirmation directe, nous l'aurons encore dans l'observation suivante.

Berger n'avait pas cédé davantage à une irritabilité émotive ou à une perversion morale. En effet, il n'a jamais obéi à l'entraînement irréflecti du moment. Ses ruses, ses calculs, et ses temporisations en sont les

preuves; et s'il a commis comme facteur des actes indéliçats, la cause est non une folie morale, mais la passion de boire. Son affaiblissement intellectuel était-il tel qu'il devenait irresponsable de ses actes?

En acceptant même comme fondée la réputation d'intelligence bornée dont jouissait cet homme soit dans sa commune, soit dans l'administration des postes, il était difficile de conclure à son irresponsabilité. En effet, dans le temps où il commettait ses crimes, il remplissait, à la satisfaction de ses maîtres, les fonctions de domestique, il avait reçu, en outre, une instruction primaire complète et il avait été longtemps facteur.

Mais je crois que ce que beaucoup ont pris chez Berger pour de la simplicité d'esprit n'était qu'une certaine obtusion intellectuelle amenée par ses excès de boissons. Le D^r Adam, qui a vu grandir l'accusé, a déclaré qu'il n'avait jamais constaté chez lui d'affaiblissement intellectuel, et à la prison, privé depuis deux mois de tout alcool, il 'avait été avec moi plein de ruse et d'intelligence.

La futilité des mobiles auxquels il avait obéi ne prouvait pas non plus son irresponsabilité. Peu au courant des affaires, ainsi que la plupart des gens de la campagne qui ne sont pas pour cela des imbéciles irresponsables, il avait cru, sans doute à tort, que le notaire de la commune l'avait exproprié, mais il avait contre cet officier ministériel un motif réel de vengeance : la saisie de ses appointements qui avait été pénible à son cœur d'ivrogne et s'il s'est trompé en incendiant deux fois sa propre maison qu'il ne croyait plus à lui, c'est bien sciemment qu'il a voulu nuire au notaire. Quand il mit le feu les deux autres fois pour se pro-

curer des occasions de boire, il agissait par passion de l'ivrognerie non par imbécillité. Il a d'ailleurs fort bien expliqué ce qui se passait alors en lui, en disant que, quand il avait fait un léger excès, il éprouvait le *besoin d'avoir plein son sabul*. Tous les buveurs en sont là. Ce n'était pas la maladie qui l'aiguillonnait, car il n'était certes pas dipsomane, mais ivrogne.

Le jury a été relativement indulgent pour Berger : il a écarté toutes les questions entraînant la peine de mort et a admis des circonstances atténuantes. La cour l'a condamné à douze ans de travaux forcés.

OBSERVATION III. — *Sept incendies. — Accusée atteinte d'imbécillité avec perversion morale et instinctive. — Mobiles des crimes : Méchanceté et vengeance généralisées contre tous les habitants de la commune. — Tous les caractères extrinsèques de la pyromanie chez la femme. — Irresponsabilité. — Ordonnance de non-lieu.*

Cette observation sera courte. L'irresponsabilité de celle qui en est l'objet est si évidente que je n'aurai point besoin, comme dans les deux précédentes, d'entrer dans de minutieux détails et de me livrer à une longue discussion médico-légale. Les faits, brièvement exposés, parleront d'eux-mêmes.

En 1876, une petite commune de l'Eure, fut, en quelques mois, ravagée par huit incendies. Le feu prenait de préférence le soir et toujours dans des toits de chaume ou des tas de paille. Dès le troisième sinistre, on soupçonna, bien que sans preuve aucune, une fillette de quatorze ans d'en être l'auteur. Mais, malgré la surveillance établie et les précautions prises, les incendies continuèrent sans qu'on pût établir sa culpabilité. Elle était d'ailleurs toujours empressée à porter secours.

Cette fillette, Thérèse X..., avait été de tout temps le fléau du village. Héritaire vésanique par sa mère et par son père qui appartenaient l'un et l'autre à des familles d'aliénés, elle était imbécile et douée des plus mauvais instincts. Elle n'avait jamais pu apprendre à lire, pas même un métier ; tout au plus était-elle propre à quelques travaux grossiers de

ménage ou des champs; mais, en revanche, pour faire le mal, elle était douée d'une ruse et d'une méchanceté diaboliques. Rien n'avait pu modifier son naturel cruel et pervers; les punitions les plus sévères et les plus douloureuses amenaient des promesses, jamais d'amélioration. Elle avait le physique d'une héréditaire dégénérée: la taille était petite, le crâne étroit, la physionomie bestiale, la voûte palatine en ogive, les cheveux s'implantaient très bas sur un front court. Réglée depuis un an, sa perversion morale et instinctive s'en était accrue ainsi que ses habitudes, déjà anciennes, d'onanisme et de lubricité.

Elle fut enfin surprise par sa mère, un soir, qu'elle mettait le feu dans sa propre demeure. La pauvre enfant reçut pour la dernière fois une de ces formidables corrections que, sans succès, on ne lui ménageait pas depuis son enfance, et sous le fouet, confiante dans la promesse que la punition serait adoucie, elle avoua tout. Elle n'était pour rien dans le premier incendie, c'est celui-là, au contraire, dont l'auteur était resté inconnu, qui lui avait donné l'idée d'en allumer d'autres en lui indiquant le moyen d'être nuisible sans être découverte. Avec une ruse et une habileté incroyables, elle était parvenue à tromper la surveillance et avait mis sept fois le feu pour se venger de sa famille et des habitants du village qui, sans affection ni sympathie pour elle, lui infligeaient de mauvais traitements ou la poursuivaient de quolibets.

Placée en observation à l'asile par le parquet, j'eus tout le loisir de l'interroger et de l'observer. On trouvait dans son affaire tous les caractères extrinsèques de la pyromanie chez la femme: Thérèse était doublement héréditaire vésanique, le développement incomplet de son intellect n'était point douteux; elle était à l'époque critique de la puberté; elle incendiait un peu tout le monde, même sa propre demeure et contribuait à restreindre le mal; elle mettait le feu dès qu'une occasion propice se présentait et dans des objets faciles à s'enflammer qui se trouvaient à portée de sa main. Or, j'ai en vain recherché chez elle la symptomatologie et l'évolution de l'impulsion irrésistible. Elle rendait un compte exact du but poursuivi et expliquait fort bien qu'elle portait secours pour ne pas être soupçonnée; elle agissait uniquement pour faire le mal et se venger. Bien que l'intelligence de cette fillette fût très peu développée, elle n'aurait pas manqué, me semble-t-il, de

fournir certains indices qui auraient mis sur la voie de l'impulsion, tels que les maux de tête, l'angoisse et surtout la satisfaction éprouvée avec l'accomplissement du crime ou la joie ressentie à la vue des flammes. Même en l'interrogeant directement sur ces points, on n'obtenait que des réponses négatives; elle ne comprenait pas ce que signifiaient ces demandes et en revenait toujours à ces deux mobiles.

La pyromanie se trouvant ainsi écartée, j'étudiai Thérèse X... au point de vue de son développement intellectuel et de ses sentiments moraux. Dans son village, cette fillette était réputée absolument imbécile; elle n'avait pu apprendre à lire ni se plier à un métier. Je me convainquis que ce résultat n'était pas dû à la paresse mais à l'état psychique de l'enfant. Etrangère, pour ainsi dire, à toute notion morale du bien et du mal, incapable de comprendre les devoirs vis-à-vis de la société et des autres, la vie, pour Thérèse, se réduisait à deux choses : se procurer du plaisir à soi-même et faire du mal aux autres. Sa méchanceté dépassait toute imagination; elle ne perdait pas une occasion d'être nuisible, et je donnerai une idée de sa froide cruauté en racontant que, se trouvant seule un jour à l'infirmerie avec une malade âgée et infirme, elle avait éprouvé une grande joie de lui enfoncer un mouchoir dans la bouche et de la voir s'asphyxier; sans l'arrivée d'une infirmière, un malheur en serait résulté.

L'irresponsabilité de Thérèse ne parut douteuse à personne. Si elle n'était pas pyromane, elle était douée d'un développement intellectuel si borné et tourmentée d'une telle perversion morale qu'il n'était pas possible de la rendre responsable de ses actes. Tel fut aussi l'avis du parquet; une ordonnance de non-lieu fut rendue, et la jeune fille fut maintenue à l'asile.

Des considérations et des observations qui précèdent je conclurai :

I. Les incendies multiples allumés par une même main présentent d'ordinaire les caractères suivants : ils sont l'œuvre de gens de la campagne, d'héréditaires

vésaniques, frappés d'un développement incomplet de l'intellect, à la période de la puberté, rusés et menteurs, empressés à courir au feu avec les autres; ces incendies sont allumés au hasard de l'occasion, dans des objets faciles à s'enflammer, et quand les auteurs sont du sexe masculin, ils éclatent de préférence le dimanche soir à la sortie du cabaret.

II. Malgré tous ces caractères communs, ces incendiaires se divisent en deux groupes parfaitement distincts : ceux qui ont agi sans mobile et ceux qui ont agi sous l'influence d'un mobile plus ou moins futile.

III. Ceux qui ont agi sans mobile ont cédé à une impulsion irrésistible au feu et sont des pyromanes irresponsables dans tous les cas. Quand ils entrent dans la voie des aveux, on retrouve toujours chez eux la symptomatologie et l'évolution spéciale de la folie impulsive.

IV. Ceux qui ont agi sous l'influence d'un mobile, quelque futile qu'il soit, ne sont jamais des pyromanes; car il est impossible, dans aucun cas, de retrouver chez eux la symptomatologie ainsi que l'évolution spéciale de la folie impulsive et que, d'un autre côté, une impulsion irrésistible ne saurait être mise au service d'une passion.

V. Ces incendiaires à mobile plus ou moins futile n'ont pu céder qu'à l'affaiblissement intellectuel allié ou non à la perversion morale et à l'irritabilité émotive.

VI. Ils ne sont pas irresponsables dans tous les cas, car l'affaiblissement intellectuel, la perversion morale et l'irritabilité émotive se présentent à des degrés divers

qui laissent plus ou moins intacte la saine appréciation des actes.

VII. Ainsi, tandis que les incendies multiples, sans mobile, sont toujours l'œuvre de pyromanes irresponsables, les héréditaires vésaniques, frappés d'un développement intellectuel incomplet qui, à la période de la puberté, ont allumé des incendies multiples sous l'influence d'un mobile futile, devront être scrupuleusement examinés au point de vue des facultés intellectuelles, morales et émotives, et seront, selon les cas, déclarés responsables ou irresponsables.

CLINIQUE MENTALE

DES FAMILLES D'IDIOTS¹;

Par BOURNEVILLE et SÉGLAS.

Pour terminer ce travail, nous avons encore à parler de deux familles ayant produit plusieurs enfants idiots ou imbéciles.

IV. FAMILLE HORN...

Père alcoolique (?) — Mère débauchée, enfant naturelle (?), — Grand-mère paternelle irritable, débauchée (?), voleuse, — Un frère et une sœur imbéciles ; deux frères idiots ; deux frères et une sœur morts de convulsions en bas âge.

Antécédents héréditaires. (Renseignements fournis par la grand-mère maternelle, le père et la mère). — Père : trente-sept ans, assez

¹ Voir tome X, page 186.

grand, atteint depuis quatre ans d'une bronchite chronique; caractère doux; n'est pas du tout nerveux; n'a jamais fait d'excès de boisson, au dire de sa femme, tandis que sa belle-mère prétend qu'il buvait beaucoup d'*absinthe*, s'enivrait souvent et ne commençait quelquefois sa semaine que le mercredi. Il était d'ailleurs bon ouvrier et vivait tranquillement avec sa femme. Pas d'autres maladies que sa bronchite¹. [*Père*, cantinier, mort à soixante-dix-sept ans d'un asthme, n'avait jamais eu de maladies nerveuses, n'a fait d'excès d'aucune sorte. — *Mère*, ménagère, n'a jamais été nerveuse, est morte d'un mal de jambe. — *Deux frères*, qui étaient bien portants et ont eu des enfants bien portants, sont morts, l'un du choléra en 1866, l'autre tué en 1874². — *Deux sœurs*, dont l'une est morte en couches; leurs enfants sont bien portants. Il n'y a dans la famille ni épileptiques, ni aliénés, ni difformes, ni suicidés, ni criminels.]

Mère, trente-sept ans, blanchisseuse, intelligente, est sujette depuis son enfance à des *douleurs de tête* qui reviennent une quinzaine de fois par an. Elle est très vive, mais n'a pas d'attaques de nerfs; elle n'a jamais fait d'excès de boisson. (Sa mère raconte que sa fille, à partir de quatorze ans, s'est livrée aux hommes et à la débauche, tandis que la fille accuse sa mère de l'avoir *prostituée* à l'âge de quatorze ans et demi; elle cite même le nom de l'homme qui l'a possédée par suite de ce marché qui a valu à sa mère deux ans de prison. Celle-ci ne nie pas les deux ans de prison, mais prétend avoir été fausement dénoncée et injustement condamnée). Quoi qu'il en soit, elle a eu, avant son mariage, à l'âge de vingt ans, un enfant actuellement à Bicêtre, qu'elle nomma Desob..., du nom de l'amant avec lequel elle aurait vécu quatre ans. Puis, l'année suivante, elle est accouchée à l'Hôtel-Dieu d'un enfant du même père et qui est mort-né. Ensuite elle a eu, d'un autre, un 3^e enfant dont elle est accouchée à l'hôpital Saint-Antoine, et qui est morte à trois mois. Après cette troisième couche, elle a mené une vie plus régulière et a connu son mari, avec lequel elle s'est mariée deux jours avant d'accoucher de Horn... Constant. On pense que depuis son mariage elle est restée tranquille, mais, depuis la mort du mari (déc. 1881), elle fréquenterait, au dire de sa mère, de malhonnêtes gens (hommes et femmes), ce qui aurait amené une brouille entre elles³. [*Père*, do-

¹ Il est mort en 1884 de sa bronchite tuberculeuse.

² Il paraît que, étant enfant, il était arriéré; un jour, il est parti de chez ses parents, et on ne l'a retrouvé qu'au bout de quinze jours; il n'a jamais pu apprendre de métier; il ne bégayait pas, mais parlait très vite, et parfois on avait de la peine à le comprendre.

³ La tenue de cette femme est celle d'une ouvrière soigneuse et propre. On pense qu'elle a encore un amant (septembre 1885).

mestique, mort à vingt-sept ans de la variole, six mois avant la naissance de sa fille qui est une enfant naturelle. — *Mère*, bien portante, sans accidents nerveux, change souvent de profession. Elle assure n'avoir eu qu'une enfant (la mère de nos malades), et n'avoir pas connu d'autre homme que le père de sa fille : cette dernière l'accuse au contraire d'avoir eu plusieurs amants et de l'avoir prostituée elle-même, comme nous l'avons vu plus haut. Elle dit que sa mère, outre les deux ans de prison que ce fait lui valut, a encore été condamnée une fois pour vol ; elle assure aussi qu'elle *buvait et boit* encore. Depuis l'entrée des enfants à Bicêtre, la grand-mère est souvent venue les voir ; sa tenue est convenable ; on n'a pas constaté d'indice d'ivrognerie. — Pas de névropathes dans la famille, etc.]

Pas de consanguinité, ni avec Des..., ni avec Horn...

Depuis son mariage, M^{me} Horn... a eu *sept enfants*, ce qui fait en somme dix enfants : 1^o un garçon, Des... (Obs. V) ; — 2^o fausse couche de sept mois ; — 3^o fille morte à sept mois de *convulsions* ; — 4^o Horni... Constant (Obs. VI) ; — 5^o un garçon mort de *convulsions* à treize mois ; — 6^o fausse couche de trois mois ; — 7^o Horn..., Stéphane (Obs. VII) ; — 8^o une fille âgée de douze ans en 1884, bien portante, d'un caractère doux mais *peu intelligente*, et qui a eu des *convulsions* à cinq ou six mois, à plusieurs reprises¹ ; — 9^o une fille, neuf ans en 1884, bien portante, un peu chétive, est gentille, avenante et intelligente ; elle n'a jamais eu de *convulsions* ; — 10^o un garçon, mort à cinq mois, d'une *méningite*, avec des *convulsions*.

OBSERVATION V. — IMBÉCILLITÉ ; PERVERSION DES INSTINCTS.

Antécédents personnels. — Arrêt de développement ; premières *convulsions* dans la première année ; secondes *convulsions* vers deux ans. — Marche à deux ans et demi ; parole à trois ans. — Mauvais instincts. — Accès de colère. — Premier placement à Bicêtre, en 1870 ; transfert à l'asile de Saint-Alban, en août 1870. — Placement à la colonie de Vaucluse, en 1877 ; transfert à Bicêtre en 1881. — Incontinence nocturne d'urine. — Traitement ; école, gymnastique : amélioration considérable.

Desob... (Eugène-Victor), né à Paris, le 4 septembre 1865, est entré à Bicêtre le 21 septembre 1884 (service de M. BOURNEVILLE). Cet enfant est entré une première fois le 12 juin 1870 ; il a été

¹ Elle est depuis deux ans à l'hôpital de Forges-les-Bains pour une tumeur blanche du genou droit.

transféré le 31 août à l'asile de Saint-Alban, puis à Vaucluse, le 23 juillet 1877; il a été envoyé de la colonie de Vaucluse à Bicêtre, le 20 septembre 1884, parce qu'il est atteint d'*incontinence nocturne d'urine*. Les notes prises sur lui pendant son premier séjour ne donnent que des renseignements très incomplets.

Antécédents personnels. (Renseignements fournis par la mère de l'enfant, 27 février 1882.) — Le père de Desob... se portait bien jusqu'au mariage de sa maîtresse avec Hornick; il n'avait pas d'accidents nerveux, ne buvait pas; il était intelligent, d'un caractère calme. [Pas de névropathes dans sa famille.]

Grossesse bonne, sans accidents, pas d'alcoolisme, etc.¹. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. Pas d'asphyxie à la naissance. — L'enfant a été élevé en nourrice, au sein jusqu'à un an, puis ramené à Paris et placé en garde; il n'a marché qu'à deux ans et demi, et n'a guère parlé distinctement qu'à l'âge de trois ans. A cette époque, on l'a repris et on s'est aperçu qu'il avait des habitudes d'*onanisme*. Son père nourricier avait déjà signalé ce fait: il a continué à se toucher; quand on lui avait attaché les mains, il « travaillait de son corps » et on avait désespéré de pouvoir l'en empêcher. Amaigrissement progressif.

Pendant le temps qu'il a passé chez ses parents, il mangeait beaucoup, dormait mal et criait parfois la nuit; il a eu presque continuellement la diarrhée, mais jamais de vomissements. Il était jaloux des autres enfants, et passait ses journées seul, sans jouer, soit assis, soit marchant dans la chambre. Il était méchant, voulait tuer les serins de sa mère, son frère Horni...; il faisait des niches aux locataires. Un jour, il inonda la maison en ouvrant un robinet d'eau au sixième étage. Un médecin qui l'a examiné alors a déclaré qu'il tournait à « l'idiotisme ». Il était sujet à des accès de colère, surtout quand on le contrariait.

Il aurait eu, pour la première fois, en nourrice, des convulsions très fortes; puis une seconde fois, de un à trois ans, lorsqu'il était en garde. — Croûtes dans les cheveux à un an; pas de glandes, de dartres, d'ophtalmies, ni d'otites.

1881. Septembre. Poids : 30 kil. 30. Taille : 1 m. 34.

1882. Juin. Poids : 33 kil. 30. Taille : 1 m. 38.

1883. Juin. Poids : 36 kil. Taille : 1 m. 42.

1884. Janvier. Poids : 40 kil. 40. Taille : 1 m. 46.

— Juin. Poids : 41 kil. 30. Taille : 1 m. 50.

1885. Janvier. Poids : 46 kil. 50. Taille : 1 m. 52.

— Juin. Poids : 45 kil. 70. Taille : 1 kil. 52.

Rien de particulier lors de la conception.

1884. 44 mai. *Etat actuel.* Tête ronde, assez volumineuse et régulière.

	Mal 1884.	Oct. 1885
Circonférence au niveau de l'attache des oreilles.	55 c.	55,5
De la racine du nez à la protubérance occipitale externe!	35 —	36
D'une oreille à l'autre	31 —	31,5
Diamètre antéro-postérieur (Compas Budin).	17,5 —	18,5
Diamètre bi-pariétal	13,7 —	15,2
Diamètre bi-temporal	12,6 —	12,6

Bosses frontales, peu saillantes, égales; bosses pariétales assez marquées, surtout la droite; au niveau du vertex, on peut constater l'existence d'un méplat de deux centimètres carrés environ, oblique de haut en bas et d'avant en arrière; au bas de ce méplat on trouve une légère saillie correspondant à l'angle supérieur de l'occipital. Cet os est lui-même assez saillant sur la ligne médiane; les bosses occipitales sont à peine accentuées et égales.

La *figure* est ovale, régulière et symétrique. Le *front* est bas, assez large; il n'y a pas de dépressions latérales; les arcades sourcilières sont à peine marquées. Tout l'os frontal est légèrement porté en avant, surtout à sa partie supérieure, de telle sorte que, vu de profil, il est presque vertical. Le *nez* petit, écrasé, déprimé à la racine, est élargi au niveau des narines. Les *yeux* sont assez grands, l'iris bleu, les pupilles égales, contractiles, normalement dilatées, les paupières saines; il n'y a pas de strabisme. La face paraît symétrique; le maxillaire supérieur est légèrement saillant en avant sur la ligne médiane. La *bouche* est large, les lèvres de moyenne grosseur. La *mâchoire supérieure* est régulière, symétrique et porte quatorze dents saines; l'incisive latérale droite est en rétroversion; la *mâchoire inférieure*, également régulière et symétrique, porte quatorze dents saines et bien rangées. L'articulation est normale quant aux rapports des mâchoires; l'incisive latérale droite supérieure s'entrecroise avec la dent inférieure correspondante. La *voûte palatine* est symétrique, assez large, mais très profonde, presque ogivale; le pharynx est régulier et symétrique. *Menton* rond. *Oreilles* moyennes, écartées de la tête, bien ourlées; lobule adhérent.

Cou normal. Le *rachis* présente une double concavité, la supérieure dorsale tournée à droite, l'inférieure lombaire tournée à gauche. Le *thorax*, très fortement musclé, ne présente rien de particulier. L'*abdomen* n'est pas saillant, l'estomac n'est pas dilaté, le *foie* et la *rate* ne sont pas hypertrophiés.

Les *membres supérieurs* sont bien musclés, réguliers; les doigts sont longs, sans vice de conformation. Les *membres inférieurs*, bien

musclés, présentent une très légère concavité de la face interne des tibias; la voûte plantaire est peu accentuée, les doigts longs et normaux. La coloration des extrémités des quatre membres n'a rien de particulier.

Organes génitaux : verge assez développée, pas de phimosis, méat normal, testicules normaux. Rien à l'anus.

Les appareils *respiratoire* et *circulatoire* sont intacts; les *digestions* sont régulières, les selles normales; pas de vomissements, de mérycisme, ni de gâtisme. — La *sensibilité* générale et spéciale est conservée.

Peau : cheveux, cils, sourcils bruns, abondants; léger duvet à la lèvre supérieure; poils abondants au pubis, plus rares aux aisselles et aux jambes. Sur le masséter gauche, on trouve une cicatrice de six centimètres de long, oblique de haut en bas et d'arrière en avant, due à une chute sur un couteau; une cicatrice de vaccin sur chaque deltoïde; cicatrice gaufrée, au niveau de l'ombilic, du côté gauche; tache pigmentaire au-dessus du condyle interne du fémur gauche; pas de ganglions.

Dynamomètre Mathieu : M. D = 70,5 — M. G. 70.

Actuellement, cet enfant n'est pas méchant, ni taquin; il est docile, doux pour ses camarades, pour les animaux; il n'a pas de mauvais instincts, n'est ni voleur ni salace; il est toujours assez coléreux; il ne montre pas beaucoup d'affection pour ses frères, ni pour sa grand'mère; mais il aime beaucoup sa mère et est très heureux de la voir; il refuse de voir sa grand'mère, parce que « cette grande bique ne cherche qu'à faire du mal à sa mère ». Il n'aurait plus, paraît-il, d'habitudes d'*onanisme* régulières; cependant on l'a encore surpris quelquefois se masturbant.

L'*état intellectuel* de Désob... s'est aussi considérablement modifié depuis son entrée; à ce moment (septembre 1881), il savait à peine lire, n'écrivait qu'un peu, faisait un peu de calcul, n'avait aucune notion d'histoire de géographie. Dès le mois de janvier 1882, on constata chez lui des aptitudes assez grandes et des progrès, déjà sensibles, qui n'ont fait que s'accroître depuis. Aujourd'hui (1884), il sait lire et d'une façon assez expressive, il écrit assez bien, fait des problèmes sur les quatre opérations, sait un peu d'histoire et de géographie; la mémoire est demeurée un peu paresseuse; il comprend bien toutes les explications qu'on lui donne. Mêmes progrès pour les exercices physiques: gymnastique, danse et escrime, et pour les travaux manuels. Cet enfant est actuellement un des meilleurs *apprentis* de l'atelier de *menuiserie*. En somme, il se tient bien, est docile, actif, apporte au travail toute la bonne volonté possible, et fait en tout des progrès considérables.

1885. — La *puberté* s'est accusée: fine moustache, rien aux joues ni au menton. Poils noirs, abondants au pénis. Verge grosse

et longue. Testicules de la grosseur d'un œuf de pigeon. Il avoue se masturber encore quelquefois.

L'incontinence d'urine a diminué, mais n'a pas complètement disparu. On l'a notée : 23 fois en 1882, 22 en 1883, 35 en 1884 et 6 fois du 1^{er} janvier au 30 septembre 1885.

Au dynamomètre, la main droite est un peu plus forte que la gauche.

L'amélioration a continué sous tous les rapports. De... est capable de gagner sa vie comme menuisier et l'on s'occupe de le placer.

OBSERVATION VI. — IDIOTIE COMPLÈTE.

Athrepsie de la première enfance; premières convulsions à huit mois; secondes convulsions à neuf mois, etc.; marche à sept ans et demi; bave, succion, parole nulle, gâtisme, etc... — Syphilis: roséole, plaques muqueuses anales, adénites. — Etat du malade en 1884.

Horni... (Constant-Jean-Emmanuel) est entré le 20 septembre 1880, à l'âge douze ans, à l'hospice de Bicêtre (service de M. Bourneville.)

Antécédents personnels. (Renseignements fournis par sa mère, 12 janvier 1881). — Pendant la grossesse¹, la mère a eu des contrariétés nombreuses par suite de disputes avec sa mère à cause de son mariage, qui ne s'est fait que deux jours avant l'accouchement. L'accouchement, naturel, aurait eu lieu à terme; cependant le nouveau-né n'avait d'ongles ni aux pieds, ni aux mains. Il a été élevé au biberon jusqu'à trois mois, il était bien portant; puis il a été mis en nourrice pour être élevé au sein; cinq semaines plus tard, il était « en étisie ». Sa mère l'a repris alors et l'a élevé au biberon.

Depuis quatre mois et demi jusqu'à huit mois, l'enfant vomissait presque tout ce qu'il prenait (lait de chèvre, de vache...); sa mère a fini par lui faire conserver ses aliments en lui donnant du biscuit qu'elle mâchait d'abord elle-même. A huit mois, il a eu une première fois des convulsions qui ont duré une heure, et portaient également sur la face et les quatre membres. Un mois plus tard, il a eu une seconde attaque de convulsions pendant dix minutes. Il a encore eu des convulsions à deux autres reprises: en tout, elles ont duré jusqu'à un an, les deux dernières crises ont été les plus courtes.

A vingt mois, il n'avait pas une dent; à vingt-deux mois, il les avait toutes. A dix-neuf mois, il disait: « papa, maman », et n'a

¹ Bien portants tous deux à l'époque de la conception.

jamais dit autre chose; il n'a marché qu'à sept ans et demi. C'est vers deux ans qu'on s'est rendu compte qu'il « n'était pas comme les autres enfants ». Il n'a jamais su s'habiller, ni manger; il boit seul, n'est pas salace: il a toujours gâté; cependant, à la fin de son séjour chez ses parents, il s'accroupissait pour faire ses besoins. Il n'est pas gourmand; il vole par moments surtout les objets massifs, il est colère. Il est gai, joueur, n'a pas d'autres tics que de têter toujours son doigt. Il est assez affectueux, en particulier pour sa mère, qu'il ne veut jamais quitter et avec laquelle il est très expansif. Il n'aime pas entendre crier les autres enfants: avant son entrée, il n'avait jamais pleuré, maintenant cela lui arrive quelquefois. Il ne parle pas. Croûtes dans les cheveux; pas d'otites, ni de dartres, ni d'ophtalmie; varioloïde en 1870. Depuis qu'il a été en nourrice, il a toujours eu une « faiblesse de la colonne vertébrale », et s'est tenu incliné en avant.

14 juin. Rougeole légère n'ayant rien présenté de particulier dans son évolution.

31 juillet. Poids, 24 kil. 600; taille, 1^m,23.

1882. Janvier. Poids, 25 kil. 500; taille, 1^m,26.

2 juin. L'enfant est un peu moins gâté qu'autrefois, il ne mange plus d'ordures; il commence à se servir de la cuillère. Il continue à sucer ses doigts et have sans cesse, la bouche toujours entr'ouverte. Il ne dit encore que « papa, maman », il ne sait ni s'habiller, ni se laver. Il est assez obéissant.

6 octobre. Hier, on s'est aperçu que l'enfant présentait une éruption. Elle est disséminée et presque confluyente sur l'abdomen, moins abondante dans le dos, presque nulle aux bras, aux jambes et au cou; la face est intacte; pas de croûtes dans les cheveux. Les taches ont une couleur cuivrée très nette. Rien aux lèvres, dans la bouche, ni dans le pharynx. A l'anus, on trouve deux plaques exulcérées à gauche et en bas, une en haut et à droite, une au haut du sillon interfessier. Rien à la verge: ganglions inguinaux très développés des deux côtés (*syphilis*).

7 octobre. L'éruption est plus confluyente qu'hier et a remonté sur le cou; la gorge est un peu rouge. Vin de quinquina, sirop d'iodydure de fer; bains.

10 octobre. Persistance de l'éruption, les plaques muqueuses de l'anus se sont un peu élargies; rougeur des muqueuses gingivale et buccale.

26 octobre. La roséole commence à s'éteindre; c'est principalement sur le ventre et à la partie postérieure des cuisses, à la région lombaire que l'éruption a été confluyente. Adénites nombreuses, cervicales, sous-maxillaires, axillaires et inguinales; rien dans la gorge, plaques muqueuses anales.

15 novembre. Persistance de larges plaques de roséole qui tendent à s'effacer : plaques muqueuses anales ; on ne sent plus les adénites cervicales droites.

9 décembre. Adénites persistantes, rien dans la bouche, ni au cuir chevelu. Le traitement n'a consisté, jusqu'ici, qu'en toniques.

1883. 2 janvier. Les taches, en voie de disparition, laissent après elles une teinte cuivrée : persistance des adénites, pas d'alopécie.

15 janvier. Plaque muqueuse près de la commissure labiale gauche. Embarras gastrique fébrile.

31 janvier. Adénites cervicales multiples peu volumineuses ; quelques adénites dans l'aisselle droite et dans les deux aines. La roséole a presque disparu sur le dos ; il n'y a plus rien sur le reste du corps ; rien à la tête, à la bouche, à la gorge, ni à l'anus. Poids, 24 kil. 800 ; taille, 1^m,28.

23 avril. Il y a encore quelques taches sur les reins ; rares adénites cervicales, et dans l'aine droite ; rien dans les aisselles, rien dans la bouche ; pas d'alopécie.

13 juin. Les taches sont complètement effacées ; il ne reste plus que quelques ganglions dans les aines.

30 juin. Poids, 28 kil. 9 ; taille, 1^m,30.

1884. 4 janvier. Rien à la peau si ce n'est de l'érythème chronique des fesses et des cuisses dû au gâtisme ; la partie inférieure du sacrum est très saillante. Plus de glandes au cou, aux aisselles, ni aux aines ; pas d'apolécie, ni de croûtes dans les cheveux. Rien aux lèvres, à la bouche, ni à la gorge ; rien à la verge, qui est petite et allongée. Le prépuce long permet cependant de découvrir le gland qui est intact ; le méat est un peu rouge, normal ; on ne sent que le testicule droit dans l'anneau, le gauche n'est pas descendu. Le traitement suivi a été simplement tonique : extrait et vin de quinquina, sirop d'iodure de fer, hydrothérapie.

31 janvier. Poids : 26 kil. 20 ; taille : 1^m,30.

14 mai. Etat actuel. Tête moyenne ; léger degré d'acrocéphalie et de plagiocéphalie combinées. En effet, le crâne est allongé dans le sens vertical, mais il n'est pas oblique et ne se termine pas absolument en pointe. En même temps, on constate un chevauchement de ses deux moitiés l'une sur l'autre, de telle sorte que toute la moitié droite paraît portée en avant ; cette moitié est aussi plus développée que la gauche, par suite de la présence des voussures de compensation. Les sutures des os crâniens ne sont pas saillantes. Les bosses frontales sont assez marquées, surtout la droite qui, en même temps, est sur un plan antérieur à la gauche ; la bosse pariétale droite est très volumineuse, tandis que la gauche est à peine indiquée. L'occipital est plat suivant un plan vertical, la

moitié droite en retrait sur la gauche; les deux bosses occipitales sont peu saillantes, égales, mais ne sont pas sur le même plan.

	Mai 1883.	Oct. 1885.
Circonférence au niveau de l'attache des oreilles.	0,48 c.	0,48 c.
De la racine du nez à la protubérance occipitale externe.	0,32	0,32
D'une oreille à l'autre	0,30	0,32
Diamètre antéro-postérieur (compas Budin).	0,15	0,16
Diamètre bi-pariétal	0,125	0,135
Diamètre bi-temporal	0,112	0,112

Visage ovale; front bas, étroit, déprimé entre les deux sourcils, bombé en haut et rentrant au niveau de la racine du nez; en somme, il suit presque un plan vertical; dépressions latérales évidentes; arcades sourcilières à peine marquées; menton rond.

Pas d'asymétrie ni des parties molles, ni des os de la face. *Yeux* assez ouverts, iris bleu, pupilles égales, contractiles, normalement dilatées, paupières saines; pas de strabisme, regard vague, sans expression. *Oreilles* moyennes bien ourlées, lobule complètement adhérent; *nez* long et droit; les *pommettes* égales ne sont pas saillantes; *bouche* grande, lèvres épaisses. La *mâchoire supérieure*, régulière et symétrique, porte douze dents; les grosses molaires sont cariées. La *mâchoire inférieure*, également régulière et symétrique, ne porte que onze dents, la première molaire gauche ayant été arrachée pour carie; toutes les dents sont recouvertes de tartre et de mucus. L'articulation des mâchoires est normale; les gencives sont saignantes, ramollies et fongueuses. La *voûte palatine* est symétrique, large, peu profonde. Le *pharynx* est régulier et symétrique.

Le *cou* est normal, le *rachis* est droit, la partie inférieure du sacrum très saillante, le *thorax* est régulier, maigre, un peu aplati en avant, l'*abdomen* est légèrement saillant.

Les *membres supérieurs* sont réguliers, grêles; les doigts allongés, sans vice de conformation. Les *membres inférieurs* sont moins grêles; les tibias ne sont pas incurvés, la voûte plantaire est à peine marquée, les doigts assez longs et réguliers: à gauche, *piéd bot valgus simple congénital*; l'enfant marche sur le bord interne du pied, la plante tournée en dehors. La coloration des extrémités des quatre membres est normale.

Organes génitaux: Verge petite, léger *phimosis*; méat normal: on ne sent que le testicule droit qui est descendu; anus anormal.

— Les *appareils respiratoires* et *circulatoires* sont intacts: l'appareil digestif fonctionne régulièrement; diarrhée par intervalles.

La *sensibilité générale* est très obtuse: il en est de même de la *sensibilité spéciale* qui cependant est conservée en particulier pour le goût et l'odorat.

Peau : cheveux, cils, sourcils châains, abondants ; pas de poils aux aisselles, au pubis ni sur les membres : trois cicatrices de vaccin sur chaque bras ; une tache pigmentaire au niveau du bord inférieur du grand pectoral droit ; petite tumeur papillomateuse un peu au-dessous de l'ombilic et du côté gauche.

On trouve encore quelques taches jaunâtres, derniers vestiges de l'éruption syphilitique sur le tibia droit et sur la face antérieure des deux bras ; il n'y a rien dans la gorge, ni à l'anus ; pas d'alopecie : quelques ganglions seulement dans les deux aines de l'aisselle droite.

Au point de vue intellectuel, cet enfant est un type d'*idiotie complète*, et ne semble aucunement susceptible d'être amélioré. Il n'a aucune notion du monde extérieur ; il ne parle pas du tout, ne pousse que de petits cris *heu ! heu !* Son regard est vague, et son attention ne peut se fixer sur aucun objet. Il n'a pas de mauvais instincts, n'est pas voleur, ni malfaisant : il n'est pas méchant, ne bat pas ses camarades ; il aime beaucoup à jouer avec de petits bâtons ; il se *balance* souvent, suce toujours ses doigts, ne have plus ; pas d'onanisme. Il marche seul et mange seul, mais avec ses mains ; il est gourmand et même vorace ; pas de salacité ; gâtisme. Il paraît assez affectueux pour ses parents qu'il caresse lorsqu'ils viennent le voir.

1883. *Jun. Poids*, 27 kil. 400. *Taille*, 1^m33.

1885. *Janvier. Poids*, 29 kil. 500. *Taille*, 1^m33.

— *Jun. Poids*, 29 kil. 500. *Taille*, 1^m34.

Pas de changements au point de vue de la puberté : rien aux lèvres ; un groupe de poils courts à gauche de la verge, qui est toujours petite. Il n'est plus salace, ne pleure plus quand on l'approche ; dans la *marche*, il a conservé l'habitude de plier et de relever alternativement le tronc. Il a pris en affection dès l'entrée un autre enfant, Naud. ; ils s'approchent l'un de l'autre en riant et en chantonnant. Il se sert d'une cuiller pour manger, à la condition qu'on le surveille.

OBSERVATION VII. — IMBÉCILLITÉ.

Crises nerveuses à quatre ans, suivies de strabisme pendant un an. — Alternatives de somnolence et de turbulence ; kleptomanie, mendicité. — Onanisme. — Accès de colère, jalousie. — Syphilis (1882-1883) ; injections sous-cutanées de peptonate de mercure ; stomatite mercurielle. — Tumeur du foie. — Bronchopneumonie. — Rubéole. — Description du malade. — Etat des organes génitaux. — Etat intellectuel.

Horn... (Jean-Stéphane), est entré le 18 février 1881, à l'âge de dix ans, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents personnels. (Renseignements fournis par le père et la mère, 9 juin 1881¹.) *Grossesse* bonne. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. — A la *naissance*, l'enfant ne présentait rien d'extraordinaire. Sa nourrice, qui était enceinte d'un mois, ne l'a nourri au sein que jusqu'à quatre mois; ensuite il a été élevé au biberon (lait de vache). — Il a marché vers quinze mois, et a parlé vers dix-huit mois; il a toujours uriné de temps en temps au lit. — Quand il fut repris par sa mère à l'âge de deux ans et demi, il n'avait pas eu d'autres maladies que le ventre ballonné et de la constipation. Jusqu'à quatre ans, il n'eut rien autre que des engelures, quelques croûtes dans les cheveux, sur les mains, à la figure et sur le corps, et souvent des adénites cervicales. A quatre ans, « il est tombé tout raide par terre et est resté ainsi pendant une heure; le médecin qui a été appelé a dit que ce n'était pas des convulsions, mais une crise nerveuse. Après, les yeux étaient retournés et il a louché pendant un an ». Il n'a jamais eu la rougeole, ni aucune autre fièvre: n'a jamais présenté d'autres accidents nerveux que ceux qui sont mentionnés plus haut; il faisait souvent des grimaces en jouant.

A trois ans et demi, mis à l'asile, puis dans une série d'écoles, il n'a jamais rien appris; quelquefois il dormait des heures entières, dans d'autres moments; il était d'une turbulence extrême, taquinant ses camarades, les empêchant de travailler et même les volant. Souvent, au lieu d'aller à l'école, il s'en allait mendier; il disait alors que ses parents ne lui donnaient pas à manger.

Il s'habillait très mal; il mangeait seul avec une cuillère et une fourchette, mais salement et gloutonnement. Pas de salacité; pas de rumination; quand il boit, il tousse tout de suite. Onanisme très fréquent depuis son retour de nourrice jusqu'à l'âge de sept ans. Il est colère, menteur, indifférent à tout, peu affectueux. Il est jaloux de son frère, qui est idiot et sur le compte duquel il met tous ses méfaits. Il ne veut pas jouer avec les autres enfants, et préfère rester seul dans un coin; il ne peut souffrir les animaux. — Le sommeil est généralement très agité; il a été quelquefois un mois de suite sans dormir la nuit. Pas de vertiges, d'attaques, ni de chutes.

A son entrée dans le service, on constate que cet enfant ne sait que quelques lettres, qu'il ne sait pas écrire, qu'il prononce bien et paraît avoir un peu de mémoire. Il connaît les objets usuels. Il est très turbulent, paresseux, malpropre, menteur et gourmand, ce qui confirme les renseignements de sa mère. Il s'habille convenablement; onanisme persistant. *Poids*, 18 kil. 800; *taille*, 1^m,09.

1882. 17 juin. Embarras gastrique; douleurs de côté à droite, avec un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire de ce côté.

¹ Rien de particulier à la *conception*.

La température oscille toujours entre 38° et 39°. L'e. fant sort de l'infirmerie le 7 juillet.

10 juillet. Il remonte à l'infirmerie, se plaignant de douleurs de côté à droite. Pas de signes stéthoscopiques; à la percussion, on constate, dans le tiers inférieur et postérieur du thorax, de la submatité qui se prolonge dans toute la région du foie jusqu'à l'épigastre. Cette région est très sensible, ne présente pas de déformation, il n'y a pas d'ictère ni de vomissements; les selles sont normales. Le malade sort le 14 août sans que la température ait dépassé 39°. — Poids : 24 kil. 800; taille : 1^m 17.

23 décembre. Amélioration sensible; parole tout à fait libre; il commence à syllaber, compte jusqu'à cinquante; il est plus obéissant, s'habille seul.

Eruption papuleuse confluyente à la région lombaire, discrète sur les membres et le tronc; à la nuque, les papules présentent une petite collerette; coloration bronzée. Adénites cervicales, rien à la face, à la verge ni à l'anus. L'amygdale droite est un peu tuméfiée; le pilier antérieur, rouge et luisant, présente vers sa partie moyenne une petite élévation de deux millimètres de longueur (*syphilis*).

1883. 30 janvier. La syphilis est en voie de diminution; desquamation des papules qui présentent une coloration rouge brun cuivré; nombreuses adénites cervicales, axillaires et inguinales. Quelques papules dans le cuir chevelu; rien à l'anus; ulcération à bords irréguliers sur l'amygdale gauche. Sirop d'iode de fer, vin de quinquina, injections sous-cutanées de peptonate de mercure. (XX gouttes, 2 milligr. 50.) Poids : 22 kil. 60; taille : 1^m 18.

24 février. Nombreuses adénites cervicales de la grosseur d'un haricot au maximum; quelques petites adénites axillaires, pléiade inguinale. Les papules sont toutes revêtues de squames en voie de détachement, ayant une coloration brun jaunâtre qui va en s'éteignant. Quelques squames dans le cuir chevelu, un peu d'alopecie; plaque rouge de la paupière inférieure gauche, pointe du nez couperosée. La face interne des lèvres et des joues n'a rien de particulier, les gencives sont fongueuses et ulcérées par points, les dents sont couvertes de taches à leur couronne, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre et est comme mâchonnée sur ses bords qui sont le siège d'un dépôt jaunâtre qu'on détache assez aisément. L'haleine est infecte, la salivation considérable; adénite sous-maxillaire droite quelques indurations consécutives aux injections. Amaigrissement notable. (Poids : 20 kil. 320.)

27 février. On suspend les injections. L'état est toujours le même.

12 mars. La stomatite est très améliorée; le malade mange et parle facilement; il ne crache presque plus; son haleine n'est

plus fétide. Il s'est produit une eschare d'un centimètre de diamètre au niveau d'une des injections sous-cutanées.

10 avril. Depuis plusieurs jours l'enfant se plaint d'un point de côté à droite et au niveau de l'épigastre. Cette région est le siège d'une voussure très douloureuse à la pression ; le foie est gros et déborde les fausses côtes. Pas d'ictère ; un peu de toux ; submatité sous la clavicule droite et râles assez fins mélangés de frotements. Langue chargée. Deux verres d'eau de Sedlitz ; extrait de quinquina.

13 avril. Douleurs au niveau de la région hépatique, qui est bombée et saillante. A la palpation, on sent le foie déborder les fausses côtes de près de 3 centimètres ; dans cet espace, on constate une matité évidente. Au niveau de l'épigastre, le rebord du foie est également abaissé ; l'examen ne détermine que peu de douleur ; ventre souple ; pas d'ictère, anorexie, soif vive, langue saburrale. Le 14, l'enfant qui avait pris de l'huile de ricin, a vomi pour la première fois ; hier, il a vomi son potage ; deux ou trois selles diarrhéiques, jaunâtres par jour. Fièvre très modérée, n'ayant rien de particulier ; vésicatoire.

16 avril. Circonférence de l'abdomen au niveau de la douzième vertèbre dorsale. 63 centim.

Matité sur la ligne mamelonnaire. 14 —

— sur la ligne ombilicale 8 —

Toute la région thoracique droite, à partir d'une ligne horizontale passant à 1 centimètre au-dessous du mamelon jusqu'à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes et depuis la ligne ombilicale jusqu'à la ligne axillaire présente une déformation considérable consistant en une *saillie arrondie*. Le rebord des fausses côtes, de son origine à la ligne axillaire, fait une forte saillie en avant. La percussion, même légère, est douloureuse, surtout en certains points irrégulièrement définis. En deux points différents, *sensation de fluctuation*. La toux ne détermine aucun phénomène particulier ; rien à l'auscultation. Les vomissements n'ont pas reparu ; pas d'ictère. L'enfant ne prend que du bouillon, du lait et du potage.

18 avril. L'enfant a vomi plusieurs fois dans la nuit ; le matin il est assez gai et mange avec appétit. L'état du foie est toujours à peu près le même. Toux fréquente sans expectoration ; légère diminution de la sonorité à droite et en arrière, remontant de la base jusqu'au milieu de l'omoplate ; dans la même étendue on constate quelques râles. Dans la journée, diarrhée et vomissements à plusieurs reprises.

19 avril. Toux fréquente sans expectoration ; sous la clavicule droite, râles assez fins augmentant par la toux ; en arrière, dans toute l'étendue du poumon droit, râles sous-crépitaux fins ; dimi-

nution de la sonorité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Rien à gauche; le foie n'a pas augmenté de volume; pas d'ictère, diarrhée. La température n'est pas très élevée et oscille toujours aux environs de 38°, sans rien présenter de particulier dans sa marche.

2^e avril. Circonférence au niveau de la douzième vertèbre dorsale 60 centim.

Circonférence au niveau de l'ombilic (à l'expiration). 51 —

Matité sur la ligne ombilicale. 5 —

— sur la ligne mamelonnaire. 14¹ —

Sur la ligne mamelonnaire, au centre de la matité, la sonorité reparait; on ne retrouve plus la sensation de fluctuation. Pas d'ictère ni de vomissements; garde-robes régulières.

4 mai. L'enfant, qui avait mangé avec assez d'appétit, a vomi tout ce qu'il avait pris; il tousse beaucoup; l'expectoration est visqueuse, un peu jaunâtre; il ne s'est pas plaint de point de côté, ni de frissons; cependant, depuis deux jours, la fièvre a un peu augmenté. A la partie inférieure du poumon droit, dans les régions postérieure et externe, on trouve de la submatité; à l'auscultation, souffle presque métallique, avec quelques râles fins sur les limites du souffle lorsqu'on fait tousser le malade; bronchophonie. L'examen du foie ne révèle rien de particulier; les selles sont régulières, l'urine claire. La peau est chaude, le pouls rapide, l'enfant n'est pas abattu, il répond bien aux questions, paraît même assez gai et ne se plaint d'aucune douleur. Vésicatoire.

5 mai. Le malade a été assoupi pendant toute la journée d'hier, se réveillant seulement de temps en temps pour se plaindre bruyamment. Dans la journée, il a pris un peu de potage et du lait. Ce matin il est gai, ne se plaint pas; la peau est chaude et sèche, la langue humide, un peu saburrale. La respiration n'est pas sensiblement accélérée; le souffle et la bronchophonie s'entendent jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse, et, sur le côté, jusque sous l'aisselle; tout autour de la région soufflante, on entend des râles à l'inspiration.

7 mai. Eruption rubéolique débutant par la figure; pas de conjonctivite ni de coryza; toux fréquente, diarrhée, vomissements le soir. (Lait, acétate d'ammoniaque.)

¹ Fin septembre 1885, les deux premières dimensions donnent les mêmes chiffres, ce qu'explique le développement de l'enfant; la troisième est aussi la même; quant à la matité sur la ligne mamelonnaire, elle n'est plus que de 8 centimètres.

8 mai. L'éruption est modérément confluyente vers la face, peu confluyente sur le tronc; les taches, larges et pâles, sont difficiles à distinguer des taches presque effacées de roséole. Toux fréquente; expectoration abondante et glaireuse; soif vive, langue sale. A la percussion, diminution de la sonorité dans la moitié inférieure du poumon droit, en arrière et sur le côté. A l'auscultation, souffle dans les deux tiers inférieurs du même poumon, et respiration soufflante à la base, en arrière sur une petite étendue; râles soufflants et sibilants disséminés dans le reste du poumon et dans le poumon gauche.

9 mai. L'éruption commence à s'effacer, sauf sur la face; souffle dans toute l'étendue du poumon droit en arrière, mélangé par places de râles crépitants; à gauche, diminution de la sonorité et râles fins à la base; rien en avant. La respiration est régulière, la toux fréquente. Il n'y a pas de larmolement; un peu de conjonctivite; langue humide, selles régulières. — Vin de quinquina, extrait de quinquina.

10 mai. L'éruption continue à s'effacer, surtout en arrière. Matité à droite, en avant et en arrière; râles sous-crépitanants, crépitanants et souffle tubaire en arrière; en avant, on n'entend que des râles sous-crépitanants. A gauche, il y a également des râles. Toux fréquente, dyspnée marquée, sueur abondante.

11 mai. Persistance du souffle et de la bronchophonie dans la moitié inférieure du poumon droit; quelques râles ronflants à l'inspiration, au sommet des deux poumons; un peu de sonorité au niveau du tiers moyen du poumon droit, sonorité dans toute la hauteur du poumon gauche. En avant et à gauche, l'inspiration est un peu rude. La toux est toujours fréquente, l'expectoration assez abondante. Langue nette, appétit bon, pas de vomissements, selles régulières. La voussure du foie a disparu et il ne dépasse plus le rebord des fausses côtes. — Bouillon, potage, lait, un œuf, vin de quinquina.

12 mai. Même état; quelques râles à la base gauche; pas de gêne de la respiration; vomissement dans la journée d'hier.

13 mai. Point de côté violent à droite, l'auscultation ne révèle rien de nouveau.

18 mai. L'état général est beaucoup meilleur, mais l'état local le modifie très peu. Le souffle persiste, un peu moins rude et dans une étendue un peu moindre; râles sous-crépitanants nombreux, surtout vers l'aisselle et au sommet droit; quelques frottements pleuraux. La température, qui n'a guère dépassé 39°, est revenue à la normale sans avoir présenté, dans ses oscillations, rien de caractéristique.

21 mai. L'enfant est gai et mange de bon appétit. Selles régulières, toux fréquente par quinte, expectoration verdâtre. La région thoracique semble déprimée du côté droit qui présente à la percussion un peu de submatité. Dans toute la hauteur du poumon de ce côté, souffle et râles fins humides, aux deux temps de la respiration. Du côté gauche, respiration un peu rude, mêlée de quelques râles ronflants très disséminés.

4 juin. Toux moins fréquente, toujours quinteuse; expectoration muco-purulente abondante, sonorité normale à gauche; submatité dans toute l'étendue du côté droit et râles humides mélangés de gros frottements pleuraux. Etat général satisfaisant.

30 juin. Poids : 21 kil. 900; taille : 4 m. 19.

9 juillet. Etat actuel. — Tête ovoïde assez développée; l'occipital fait une légère saillie, au dessous de laquelle existe à droite une sorte de méplat, tandis qu'à gauche il existe une convexité assez marquée. La bosse occipitale droite est plus accentuée que la gauche; de même la bosse pariétale droite. Le front est haut, bombé, assez large; la bosse frontale gauche est notablement plus développée que la droite.

	Juillet 1883.	Oct. 1885.
Circonférence au niveau de l'attache des oreilles.	0,50 c.	0,52 c.
Demi-circonférence bi-auriculaire	0,30	0,325 mm.
De la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne	0,37	0,373 mm.
Diamètre bi-auriculaire	0,11	0,11 c.
Diamètre antéro-postérieur	0,175	0,18 c.
Diamètre transverse maximum	0,145	0,145 mm.

Les arcades sourcilières sont un peu déprimées; il n'y a pas de dépression latérale du front bien sensible. Les oreilles sont assez bien ourlées, le lobule adhérent. Iris bleu, contractile; pas de strabisme. La région malaire droite paraît un peu plus saillante que la gauche. — Le nez est aquilin, les narines bien développées, le lobule du nez arrondi. Bouche assez grande, lèvres épaisses. La voûte palatine est profonde, ogivale; la luette, les piliers, les amygdales sont normaux. — La mâchoire supérieure est régulière : huit dents, quatre incisives centrales, une canine droite, une grosse molaire droite, une molaire de lait gauche. Les petites molaires permanentes semblent ne pas être sorties; la canine permanente gauche, non sortie, fait saillie sur le bord alvéolaire, sous la gencive. — La mâchoire inférieure est également régulière : dix dents, quatre incisives centrales, deux canines permanentes, deux molaires de lait, deux premières molaires permanentes, les petites molaires permanentes ne sont pas sorties. Les dents des deux mâchoires sont allongées et déchaussées surtout en avant. L'articula-

tion est normale ; les *gencives* sont en assez bon état, mais recouvrent légèrement les dents.

Le *cou* est régulier ; le *thorax* présente en avant une saillie assez marquée des insertions sternales des quatrième, cinquième et sixième côtes ; le rebord costal droit est plus déprimé que le gauche, et en arrière, la moitié droite du thorax paraît aplatie au-dessous de l'omoplate.

Le *rachis* est normal, ainsi que le bassin. Les *membres* supérieurs et inférieurs sont bien conformés, quoique un peu grêles. Pas de traces de rachitisme.

Les *cheveux* sont blonds et peu abondants ; sur la moitié gauche du crâne on trouve sept cicatrices, les unes linéaires, les autres un peu étoilées. Sourcils blonds et rares, cils très longs et abondants ; duvet assez marqué sur les épaules, les flancs et les cuisses. — *Peau* blanche avec de nombreuses taches (vésicatoires, petits abcès consécutifs aux injections) ; petites glandes cervicales et inguinales, rien dans les aisselles. — Les *testicules* sont descendus, mais très petits ; la verge est peu développée, un *phimos* assez prononcé ne permet pas de découvrir le gland.

Digestion. — L'appétit est régulier, la mastication se fait bien, les selles sont normales ; pas de gâtisme. Le *foie* déborde les fausses côtes d'un travers de doigt, et remonte presque jusqu'au niveau du mamelon ; la rate ne paraît pas volumineuse ; du côté droit on distingue mal les espaces intercostaux qui sont très apparents du côté gauche. Le ventre est assez développé et un peu tendu. Pas d'ictère.

Respiration. — Submatité au sommet des deux *poumons*, surtout à gauche ; de l'épine à la pointe de l'omoplate, sonorité ; au-dessous de la pointe et des deux côtés, matité. *En arrière* et à gauche, la respiration est un peu obscure au sommet, du côté du rachis ; à la partie moyenne, elle est normale ; en bas, elle paraît lointaine ; la voix est un peu chevrotante en bas vers la colonne vertébrale. Ce phénomène est plus marqué à droite, et dans une plus grande hauteur. De ce côté, la respiration qui est normale dans la moitié supérieure ne s'entend presque pas dans la moitié inférieure ; il reste encore un peu de souffle. *En avant*, sonorité un peu exagérée des deux côtés ; à droite, la respiration est normale sous la clavicule, un peu obscure au niveau du mamelon ; à gauche, elle est normale.

La *sensibilité*, générale et spéciale, est intacte.

Etat intellectuel. — En juin 1884, dès son entrée, on a constaté qu'il savait compter jusqu'à cinquante, avec des jetons ; il connaissait les lettres de l'alphabet, mais sans savoir les assembler ; il faisait des bâtons sur l'ardoise ; il se nettoyait assez bien, cirait ses souliers, mais ne savait pas s'habiller seul ; au réfectoire, il se

servait de la fourchette, de la cuiller et du couteau, il aidait à laver la vaisselle.

En juillet et août, on remarque qu'il a parfois mauvaise tête, qu'il est menteur, a de mauvaises habitudes et cherche à entraîner les autres enfants; en octobre, il est plus attentif; en décembre, il s'habille seul, travaille mieux.

En mars et avril 1882, il est plus docile et plus assidu; après un premier séjour à l'infirmerie (15 mai-27 juillet), il travaille assez bien jusqu'au 29 décembre. Il est alors malade de nouveau, et lorsqu'il redescend de l'infirmerie, le 11 juillet 1883, on constate qu'il n'a rien oublié de ce qu'il avait appris.

Actuellement, il s'habille bien, mange proprement, n'est plus gourmand, ni voleur. Il n'est plus onaniste. Il connaît les différentes parties du corps, sait nommer les mouvements, les couleurs, tous les objets contenus dans les boîtes de *leçons de choses*, et tous ceux qui l'entourent. Il commence à faire quelques lettres et à les assembler; il n'a que très peu de notions en ce qui concerne son âge, les saisons, les mois, les jours, l'heure. La parole est très distincte. Il paraît être assez affectueux.

1884. Janvier. Poids, 24 kil. 400. Taille, 1 m. 23.

— Août. Poids, 25 kil. 100. Taille, 1 m. 26.

1885. Janvier. Poids, 26 kil. 400. Taille, 1 m. 28.

— Juin. Poids, 25 kil. Taille, 1 m. 30.

La *puberté* ne s'accuse pas. Lèvres et pénil glabres; testicules de la grosseur d'une olive; bourses un peu rétractées; prépuce long; gland découvrable; méat normal. La longueur de la verge et la circonférence sont de 3 centimètres et demi.

Durant cette année, on a remarqué, comme les autres années, des périodes de une ou deux semaines durant lesquelles il est inerte, irritable, querelleur, refuse de travailler. D'ordinaire, il est moins sujet aux colères qu'autrefois; il n'est plus menteur, est devenu affectueux, s'occupe de son frère, idiot, le place auprès de lui au réfectoire et le fait manger. Il est devenu plus actif, assez propre, et joue avec les autres enfants, ce qu'il ne faisait pas dans les premiers temps. Il syllabe assez bien, assemble même quelques mots, sait la numération, compte 2 par 2, trace quelques lettres. Il est complaisant et fait de petites corvées dans le service.

En résumé, sous l'influence du traitement, cet enfant s'est notablement amélioré à tous les égards.

Laisant de côté tous les faits, quelque intéressants qu'ils soient, que les observations peuvent présenter d'étrangers à

notre sujet, nous ne résumerons dans notre tableau que les points qui nous occupent en particulier :

<p>Mère : <i>instabilité mentale, excès de boisson.</i> 2 condamnations.</p>	}	<p>Rien du côté du père.</p>	}	<p>1° Fils <i>imbécile</i> ; 2° Fausse couche, 7 mois ; 3° Fille morte à 3 mois, de <i>convulsions</i>.</p>
				<p>4° Fils idiot ; 5° Fils mort de <i>convulsions</i>, à 13 mois ; 6° Fausse couche de 3 mois ; 7° Fils idiot ; 8° Fille <i>peu intelligente, convulsions</i>. 9° Fille bien portante et intelligente. 10° Fils mort à 5 mois, de <i>méningite avec convulsions</i>.</p>
<p>Père : Mort d'un asthme.</p>	}	<p>1 fils, père de nos malades ; <i>excès de boisson</i>, pas d'antécédents, 2 frères et sœurs bien portants.</p>		

Dans cette observation, bien que les phénomènes de l'hérédité se manifestent du côté des deux auteurs, la plus grande part nous semble revenir à la mère. En effet, sur les trois premières grossesses qu'elle a eues lorsqu'elle vivait avec son amant, elle a fait une fausse couche, et de ses deux autres enfants, l'un est *imbécile*, l'autre est mort à 3 mois de *convulsions*. Cette présomption trouve encore un appui dans ce fait que le père de ces premiers enfants était indemne de toute affection héréditaire.

Quant à elle, nous venons de voir qu'elle est marquée du sceau de l'hérédité : d'une intelligence mal équilibrée, elle a mené une vie irrégulière, et dès un âge peu avancé, elle s'est adonnée à toute sorte d'excès. D'ailleurs, les renseignements pris sur ses antécédents ne font que confirmer cette opinion en nous déclarant qu'elle est la fille naturelle d'une femme que nous avons vue et reconnue atteinte d'*instabilité mentale*, adonnée à la boisson, et que les tribunaux ont condamnée à deux reprises pour différents motifs. Sans insister sur ce dernier point et sans vouloir innocenter tous les gens vicieux ou qui commettent des actes justiciables des tribunaux, nous rappelons seulement que les délits sont fréquents, tant chez les aliénés, les imbéciles, que chez les héréditaires simplement excentriques, dont la tare est moins apparente. Dans ces derniers cas, ils font partie du cortège des symptômes qui

signale l'hérédité et les anomalies intellectuelles ou morales qui les accompagnent, trahissent facilement leur origine morbide. Le cas actuel nous semble faire partie de ce groupe, et ces deux condamnations dont l'une surtout décèle une perversion profonde du sens moral, coexistant avec l'instabilité mentale, peuvent, à notre avis, être un signe de plus de la tare héréditaire.

Ainsi donc du côté de la mère, l'hérédité s'accumule depuis deux générations. Du côté paternel, même chose. Le père des Horn... ne présentait pas d'accidents nerveux, mais il faisait de fréquents *excès de boisson* et c'est là un fait d'une valeur très importante au point de vue de l'hérédité. De plus, il est le fils d'un asthmatique et cette affection, qui a des rapports si intimes avec les maladies du système nerveux, est une cause d'hérédité qui a certes une grande valeur. L'asthme, en effet, est lié souvent au goitre exophthalmique; les récentes recherches de MM. Ballet ¹ et Marie ² le montrent fréquemment uni par l'hérédité aux maladies nerveuses et surtout aux maladies mentales. Guislain ³, d'un autre côté, a fait voir que souvent l'aliénation alterne avec l'asthme, et Solter ⁴ lui trouve de nombreuses connexions avec l'épilepsie. On peut donc aisément admettre qu'un père atteint d'asthme transmette à ses descendants une prédisposition névropathique spéciale, tout comme un choréique, une hystérique, une épileptique, ou même un aliéné.

Aussi disons-nous que, dans le cas actuel, l'hérédité est double et s'accumule sur les enfants avec une intensité d'autant plus forte qu'elle date de deux générations. Aussi de ces cinq malheureux enfants venus à terme, deux meurent, à quelques mois, de *convulsions*, deux sont *idiots*, l'un inéducable, tous deux incapables de tenir place dans la société; une autre, *imbécile*, a eu autrefois des *convulsions*. Une seule fille est bien portante et intelligente, mais on peut pronostiquer sans peine, qu'avec des antécédents pareils, si elle-même ne ressent pas les atteintes de l'hérédité, ses enfants, si elle en a, hériteront des prédispositions névropathiques de toute la famille.

¹ G. Ballet. — *Revue de médecine*, 1883, p. 254.

² Marie. — Thèse de Paris, 1883.

³ Guislain. — *Leçons orales sur les phrénopathies*.

⁴ Salter. — *On asthma*, 1860.

III. FAMILLE GUI...

Grand-père paternel; quelques excès de boisson; oncle paternel aliéné; mère migraineuse. — Grand-père maternel asthmatique; cousin éloigné idiot; consanguinité éloignée. — Onze enfants: quatre idiots, une idiote, un convulsif.

Antécédents héréditaires. (Renseignements fournis par la mère, 20 octobre 1879.) — *Père*: ébéniste, quarante-deux ans, bien portant, d'une taille assez élevée, a eu, dans le courant de l'hiver 1872, un eczéma de la face et du tronc qui n'a pas reparu. Pas d'alcoolisme, ni de migraines, pas d'accidents nerveux ni rhumatismaux; caractère doux. [*Père*: soixante-sept ans, n'a jamais été malade; aucun accident nerveux; quelques excès de boisson. — *Mère*: morte de la rupture d'une anévrisme; pas d'affection nerveuse. — *Deux frères*: l'un est mort du choléra; l'autre, placé à l'asile de Maréville comme aliéné, y est mort le 4^{er} décembre 1858 à l'âge de dix-huit ans¹. — *Deux sœurs*: dont l'une encore vivante, n'ont jamais eu d'accidents nerveux.]

Mère: quarante-deux ans; brodeuse, intelligente, maigre, un peu anémique; sujette à des *névralgies* faciales et à des *migraines* très fortes, sans vomissements. A la suite d'une contrariété d'amour-propre, elle eut pendant six mois des troubles sensoriaux de la vue (phosphènes). Elle voyait pendant deux ou trois heures des feux, des cercles lumineux. Ces phénomènes disparaissaient sous l'influence du sommeil. Aucun accident cutané, rhumatismal ou pulmonaire; pas de maladies graves. [*Père*: mort d'un *asthme* à soixante ans, sans avoir présenté d'autres accidents nerveux. — *Mère*: soixante-dix-sept ans, bien portante, pas d'affections nerveuses. — Une *cousine* paternelle au troisième degré de la mère de notre malade a eu un garçon *idiot*, mort à huit ans.

¹ Gui... (Charles), dix-neuf ans, entré le 22 novembre 1858 à l'asile de Maréville, mort le 1^{er} décembre 1858. — Aucun antécédent héréditaire, pas d'excès alcooliques; pas de syphilis; excès vénériens et onanistiques. Chagrins d'amour suivis d'accès de tristesse, d'excentricité, d'embarras de la parole. Les accidents ont débuté quinze jours avant l'entrée à l'asile; terreurs panophobiques lui arrachant des plaintes et des cris continuels; hallucinations incessantes: on le poursuit, on veut le mutiler, lui couper le cou; il est agité, bruyant, agressif. Plus tard il se croit amputé des parties génitales et, dans cette conviction, il urine dans son lit ou dans ses vêtements. Les traitements sont infructueux; sous l'influence des terreurs panophobiques, Gui... refuse toute alimentation; il survient un amaigrissement rapide et un état de marasme nerveux qui amènent rapidement la mort.

Consanguinité : le père et la mère du malade sont cousins au cinquième ou sixième degré. Leurs deux mères portaient le même nom.

Onze enfants : 1° une fille morte à un an sans avoir eu de convulsions; paraissait intelligente. A sa naissance, elle était comme enflée. — 2° et 3° deux filles, l'une de vingt-un ans, l'autre de dix-neuf, bien portantes, intelligentes; aucun accident nerveux. — 4° un garçon (Louis-Oscar), mort *idiot* à Maréville; — 5° un autre garçon (Charles-Georges), *idiot*, est encore actuellement à Maréville; — 6° une fille morte à huit mois de la variole, *quoiqu'elle eût*, dit-on, *été vaccinée* et que le vaccin eût bien pris; — 7° une fille (Henriette), *idiote*, morte à la Salpêtrière à dix ans le 1^{er} décembre 1875; — 8° un garçon, bien portant, assez intelligent, a eu quelques *convulsions internes*, *il louche*; — 9° une fille, huit ans, bien portante, pas de convulsions ni d'affections nerveuses; — 10° Un garçon de cinq ans (Henri Gabriel), *idiot*, gâteux; — 11° un garçon de trois ans (Eugène-Georges), *idiot* et *épileptique*.

Ces deux derniers malades ont été placés à Bicêtre; mais avant de relater leur observation, nous allons dire quelques mots de leurs frères Charles et Louis-Oscar. Nous devons à l'obligeance de M. le Directeur de l'asile de Maréville, de nombreux renseignements sur ces deux premiers malades : nous n'indiquerons ici que les traits principaux de leur affection.

OBSERVATION VIII. — IDIOTIE COMPLÈTE.

Gui... (Louis-Oscar), âgé de six ans et demi à son entrée à l'asile de Maréville le 27 juillet 1868. Mort le 30 avril 1872.

Idiotie congénitale. Tête petite, front bas, déprimé : ne parle pas, peu de sentiments affectifs : calme et inoffensif. Gâteux. Santé physique bonne; vie purement animale.

Le 40 avril 1872, l'enfant est atteint de bronchite généralisée il meurt le 30 avril. A l'autopsie, on trouve un ramollissement notable des lobes antérieurs du cerveau et des tubercules gris en voie de formation dans les deux poumons.

OBSERVATION IX. — IDIOTIE COMPLÈTE.

Gui... (Charles-Georges), âgé de quatre ans et demi à son entrée à l'asile de Maréville le 14 septembre 1868.

Tête assez bien conformée, figure assez intelligente; idiotie con-

génitale, ne dit guère que papa et maman; gâtisme. L'état intellectuel de l'enfant ne s'améliore pas, et les derniers certificats (novembre 1881) constatent l'idiotie complète; l'absence de parole, le gâtisme, l'existence automatique et végétative. La santé physique est bonne.

Nous avons pu aussi recueillir à la Salpêtrière quelques renseignements sur Henriette Gui., le septième enfant de cette famille. Nous les transcrivons ici :

OBSERVATION X. — IDIOTIE COMPLÈTE.

Gui... (Henriette), entrée à la Salpêtrière le 9 juin 1873, morte le 4 décembre 1875 (service de M. MOREAU).

Les différents certificats concernant cette malade constatent qu'elle était atteinte d'*idiotie congénitale* avec *microcéphalie*; strabisme convergent et asthénie générale. Elle était turbulente avec des périodes d'excitation; elle avait de mauvais instincts. Elle ne mangeait pas seule et était gâteuse. Elle ne s'est pas améliorée pendant tout son séjour à la Salpêtrière.

Nous allons maintenant rapporter plus en détail les observations des deux derniers enfants qui ont été placés à Bicêtre.

OBSERVATION XI. — IDIOTIE CONGÉNITALE COMPLÈTE.

Pas de convulsions. — Congestion cérébrale à trois ans (?). — Parole nulle. — Incapacité de s'habiller, de se laver, de manger. — Gâtisme, onanisme, phimosis.

Gui... (Henri-Gabriel) est entré à Bicêtre le 8 novembre 1879, à l'âge de cinq ans (service de M. BOURNEVILLE). Il est né le 22 juin 1874.

Antécédents personnels. (Renseignements fournis par la mère, 3 décembre 1879.) — Rien de particulier lors de la *conception*. — Aucun accident pendant la *grossesse*; *accouchement* à terme, facile. — *A la naissance*, pas d'asphyxie. — *Élevé au sein* par sa mère jusqu'à quinze mois. Rougeole à deux ans et demi, variole à trois ans; *congestion du cerveau* (?): il a été pendant soixante-cinq jours très malade, a déliré pendant deux jours, pas de paralysie ni de convulsions. Pas de croûtes, de dartres, de glandes, d'ophtalmies, d'otites, etc.

Il a commencé à marcher à un an; toutefois, il semblait « comme maintenu sur les genoux ». Il a commencé à prononcer quelques

monosyllabes vers deux ans, jamais la parole ne s'est développée. Il mange avec la main, mais sait tenir une cuillère. Il a toujours été gâteux. Pas d'onanisme. Il est taquin, mais n'est pas méchant; il est assez caressant, embrasse souvent sa mère de lui-même. Il n'est pas gourmand, ni salace; pas de colères, quelquefois des accès de cris.

1880. 26 juin. Gui... parle très peu, prononce quelques mots (maman...), ne lit pas ses lettres; il est d'ailleurs presque impossible de fixer son attention. Il mange bien avec la cuillère; il n'est pas gourmand, salace, ni voleur; gâte moins dans le jour depuis quelque temps. Pas d'onanisme.

1881. Mai. Bronchite légère.

Juillet. Epulis au niveau des incisives gauches de la mâchoire inférieure, extirpation au thermo-cautère.

1882. 29 mai. Ne dit que papa, maman... ne sait pas se laver, ni s'habiller, mais sait se déshabiller. Il est voleur, mais pas destructeur. Pas d'onanisme, gâtisme persistant; ni bave, ni succion, ni balancement. Mange souvent avec ses mains, et déchire les aliments avec ses dents.

Juin. Poids, 48 kil. 500; taille, 1^m, 12.

14 septembre. Etat actuel. Au premier abord, on est frappé de l'aspect malingre et chétif de l'enfant. Le visage, les extrémités sont froides et très cyanosées; la maigreur est prononcée.

Tête peu développée, asymétrique. La moitié droite de la calotte crânienne est plus large et plus saillante que la gauche, surtout à l'union du pariétal avec l'occipital. La bosse pariétale gauche est plus basse et plus en arrière que la droite; à gauche, au-dessus de la bosse pariétale, dépression assez marquée. Les bosses occipitales sont saillantes et égales, les bosses frontales sont égales, peu saillantes; au-dessous d'elles, légère dépression.

Circonférence de la base	49 centimètres.
— d'une oreille à l'autre	26 —
Diamètre antéro-postérieur (compas Budin)	17 —
— bi-pariétal	13,6 —
— bi-temporal	11,7 —

Visage symétrique, ovale. Front bas, étroit, fuyant sur les côtés; arcades orbitaires à peine saillantes. Yeux bleus, pupilles égales, contractiles, assez dilatées. Pas de strabisme, ni de lésions oculaires. Nez droit, un peu fort; oreilles grandes, détachées de la tête, incomplètement ourlées, lobule détaché. Bouche moyenne, lèvres très épaisses. Le nez, les joues et les lèvres sont violacées.

Voûte palatine symétrique, très étroite et très profonde; voile du palais, luette, amygdales, piliers réguliers et symétriques. L'arc des maxillaires, d'ailleurs réguliers et symétriques, est très étroit.

Système dentaire très défectueux; la petite incisive gauche, la canine droite et la première petite molaire droite manquent en haut. En bas, il ne reste que les quatre incisives, les deux grosses molaires gauches et la dernière molaire droite; menton très pointu.

Cou grêle, pas de ganglions, pas de cicatrices. — *Thorax* peu développé, mais bien conformé. — *Colonne vertébrale* rectiligne. — Pas de développement exagéré de l'*abdomen*.

Membres supérieurs grêles, bien conformés; mains violacées, doigts longs; pas de ganglions axillaires. *Membres inférieurs* maigres, sans déviations; extrémités violacées et froides, doigts longs, voûte plantaire normale; pas de ganglions inguinaux.

Organes génitaux. Verge petite, normale; prépuce long, léger *phimosi*s. Testicules descendus, de la grosseur d'une petite noisette.

Peau : cheveux, sourcils, cils blonds, abondants. Pubis, membres, aisselles glabres. Une petite cicatrice gaufrée sur l'insertion supérieure du couturier gauche; une cicatrice de vaccin sur le deltoïde gauche, deux sur le droit.

Rien dans les *poumons*, ni au *cœur*. Fonctions digestives régulières, appétit bon; langue bonne; ni vomissements, ni diarrhée. — *Foie et rate* normaux.

Sensibilité générale intacte. — *Sens spéciaux* obtus, surtout l'odorat. — *Sommeil* bon, pas de cauchemars.

Degré d'instruction, nul. Il est très inattentif, ne retient rien de ce qu'on lui dit, ne prononce que quelques mots « papa, maman », ne connaît pas le nom des objets usuels. Il est assez méchant, très désobéissant, ne craint personne, comprend bien ce qu'on lui dit. Assez affectueux pour ses parents qu'il reconnaît bien. Il a souvent des *accès de colère et de cris*; très joueur, il s'amuse avec n'importe quoi, ne se querelle pas avec les autres enfants; il est voleur. Il sait manger seul avec la cuillère; cependant, il se sert souvent de ses mains; il ne sait pas s'habiller. Pas de bave, ni de succion, ni de balancement. Gâtisme invétéré, *onanisme* par intervalles. *Marche* bien, pas de paralysie. Pas d'épilepsie.

1879. Novembre. Poids, 44 kil. 800. Taille, 1 m. 4.

1880. Septembre. Poids, 46 kil. 400. Taille, 1 m. 5.

1881. Juillet. Poids, 48 kil. 30. Taille, 1 m. 6.

1882. Janvier. Poids, 48 kil. 500. Taille, 1 m. 11.

1882. Juin. Poids, 48 kil. 500. Taille, 1 m. 12.

1883. Janvier. Poids, 20 kil. Taille, 1 m. 13.

1883. Juin. Poids, 20 kil. 30. Taille, 1 m. 16.

1884. Janvier. Poids, 21 kil. 500. Taille, 1 m. 16.

1884. Juillet. Poids, 22 kil. 200. Taille, 1 m. 21.

1885. Janvier. Poids, 22 kil. 30. Taille, 1 m. 22.

1885. Juin. Poids, 23 kil. 200. Taille, 1 m. 22.

OBSERVATION XII. — IDIOTIE COMPLÈTE; ÉPILEPSIE.

Crises nerveuses simulant des peurs; accès épileptiques (dix ans); impotence absolue, parole nulle; machonnement des mains, strabisme; affaiblissement prédominant au membre inférieur gauche. Tuberculose pulmonaire, marche des accès. — Autopsie incomplète.

Gui... (Eugène-Georges), entré à Bicêtre, le 27 août 1879, à l'âge de trois ans. — Mort le 5 mars 1880 (service de M. BOURNEVILLE.)

Antécédents personnels. (Renseignements fournis par sa mère, 20 octobre 1879). — Lors de la *conception*, rien de particulier. — *Grossesse* bonne. — *Accouchement* à terme facile. — *A la naissance*, pas d'asphyxie. — *Elevé au sein* jusqu'à deux ans. — Pas de gourmes, d'ophtalmies ni de dermatoses. Rougeole à deux ans. Vacciné, pas de varioloïde. Il a eu d'abord des *crises nerveuses* (deux ans); il semblait avoir peur, et tressautait; plus tard, les mêmes phénomènes se reproduisirent avec un cri. Enfin survinrent de *véritables accès* pendant lesquels il rendait de l'écume sanguinolente (un an).

Il n'a jamais ni marché, ni parlé; il a toujours gâté. Son regard est vague et ne fixe personne; il ne paraît pas entendre; jamais on ne l'a vu rire; il ne pleure que rarement. Il passait ses journées sur les bras de sa grand'mère ou dans une chaise, mettant ses mains dans sa bouche, mais sans les sucer.

1879. *Septembre.* Idiotie, épilepsie, strabisme; mutisme, cris inarticulés; instincts très bornés; turbulence, gâtisme. Arrêt général de développement, atrophie des membres inférieurs, paraplégie.

16 *octobre.* Depuis l'entrée, l'enfant est resté couché constamment. Depuis son admission, les jambes sont fléchies sur les cuisses, et les cuisses sur le ventre. Quand on le lève, il se tient assez bien sur la jambe droite; mais la jambe gauche reste fléchie. — *Traitement anti-scrofuleux*; deux bains salés par semaine, essayer de faire marcher l'enfant.

4 *novembre.* Pas de modifications appréciables. Quand on le soutient, l'enfant avance les jambes comme pour marcher, mais tout se borne à cet effort.

20 *novembre.* Poids : 8 kil.; taille : 0m,65.

1880. 2 *janvier.* Amaigrissement progressif depuis quelque temps. Toux assez fréquente; sonorité normale, râles ronflants aux deux bases. Les jambes ont plus de tendance à se fléchir; gonflement œdémateux du prépuce avec quelques petites ulcérations; on ne sent pas les testicules. — Même traitement; viande crue.

4 mars. Maigreur extrême : la peau est collée sur les os. — L'enfant ne peut tenir sur ses jambes; il prend toujours un peu de lait, de viande crue, de vin, et on lui a donné des bains salés et un traitement anti-scrofuleux.

5 mars. Mort à quatre heures du soir.

Marche des accès :

1879.	Septembre . . .	11 accès.
—	Octobre . . .	33 —
—	Novembre . . .	67 —
—	Décembre . . .	37 —
1880.	Janvier . . .	27 —
—	Février . . .	17 —
—	Mars . . .	10 —

AUTOPSIE le 7 mars 1880. — *Encéphale*, 745 gr.; *cerveau*, 670 gr.; *cervelet et isthme*, 75 gr.; *hémisphères cérébraux* égaux (chacun 335 gr.).

La *pie-mère*, assez vascularisée, est généralement adhérente, surtout au voisinage de la scissure inter-hémisphérique. Pas d'anomalies des artères de la base, des circonvolutions, ni des noyaux centraux¹.

Cœur normal. *Poumons* : au sommet gauche, *tubercules* à la période de ramollissement. Quelques adhérences pleurales à ce niveau. — Rien de particulier dans les *viscères abdominaux*. — *Foie*, 400 gr.; pas de calculs. — *Rate*, 30 gr. — *Reins*, 35 gr. chaque.

Les points saillants de cette observation peuvent se résumer dans le tableau suivant :

Père : excès de boisson.	} 1 fils mort <i>typhé- niaque</i> .	} 1 fils bien consti- tué. (Père du ma- lade.)	} 1° Filles morte à un an.
Père : mort d'un <i>asthme</i> , un cousin <i>idiot</i> dans la famille.	} 1 fille <i>anémique</i> : névralgies facia- les, migraines, troubles senso- riels de la vue. (Mère du malade).	} <i>Consanguinité</i> : onze enfants.	} 4° Fils <i>idiot</i> , mort <i>tubercu- leux</i> .
			} 6° Filles morte à 8 mois.
			} 8° Fils, <i>convulsions</i> , <i>stra- bisme</i> .
			} 10° Fils <i>idiot</i> .

On voit donc qu'ici l'hérédité était double, se manifestant du

¹ L'autopsie a été faite durant mon absence, et le cerveau n'a pas été conservé (B.).

côté du père et du côté de la mère. L'influence de l'alcoolisme sur la dégénérescence des produits, et que nous avons pu déjà constater dans les deux observations précédentes, trouve encore ici son application.

Nous voyons, en effet, le grand-père paternel de ces malades qui était *alcoolique* donner naissance à un fils qui succombe à un *délire mélancolique* bien caractérisé. Quoique le père de nos malades ait été sain de corps et d'esprit, il n'en est pas moins évident que, de son côté, il y a transmission des dispositions morbides par hérédité, en retour collatéral. Les faits de ce genre, pour être plus rares que ceux de l'hérédité directe, n'en existent pas moins, et l'atavisme est, en fait, admis par les aliénistes.

D'un autre côté, la mère, dont le père était *asthmatique*, et qui compte déjà un *idiot* dans sa famille, est elle-même sujette à des accidents nerveux. Ici l'hérédité se manifeste *directement* et les dispositions pathologiques, venant des deux parents, s'accumuleront, aggravées par la transmission, sur la tête des enfants. De là, les dégénérescences si frappantes chez la plupart d'entre eux et que nous rapportons plus haut en détail.

Il est un fait déjà signalé dans l'OBSERVATION III que l'on retrouve dans celle-ci et auquel on pourrait attribuer aussi une influence sur l'état des descendants : c'est la *consanguinité* des parents. Mais, outre que, pour nous, on a beaucoup exagéré l'importance étiologique de la consanguinité, est-il besoin de l'invoquer ici ? Et la double hérédité n'est-elle pas une cause beaucoup plus active et plus certaine. Si la consanguinité intervient, ce n'est, somme toute qu'indirectement, en rapprochant les deux familles déjà tarées et en accumulant, si nous pouvons parler ainsi, l'*intensité de l'hérédité*. Les unions consanguines ont, en effet, pour nous, une double action sur le produit, suivant l'état des parents. Il est évident, en effet, que si ces derniers sont bien conformés, bien portants, sans tare d'aucune espèce, le produit sera irréprochable. Dans le cas contraire, il héritera des vices de ses créateurs, absolument comme dans les cas où ils n'ont aucune affinité.

Ce n'est pas la consanguinité de ses parents qui fera de lui un dégénéré, ce sera la transmission des affections héréditaires dont ils peuvent être atteints.

Quoi qu'il en soit, dans le fait qui nous occupe actuellement,

nous voyons que, par suite de la dégénérescence progressive, cette famille est vouée à l'extinction. La plupart des enfants sont morts jeunes, souvent avec les phénomènes les plus prononcés de déchéance physique et intellectuelle : idiotie complète, épilepsie, paralysie, tuberculose, maladie dont la relation avec les maladies du système nerveux, signalée par Esquirol, bien étudiée par M. Dupouy, est un fait généralement admis. Nous en avons vu, d'ailleurs, encore un exemple dans l'OBSERVATION IV.

Parmi les survivants, deux présentent une constitution débile, tous les caractères de l'idiotie ; ils sont et resteront incapables de tenir jamais leur place dans le monde, ne pouvant se suffire à eux-mêmes, privés de toutes les facultés nécessaires à la vie de relation, ne vivant que de la vie animale, et même inaptes à se reproduire. Un autre, qui a eu des *convulsions* et est affecté de *strabisme*, porte déjà le cachet héréditaire, et si les trois autres enfants sont sains jusqu'à ce jour, ils n'en restent pas moins les héritiers des dispositions morbides de leurs parents, qui si elles ne se manifestent pas plus tard chez eux, peuvent éclater dans leurs rejetons, sous une forme peut-être plus terrible.

Ce pronostic funeste peut s'appliquer à tous les cas de ce genre, et sans qu'il soit guère possible d'y remédier. Et les faits que nous rapportons aujourd'hui ne sont que des exemples de plus de ces dégénérescences de l'espèce humaine que Morel a si consciencieusement étudiées et si magistralement décrites.

RECUEIL DE FAITS

FAIT POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA THÉRAPEUTIQUE
SUGGESTIVE ;

Par le Dr J. SÉGLAS.

Dans un bulletin qui parut dans le *Progrès médical* (n° 16 de l'année 1884), notre confrère et ami le Dr Ch. Féré a exposé ce que l'on peut entendre par la *médecine d'imagination*, et

montré comment, dans certaines affections d'origine purement psychique, dans les maladies dites imaginaires ou mieux par imagination, on peut souvent guérir le malade en agissant sur son moral, en se rendant maître de son imagination. Les études récentes que l'on a faites sur l'hypnotisme nous apprennent que, dans ces cas, c'est par suggestion que l'on agit sur la maladie, et cela même à l'état de veille et sans qu'il ait été besoin souvent de soumettre les malades au sommeil somnambulique, comme l'ont montré d'ailleurs les expériences de M. Bernheim et de M. Bottey.

Ces faits sont actuellement bien connus et établis par nombre d'expériences, et il n'est guère de médecins s'occupant de l'étude des affections nerveuses qui n'ait vu disparaître, sous l'influence du traitement moral, les troubles fonctionnels si communs chez les hystériques, paralysies ou contractures, tics, névralgies diverses...

Mais, jusque-là, la plupart des expérimentateurs se sont bornés à s'adresser aux troubles somatiques, et si quelques-uns ont étudié les modifications que les suggestions peuvent apporter dans l'état mental d'un névropathe jouissant de la plénitude de son intelligence, bien peu ont pensé à appliquer au traitement des malades de cette catégorie présentant des troubles vésaniques quelconques, les résultats de l'expérimentation. On ne connaît guère, dans cet ordre d'idées, que l'observation de M. Bernheim et les mémoires de M. Aug. Voisin lus aux congrès de Blois de 1884 et de Grenoble, 1885.

Cependant l'hypnotisme et les suggestions peuvent rendre de grands services dans le traitement de certaines formes d'aliénation mentale, et si aujourd'hui nous osons avancer ce fait, c'est que nous avons obtenu ainsi la guérison d'une aliénée hystérique chez laquelle tous les traitements, habituellement employés, échouaient successivement depuis de longs mois.

De pareils faits, en apparence incroyables, deviennent de suite très compréhensibles si l'on veut bien se rendre compte de ce qu'est, en somme, la folie hystérique, et des modifications que l'état hypnotique imprime à la manière d'être des sujets.

Pour être délirant, un individu hystérique n'en reste pas moins hystérique, et le délire ne suspend pas fatalement chez lui les manifestations somatiques de la névrose. Souvent même, au contraire, les deux ordres de symptômes physiques

et psychiques coexistent et s'exagèrent par influence réciproque; et c'est alors le plus généralement les symptômes d'ordre physique qui auront fait les premiers leur apparition et qui pourront servir de substratum au délire quand celui-ci viendra à se déclarer. Telle perversion morbide survenue dans les fonctions d'un sens spécial, goût, odorat, par exemple, peut, à un moment donné, susciter des idées d'empoisonnement. Tel trouble de la sensibilité générale et viscérale, anesthésie, hyperesthésie, ou de la motilité, paralysies, contractures, peut être le point de départ d'idées de persécution ou hypochondriaques, et même de suicide. Ces faits sont d'ailleurs communs et d'observation journalière dans d'autres formes vésaniques : mélancolie, délire de persécution, délire de négation.....

D'un autre côté, chez les sujets ayant antérieurement des attaques convulsives, c'est quelquefois à propos d'une de ces attaques que surviendront les troubles intellectuels. Dès lors, chaque nouvelle attaque sera comme un coup de fouet donné au délire et pourra être l'occasion de périodes d'agitation maniaque fort dangereuses.

Or, si l'on veut bien réfléchir à l'action de l'hypnotisme expérimentalement reconnue dans l'hystérie, il me semble que dans ces cas-là il n'est pas irrationnel d'admettre qu'il peut modifier la physionomie du délire.

On a cité nombre de faits dans lesquels on voit l'hypnotisme suspendre les attaques, faire disparaître des contractures, des névralgies, constituant en cela ce que M. Ch. Féré appelle la médecine d'imagination. Or, si tous ces troubles fonctionnels ont été l'occasion de symptômes délirants, il n'est pas illogique d'admettre, et l'observation nous l'a prouvé, qu'une fois disparus, le délire n'étant plus surexcité peut diminuer chaque jour d'intensité et céder plus tard, toujours sous l'influence des mêmes moyens. Avec les idées délirantes disparaîtront aussi petit à petit les périodes d'agitation maniaque, quelquefois excessive, que, d'ailleurs, l'action inhibitoire des agents hypnotiques peut influencer directement; les périodes d'agitation sont aussi souvent dues à des troubles hallucinatoires intenses qui constituent presque tout le fond de la folie hystérique, sur lesquels on peut agir par les mêmes procédés, si l'on se rappelle les expériences de M. Bernheim, sur ce qu'il a appelé les *hallucinations négatives*.

Nous ne saurions, dans ce rapide exposé, entrer dans plus de détails, notre but est simplement de montrer que, chez certains aliénés hystériques, l'hypnotisme et les suggestions peuvent modifier avantageusement la maladie. Cela peut se déduire d'une façon rationnelle, comme nous croyons l'avoir montré, des expériences déjà faites sur la matière; et la clinique semble confirmer cette manière de voir, ainsi que l'indique l'observation suivante que nous ne ferons que résumer.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une jeune femme de trente ans, ayant des antécédents névropathiques très accentués, surtout du côté paternel, et qui ont aussi imprimé leur marque chez une de ses sœurs et chez son enfant.

Elle-même a toujours été d'un caractère excentrique; à vingt ans, elle a eu des céphalalgies, des syncopes, des crises nerveuses sans convulsions, pendant une grossesse. En 1883, à propos d'une fausse couche, les accidents nerveux redoublent, syncopes, attaques de léthargie très fréquentes, parfois avec contracture, attaques convulsives avec délire loquace; puis, à l'occasion de chagrins de famille, s'ajoutent des hallucinations, de l'insomnie, de l'exaltation mentale et l'accès délirant s'établit (délire typhémanique, hallucinations, idées de suicide). Elle fut soignée dans différents asiles pendant un an par les moyens ordinaires et sans aucun résultat.

1884. 13 juin. — *Etat actuel.* Facies maniaque des plus caractéristiques. — Cheveux en désordre, jurons, injures, mots obscènes, cris, chants. — Hallucinations sensorielles multiples, bavardage incohérent rappelant des idées de persécution, hypochondriaques, d'empoisonnement, de suicide que *la malade rattache d'elle-même aux troubles de la sensibilité*, violences, agitation extrême. — Erreurs de personnalité, perte de la mémoire de certains faits antérieurs au délire, perversion des sentiments affectifs. — Insomnie. — Zones hyperesthésiques, très douloureuses même spontanément; clou, zone latéro-vertébrale, sous-mammaire, sous-claviculaire et ovarienne du côté gauche. Rétrécissement du champ visuel du même côté, sans achromatopsie. Tympanisme. — Aucun trouble des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, génito-urinaire. — Pas de signes de dégénérescence; adhérence du lobule de l'oreille.

Attaques de grande hystérie presque journalières et se présentant, si on ne les arrête pas, par séries de trois ou quatre. L'aura vient de l'ovaire gauche et, plusieurs heures avant l'attaque, la malade se plaint de son ventre, puis d'une boule qui l'étouffe au creux

de l'estomac; en même temps, il y a des petites contractions spasmodiques dans les différents muscles de la face du côté gauche. Ces contractions se rapprochent, la boule remonte graduellement à la gorge et l'attaque se déclare. La période épileptoïde n'est représentée que par des secousses tétaniformes suivant immédiatement la perte de connaissance et affectant tout le corps, mais surtout le côté gauche; la phase de résolution qui suit immédiatement est peu nette et interrompue de temps en temps par de violentes secousses, pas d'écume ni de stertor. — Arrive ensuite la période de grands mouvements, parmi lesquels l'arc de cercle antérieur dorsal est constant. La période des attitudes passionnelles manque souvent, cependant la malade prend parfois l'attitude du crucifiement. Ce qu'il y a de plus particulier dans les attaques, c'est la période des hallucinations et du délire qui est très longue : hallucinations, zoopsiques terrifiantes (chevaux, taureaux, serpents, crapauds se multipliant à l'infini, corbillards, guillotines, etc...), la malade cause alors des scènes de sa vie antérieure, à l'accès délirant et qui ont dû le provoquer : le délire des attaques, en somme, par la couleur des idées ressemble beaucoup au délire constituant l'affection mentale, lequel *d'ailleurs s'exaspère à la suite de chaque attaque*. Celles-ci sont arrêtées par la compression de l'ovaire gauche et *si on peut le faire avant la période délirante, le délire habituel reste ce qu'il était avant l'attaque*.

29. — Deux attaques convulsives le matin : le soir. une attaque de catalepsie spontanée.

30. — Une attaque convulsive, mêmes idées délirantes, très agitée.

2 juillet. — Attaque à midi.

3. — Attaque, mêmes idées d'empoisonnement : veut laver ses aliments pour *chasser ce poison qui lui fait si mal à la tête* (clou).

4. — Attaque : dans la période de délire, on veut lui faire *boire du poison*, il y a du *sang* partout, des *curés* « qui font des enfants aux bonnes sœurs ». Après l'attaque, elle se rappelle simplement qu'elle a été malade et *attribue cela au poison* qui était dans ses aliments et que ses persécuteurs (les *curés* et les agents politiques) lui ont fait prendre.

7. — Attaque convulsive.

8. — Applications d'aimant sur les zones hyperesthésiques (ovaire gauche, dos à gauche; vertex), de vingt minutes à une demi heure pour chacune. On continue ce traitement tous les jours et, après chaque séance, on peut constater une diminution fort nette de l'hyperesthésie dans les zones citées.

9. — Deux attaques avec période de délire très longue et hallucinations (corbillard, échafaud, animaux fantastiques).

10. — Très excitée; même délire.

11. — Somnolence depuis deux jours; — même délire; erreurs de personnalité au sujet des gens qui l'entourent, qu'elle prend pour de grands personnages et qu'elle tutoie cependant.

12. — *Toute la matinée elle se plaint de son ventre (ovaire) et demande un instrument pour se tuer plutôt que de souffrir ainsi.* Attaque à midi : hallucinations (serpents) : délire, se voit au bal, au théâtre; elle va souper et boire du champagne, absolument comme dans son délire continu.

13. — Moins somnolente, reçoit bien ses parents, regarde et prend intérêt à ce qui se passe autour d'elle.

14. — *Son ventre, dit-elle, va beaucoup mieux, le dos un peu mieux* mais la tête lui fait toujours mal. (On continue l'application des aimants.) Figure meilleure, délire toujours identique *mais moins expansif*. Elle garde un chapeau sur sa tête pour la protéger contre le *poison en poussière qu'on veut lui jeter pour augmenter encore ses douleurs*. Elle lave toujours sa viande avant de manger.

15. — *Plus docile*, cause raisonnablement de certains faits de sa vie antérieure. *Se plaint de son ventre et voudrait mourir*, mais pas avant d'avoir vu son mari. — Trois attaques convulsives à midi.

17. — Deux attaques très violentes avec hallucinations zoopsiques et terrifiantes, délire. *Après l'attaque, le soir elle crie, chante, jure* est hallucinée, très délirante et présente absolument le même facies qu'à l'entrée.

18. — Véritable accès maniaque : jurons, chansons légères, très hallucinée, veut tuer tous les curés : idées de persécution ; les agents politiques la poursuivent toujours.

21. — Plusieurs attaques convulsives suivies d'une période très longue de délire loquace. Même état maniaque.

30. — Ne veut pas s'habiller parce que ses habits sont empoisonnés ; état maniaque, cris, jurons, violences,

2 août. — Une attaque convulsive : toujours agitée.

3. — Une attaque convulsive.

9. — Une attaque convulsive.

18. — La malade est toujours en proie à un véritable accès maniaque ; elle est très violente et dangereuse pour elle et les autres. Le délire est toujours le même : les symptômes physiques (attaques, dysesthésies) très accentués.

Les traitements employés jusqu'ici, bromures alcalins, opium, chloral, belladone, valériانات, obscurité, bains prolongés, hydrothérapie, n'ont produit aucun effet. Seuls les aimants ont semblé, en modifiant l'état cynesthétique (le rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche avait lui-même diminué), amener un peu de calme, mais ce traitement a dû être bientôt abandonné à cause

de l'agitation de la malade qui rendait l'application impossible.

C'est alors que nous résolûmes d'essayer l'hypnotisme, et nous allons voir dans la suite de l'observation, comment nous avons pu ainsi modifier l'état de notre malade. Comme nous nous sommes toujours servi des mêmes procédés, nous ne décrirons simplement qu'une fois pour toutes une des séances d'hypnotisme. Nous dirons aussi que nous avons toujours agi dans l'état somnambulique et après nous être préalablement assuré aussi bien de l'état hypnotique que de la bonne foi de la malade par les réactions neuro-musculaires bien connues maintenant.

C'est toujours au sens de la vue que nous nous sommes adressé pour produire l'hypnose, et, pour cela, nous employions soit la fixation de la boule de verre, en strabisme convergent supérieur, soit la fixation par le regard, soit les passes; et si la malade était trop agitée ou refusait de se laisser endormir, nous y ajoutions les suggestions verbales ou bien nous avons recours à la pression des globes oculaires, mais avec moins de succès. Nous dirons de suite que nous avons *toujours réussi* à produire l'hypnose *même au milieu des paroxysmes d'agitation les plus violents*.

Le sommeil survient assez rapidement (de 1 à 3 minutes), et s'annonce par des clignotements des paupières et de profonds soupirs. Dans la période *léthargique* nous trouvons le phénomène caractéristique de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire : l'insensibilité est absolue. — L'ouverture d'un œil ou des yeux détermine l'hémicatalepsie ou la *catalepsie* complète; mais cette phase est moins nette que la précédente, nous avons plutôt alors un état cataleptoïde; les membres n'ont pas la flexibilité cirreuse caractéristique; on a une certaine résistance à vaincre pour les mettre dans différentes positions. — La malade étant revenue en léthargie par l'occlusion des yeux, la pression sur le vertex détermine le somnambulisme, les yeux ne s'ouvrant qu'incomplètement. La sensibilité générale et spéciale reparait alors : les zones hyperesthésiques sont douloureuses comme à l'état de veille, le phénomène d'excitabilité cutano-musculaire est très évident. Dans cet état, nous avons fait de temps en temps une des expériences classiques qui nous ont toujours réussi; le dédoublement par la pression du globe oculaire des hallucinations provoquées, leur renversement par le miroir, l'hallucination provoquée d'une couleur déterminant ensuite d'elle-même l'hallucination de la couleur complémentaire... Quant aux autres, pour les quelles il faut s'en rapporter à la bonne foi de la malade, telles que les hallucinations des divers sens gaies ou pénibles; les impotences fonctionnelles, les hallucinations négatives de Bernheim, etc..., elles ont toujours été telles qu'on les trouve décrites dans toutes les relations d'expériences sur les sujets hypnotiques; aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Disons enfin que nos séances n'ont jamais

duré plus d'un quart d'heure, que la malade, une fois réveillée, n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son sommeil : elle ne sait même pas qu'elle a dormi. Elle n'est pas fatiguée et ne se plaint que d'avoir un peu froid.

Nous ne considérerons maintenant dans chaque expérience que ce qui a rapport directement au traitement de la malade. D'un autre côté la plupart de ces séances étant la répétition les unes des autres, nous ne transcrivons ici que celles qui seront intéressantes à un point de vue particulier. Dès la première séance (18 août) et malgré l'état d'agitation très grande de la malade, le sommeil arrive en trois minutes par la fixation de la baguette de verre. La phase de somnambulisme étant obtenue par la friction du vertex, nous suggérons simplement la guérison du mal de tête (clou) et aussi la disparition des voix. Il est inutile de dire que, comme pour toute suggestion, nous agissons par persuasion, et attendons que la malade soit bien convaincue de nos paroles. Elle est réveillée par le souffle sur les yeux et quelques heures après elle dit toujours souffrir de la tête, mais *bien moins* et elle *n'entend plus de voix*, ce qui lui semble fort bizarre, les voix étant d'habitude continuelles.

A midi, série de quatre attaques convulsives dont les prodromes (boule, spasme des muscles de la face) existaient avant la séance d'hypnotisme.

Après l'attaque, le mal de tête est toujours moins violent qu'à l'ordinaire et les hallucinations ne s'étendent qu'à gauche. — A trois heures, attaque spontanée de léthargie : contractures presque généralisées, plus manifestes à droite et dans l'extension forcée : phénomènes cataleptiformes ; les frictions amènent la résolution musculaire. Cet état dure deux heures et demie, et la malade réveillée n'a aucune conscience de cette période. Le mal de tête est toujours moins fort, et les hallucinations de l'ouïe ne siègent plus qu'à gauche.

19. — Le résultat des suggestions persiste comme hier soir. Elle est *très calme* toute la journée. — Le soir à sept heures, attaque de léthargie ; en l'examinant, notre main touche par hasard le vertex, alors la malade essaye d'ouvrir les yeux. A ce moment, apparition des phénomènes cataleptiformes et des contractures qui disparaissent par la friction des muscles antagonistes. La malade est réveillée par le souffle sur les yeux : aucune conscience au réveil.

20. — Très calme mais toujours délirante : les troubles de la sensibilité sont revenus ; hallucinations à gauche seulement.

21. — Nous hypnotisons la malade et lui suggérons qu'elle ne souffre plus dans la tête, ni dans le dos (et, pour l'en convaincre, nous lui montrons que ces points ne sont plus douloureux au

toucher), que *ses voix* ne se feront plus entendre et que les *agents politiques* qui la tourmentent vont disparaître. Ces suggestions persistent au réveil, durent toute la journée pendant laquelle la malade est très calme, fait de la musique. Elle se dit encore persécutée, mais par les *curés* seulement et a des hallucinations de la vue, symptômes que nos suggestions ont respectés.

22. — Attaque de léthargie durant depuis trois heures avec contractures invincibles des quatre membres : le bras gauche et les deux jambes sont dans l'extension forcée : à droite, le bras est dans l'adduction forcée, l'avant-bras fléchi à angle droit et les doigts dans la flexion forcée. Craignant que ces contractures ne persistent pas au réveil et ne déterminent de nouvelles idées délirantes, me souvenant aussi du fait produit dans l'attaque précédente, je frictionne légèrement le vertex, la malade se remue, essaye d'ouvrir les yeux, je fais disparaître alors les contractures par l'excitation superficielle au niveau des muscles antagonistes, je renouvelle mes suggestions et provoque le réveil par le souffle sur les yeux.

23. — Très calme, les suggestions persistent ; reçoit bien son mari.

24. — Série de trois attaques convulsives à la suite desquelles tous les points hyperesthésiques ont reparu. S'excite le soir : reparle de ses persécuteurs.

25. — Le matin, elle est très excitée et se querelle avec une malade, M^{me} X..., qu'elle dit être un des agents à sa poursuite : prodromes d'une attaque. Ayant remarqué déjà l'influence des attaques, de leur période de délire, sur le retour des idées délirantes et de l'excitation, j'essaye de l'empêcher par des suggestions. J'endors donc la malade et après avoir renouvelé les suggestions anciennes je lui frictionne le ventre en lui disant que je fais descendre sa boule qui ne l'étouffera plus : elle accepte cette idée, la sensation d'étouffement, l'ovarie disparaissent. Une fois réveillée, elle se porte bien, ne grimace plus, ne se plaint pas, n'a pas d'attaque, reste calme.

26. — Le matin, elle est très excitée et en veut toujours à M^{me} X... qu'elle appelle maintenant « sale femme » depuis que je lui ai dit qu'il n'y avait plus d'agents politiques.

Pendant toute une période qui dure jusqu'au 13 septembre, la malade est très excitée, violente, dangereuse même et les rêves qui troublent son sommeil, les hallucinations du sens génital qu'elle éprouve la nuit, la poussent à exercer des représailles contre deux personnes qui l'entourent qu'elle accuse de la prostituer. Les moyens de coercition ne faisant que l'exciter davantage, j'imagine de lui donner, pendant le sommeil somnambulique, des hallucinations négatives au sujet des personnes à qui

elle en veut et dont je supprime l'existence soit pour un des sens de la malade (ouïe ou vue), soit pour tous à la fois. Le moyen me réussit pleinement, et la malade une fois plus calme, je fais disparaître la suggestion après lui avoir recommandé le calme, la docilité, et l'avoir tranquilisé au sujet de la personnalité des personnes qu'elle attaquait et des rapports qu'elle aura désormais avec elles. Le procédé des hallucinations négatives que je n'ai employé qu'en dernier lieu a réussi beaucoup plus vite que les idées suggérées de calme, de la disparition de tous ses ennemis, qui ne duraient que peu. Car elle croyait toujours les reconnaître dans les deux personnes dont j'ai parlé et ces erreurs de personnalité, ainsi que les autres si nombreuses qu'elle faisait n'ont jamais pu céder à mes suggestions et n'ont disparu d'elles-mêmes qu'à la fin de la maladie.

A notre avis, ce fait doit tenir au mode de la suggestion car nous avons observé qu'il fallait les faire d'une façon différente pour chaque genre d'idée. — Mais toujours, au lieu de s'adresser directement à l'idée elle-même, il nous semble préférable, d'après l'expérience des faits, de rechercher d'abord le mode de production de l'idée et de s'adresser à ses causes génératrices; attaquer toujours d'abord les troubles somatiques exaspérant le délire, tel a été notre procédé et les faits nous ont donné raison, puis agir sur les hallucinations. Et alors il a fallu se mettre à la piste de toutes, les prendre une à une, et souvent ne pas se contenter d'une simple affirmation, mais faire assister la malade elle-même pendant le sommeil à la présence de ses hallucinations habituelles, les lui susciter au besoin pour les faire disparaître ensuite, en l'assurant qu'elles ne reviendront jamais. Une fois cela fait, les idées de persécution ou d'empoisonnement n'étant que secondaires, ont cédé d'elle-même, ne revenant que par paroxysmes, surtout aux époques menstruelles et toujours sous l'influence de troubles sensoriels divers.

Nous espérons qu'on nous pardonnera cette digression qui montre d'une manière générale notre façon d'agir. Car, étant donné la mobilité du délire des hystériques, nous ne pouvons faire assister jour par jour le lecteur à toutes les petites oscillations de la maladie. Nous n'insisterons que sur les points particuliers; nous rappellerons seulement encore qu'à chaque séance nous renouvelions nos suggestions antérieures : d'ailleurs, la malade devenant *suggestible à l'état de veille*, nous avons pu rapidement n'user de l'hypnotisme que dans les cas absolument nécessaires, soit pour prévenir une attaque imminente, soit dans des paroxysmes de délire et d'agitation, l'hypnotisme agissant toujours de lui-même sur ce dernier symptôme.

4 septembre. — Attaque de léthargie avec contracture des quatre membres de une heure de durée.

8. — Ecrit à ses parents un billet où elle demande leur visite et leur annonce qu'elle ne souffre plus de nulle part, que les agents qui la poursuivaient se sont enfuis. Elle est, en somme, beaucoup moins excitée et ses idées délirantes moins diffuses et moins incohérentes, car elle n'en veut plus qu'aux deux personnes dont j'ai parlé, et encore ne sont-ce plus des agents.

Cette idée, d'ailleurs, disparaît le 15 *septembre*, de la façon dont nous avons parlé plus haut. Ce jour-là, elle rit aux propos qu'on lui tient, elle fait un peu de tapisserie, et reçoit la visite de ses parents qu'elle accueille fort bien. — Le soir, attaque de léthargie avec contractures. Au réveil, *paraplégie* surtout accentuée dans la jambe gauche.

17. — Nouvelle attaque de léthargie avec contracture. Au réveil, disparition de la paraplégie sous l'influence d'une seule séance d'électrisation par les courants faradiques aidée de suggestions à l'état de veille. *Les idées hypochondriaques qui commençaient à s'accroître disparaissent alors avec le symptôme qui les avait provoquées.*

20. — Très agitée depuis deux jours : cris, chants, violences, tentative de suicide sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe très intenses. — Hypnotisme : suggestion de la disparition des voix qui s'éteignent graduellement et qu'enfin elle n'entendra plus. Au réveil, expression très calme de la figure, plus d'excitation, plus d'hallucinations.

21. — Prodromes d'une attaque disparaissant sous l'influence des suggestions hypnotiques. — Très calme toute la journée : on peut maintenant fixer son attention et arriver à la faire causer raisonnablement.

2 *octobre*. — Depuis dix jours que nous n'avions vu la malade, il s'est déclaré un accès de terreur panophibique avec hallucinations terrifiantes, surtout zoopsiques, idées d'empoisonnement, le tout consécutif à une piqûre de morphine intempestive et qui détermina des vomissements. — Facies halluciné, cheveux en désordre, cris de peur, fuite; il est presque impossible d'obtenir l'attention de la malade; les bains, les soporifiques et antispasmodiques n'ont rien fait depuis le début de cet accès. Somnambulisme provoqué : je la fais promener en rêve partout où elle le veut en lui suggérant à mesure la disparition de toutes les hallucinations qui l'effrayaient; elle se rassure et dit : « Elles ne reviendront plus, n'est-ce pas, toutes ces bêtes? » Sur mon affirmation, elle se calme tout à fait. Au réveil, elle a l'air très étonnée de ne plus rien voir d'effrayant : elle fait sa toilette, reçoit affectueusement ses parents, est très calme. Les anciennes suggestions persistent toujours.

3. — Attaque convulsive après laquelle, se souvenant seulement

qu'elle a été indisposée, elle dit que c'est parce que *ses vêtements sont empoisonnés*. Cependant elle ne s'excite pas. Avant l'attaque, sentant sa boule remonter, elle disait : « *Je suis si malade, que je ferais mieux de me tuer.* »

5. — Les hallucinations de la vue ne se sont pas reproduites, mais elle entend des voix dans le lointain et on la pousse dans le dos. Idées d'empoisonnement plus développées : lave tous ses aliments.

6. — Sous l'influence des suggestions hypnotiques, les hallucinations diverses disparaissent ainsi que l'idée d'empoisonnement. Elle *mange proprement au réveil*, est calme, cause raisonnablement.

8. — Attaque convulsive avec une période de délire où elle voit des taureaux, du sang, des fleurs. — *Ces hallucinations persistent après la crise* et durent toute la journée, résistant aux suggestions à l'état de veille. Les suggestions antérieures persistent.

9. — Mêmes hallucinations qu'hier : le clou a reparu. Ces phénomènes disparaissent après une séance d'hypnotisme. Elle est alors calme, ne délire pas, fait de la musique... Certains faits de mémoire, antérieurs à la maladie, ont été oubliés, l'année, son domicile, son âge, la perte de ses parents. Elle commence maintenant à savoir le jour, le mois, l'année; il m'a suffi de le lui dire et de le lui demander ensuite tous les matins. Quant à son âge, elle se vieillit de plusieurs années et je ne puis la convaincre de son âge réel qu'en lui disant dans le cours du sommeil somnambulique que je lui enlève les années qu'elle se donne de trop. Depuis ce moment, elle a toujours donné son âge réel. Les sentiments affectifs se réveillent sous l'influence des suggestions à l'état de veille; elle demande des nouvelles de ses parents, les attend et les reçoit bien. — Polyurie depuis quelques jours. Aucun trouble de la sensibilité.

11. — Hallucinations du sens musculaire, on la pousse, on la fait aller à droite et à gauche. Refuse de manger sans que je puisse savoir pourquoi; cependant l'idée du poison n'existe plus.

12. — Attaque de léthargie sans contracture : même état, très calme, affectueuse, mais je ne puis lui faire prendre qu'un potage.

13. — Toujours calme, ne délire pas : je ne puis constater d'autres hallucinations; même refus de nourriture résistant aux suggestions à l'état de veille. Sonde œsophagienne. Les anciennes suggestions persistent.

15. — Époque menstruelle. Hallucinations de l'ouïe : cloches; elle délire alors sur les enterrements, les catacombes.

18. — Attaques de léthargie avec contracture. Même état mental que le 15 durant jusqu'au 21.

21. — *Ce jour-là*, nouvelle attaque de léthargie avec contracture.

22. — Réapparition du clou hystérique, mais sans délire consécutif. La malade reste calme, s'occupe, ne fait que des erreurs de personnalité. Elle consent à manger.

24. — Calme et docile, trouve seulement que *la vie est trop longue puisqu'elle souffre encore de la tête*. A ce niveau, hyperesthésie notable; comme les suggestions à l'état de veille restent impuissantes, j'ai recours au sommeil somnambulique, je suggère, comme précédemment, *la disparition de la céphalalgie* et rappelle toutes les anciennes suggestions qui persistaient d'ailleurs. Au réveil, la douleur spontanée et l'hyperesthésie du vertex ont disparu. Ne parle plus de mourir.

27. — Attaque de léthargie suivie de contractures.

28. — Toute la journée elle est calme, fait de la musique, mange bien, ne manifeste pas d'inquiétudes, d'idées de persécution, d'hallucinations, ni de douleurs. La mémoire des faits de sa vie d'enfant et de jeune fille revient; fait toujours des erreurs de personnalité.

4^{er} novembre. — Attaque de léthargie avec contractures.

3. — Accès de *migraine ophthalmique* très-net: douleur dans l'œil gauche et la région sus-orbitaire s'irradiant de là à droite, scotomes bleus et jaunes sur les côtés, passant quelquefois devant les yeux en dansant et en faisant une ligne lardue en zigzag; nausées, vomissements: *parésie* de la jambe gauche, pas de troubles cynesthétiques.

7. — Les maux de tête et les scotomes ont disparu¹, il ne reste que la parésie de la jambe gauche avec anesthésie.

8. — Attaque de léthargie de trois heures à onze heures du soir, suivie de contractures.

10. — Les deux jambes sont paralysées et insensibles, à cause du poison, dit-elle. Elle est calme, mais elle a peur et s'inquiète beaucoup de son enfant.

20. — Tentatives répétées de suicide suite d'impulsions subites auxquelles elles ne peut résister sans avoir des étouffements, des angoisses, des maux de tête. Les idées, détruites antérieurement, ne reviennent pas: parésie et anesthésie constantes de la jambe gauche.

9 décembre. — L'anesthésie a disparu avec la paralysie par suite de l'électrisation aidée des suggestions à l'état de veille. — Les impulsions au suicide persistent toujours et l'*anxiété précordiale*, la *tension céphalique* qui les accompagnent suscitent des idées d'em-

¹ Les suggestions sont restées sans effet. — Le sulfate de quinine et un purgatif ont amené la disparition de la migraine.

poisonnement. Surviennent ensuite des hallucinations de la vue (taureaux...) et du sens musculaire : elle a peur que tout ce dont elle a souffert ne revienne.

24. — Les hallucinations, surtout de la vue, n'ont fait que croître : les idées d'empoisonnement et de suicide persistent : incohérence.

26. — Une séance d'hypnotisme a raison des hallucinations et des idées délirantes d'empoisonnement et de suicide. C'est l'époque des règles.

1885. — 4 janvier. — Courte période d'excitation génitale : pas d'onanisme.

43. — Anurie depuis deux jours : pas de vomissements. — Névralgie occipitale.

44. — Urines abondantes (chiendent).

2 février. — Mêmes impulsions suicides et homicides auxquelles elle résiste grâce à nos suggestions renouvelées à l'état de veille et tous les jours en lui disant que non seulement elle *doit*, mais aussi qu'elle *peut* résister. Elle reconnaît elle-même que ces idées sont contraires à la raison, mais elles lui sont sans doute imposées par un personnage invisible ; elle se sent d'ailleurs dans ces cas poussée dans le dos.

44. — Tremblement *subit* généralisé : « Ce n'est rien, dit-elle, cela va passer, je ne serai pas malade. » Au bout d'une minute, on voit quelques petites secousses convulsives, une ébauche à peine sensible d'arc de cercle, et cependant elle dit : « Ce n'est rien, je n'aurai rien » ; il y a encore quelques petites secousses, puis elle reste tranquille, somnolente. Je la secoue un peu en lui disant que tout est fini et elle se réveille. C'est, en somme, une *attaque avortée*, grâce aux suggestions antérieures.

25. — Elle écrit : « Je ne peux m'expliquer les ordres et les défenses qui m'étaient imposées avec une autorité si puissante, que j'étais forcée de les accomplir et quels étaient le motif et l'intérêt de ces gens maudits qui n'existent plus. Ils m'ont fait subir tous les tourments imaginables et m'ont envoyé des spectacles épouvantables. J'étais tiraillée à droite et à gauche sans jamais savoir ce qu'il fallait que je fasse. »

2 mars. — Les idées de suicide et d'homicide persistent : « J'éprouverais, écrit-elle, un plaisir extraordinaire à exécuter ce dont je me prive depuis longtemps par obéissance et par crainte. (... Je suis sous une influence forcée, mais je voudrais bien que cette personne se montre à moi et me parle catégoriquement. » Elle est d'ailleurs très raisonnable, très douce et docile ; ne souffre pas et ne manifeste aucune de ses anciennes idées.

3. — Elle se ressouvient d'elle-même de la mort de son père

qu'elle n'a pas voulu admettre jusqu'ici : crie, pleure, n'est pas hallucinée : elle supplie qu'on lui dise que son père est simplement en voyage. — L'après-midi, à trois heures, contractions spasmodiques dans le côté gauche de la face, autrefois précurseurs de l'attaque convulsive. Elle n'étouffe pas, ne sent pas sa boule ; dit même qu'elle ne viendra pas ; tremblements du côté droit surtout dans le bras. Pas de troubles de la sensibilité, douleur profonde au niveau de la bosse pariétale gauche (à 5 centimètres sur une ligne verticale distante de 3 centimètres de l'insertion supérieure du pavillon de l'oreille). — Rêves ; durée totale, sept minutes. En se réveillant, elle dit : « N'est-ce pas que je n'ai pas eu d'attaque. D'ailleurs, je me sens bien guérie, et n'en aurai plus jamais. »

24. — Époque menstruelle : impulsions homicides ; demande à rester seule parce qu'elle a peur de tuer quelqu'un.

25. — Zones hyperesthésiques, spontanément douloureuses sous la clavicule gauche, le sein gauche et dans le jarret de ce côté.

2 avril. — Même état, idées d'empoisonnement, hallucinations du sens musculaire.

3. — Pendant le sommeil somnambulique, je lui suggère la disparition des points hyperesthésiques, celle de ses hallucinations, et des personnages invisibles qui la poussent au suicide ; puis par suite, la fausseté de ses idées d'empoisonnement et la cessation des impulsions dangereuses ; je renouvelle aussi les anciennes suggestions.

40. — Très calme depuis huit jours, gaie, ne souffre pas, n'a pas d'impulsions et, comme délire, n'a plus que ses erreurs de personnalité et de mémoire.

Hier soir, une malade ayant eu à côté d'elle une attaque d'épilepsie, elle est prise de peur, se sauve dans une autre chambre, où une violente « commotion » la secoue ; elle repart dans une autre pièce, et là une seconde commotion la jette à terre sans connaissance ; puis surviennent des mouvements désordonnés des membres, comme un tremblement excessif, ne ressemblant en rien à ses anciennes attaques. Ce tremblement dure toute la nuit. Au matin, douleurs de tête sus-orbitaires et dans la région pariétale à gauche 6 centimètres sur une verticale distante de 5 centimètres de l'insertion du pavillon. Les points hyperesthésiques ne sont pas revenus, diminution notable de la sensibilité dans tout le côté droit du corps et de la face. Trépidation de tout le côté droit faisant par suite trembler tout le corps, mais le côté droit seul est agité de petites secousses répétées, presque uniformes, s'interrompant par intervalles pendant quelques secondes. Les mouvements volontaires exagèrent l'amplitude des tremblements : la démarche est

celle d'un spasmodique : légère raideur des membres du côté droit. De ce côté, les réflexes tendineux sont très développés au coude, au poignet, au genou, au coup-de-pied. Tremblement latéral de la tête peu accentué, pas de déviation de la face, petites secousses intermittentes dans l'orbiculaire des paupières et le zygomatique droit. Ecoulement des larmes dans l'angle externe des yeux, surtout à droite; dilatation de la pupille droite. Rien du côté de la langue. — Le tremblement persiste pendant le sommeil.

La malade s'affecte beaucoup de son état et est convaincue qu'elle est atteinte d'épilepsie, le bromure que je prescris la confirmant dans cette idée; et comme elle exige cependant des médicaments, je lui ordonne un peu de chloral.

11. — La douleur de tête est limitée au point pariétal. Outre la trépidation qui agite par intervalle les membres en entier, on sent une trémulation de tous les muscles, surtout à l'avant-bras.

13. — Le tremblement persiste, mais en s'atténuant : cependant la malade manifeste des idées d'empoisonnement.

20. — Le tremblement diminue la marche est possible. Pendant toute cette période la malade n'a cessé de demander si on était bien sûr qu'elle n'était pas épileptique ou qu'elle ne le deviendrait pas. Et il fallait une assurance formelle, une suggestion énergique en somme, pour la consoler et lui enlever cette pensée qui ne faisait qu'augmenter le tremblement. Ne faut-il pas voir dans ce tremblement un phénomène d'*induction psycho motrice* (Féré), résultant d'une *auto-suggestion* de la part de la malade effrayée des convulsions épileptiques de sa compagne.

29. — Hier, un phénomène du même genre se produit encore. Une employée l'ayant appelée *folle*, elle commence à pleurer, puis s'excite, se met en colère, et finalement en arrive à un état d'excitation assez accentué, elle délire même un peu, parle de fleurs, mais les idées détruites par les suggestions ne reparaisent pas.

30. — Cette excitation et ce délire cèdent aux suggestions en somnambulisme. A la suite de cette séance, la malade est méconnaissable et c'est à ce jour qu'on peut faire remonter la crise qui termine l'accès. Elle semble se concentrer, réfléchir, et son langage est beaucoup plus réservé; elle n'emploie plus le tutoiement vis-à-vis de certaines personnes avec qui elle se montrait très familière; elle discute d'elle-même ses erreurs de personnalité et quand nous l'entendons alors appeler les personnes par leur nom, elle répond à nos questions qu'elle s'est aperçue de ses erreurs, qu'elle a été malade.

6 mai. — Quelques vertiges, sensation de velours sous les pieds. — Traitement tonique : la malade, depuis deux mois, suit un traite-

ment hydrothérapique qu'elle a accepté sous l'influence des suggestions. Eruption furonculaire.

41. — La mémoire de tous les faits antérieurs à son délire est revenue et est complète. Plus d'erreurs de personnalité : aucune hallucination, aucune idée délirante. Reconnaît la fausseté de ses anciennes conceptions, dit que cela est dû aux écarts de son imagination, qu'elle a été folle. Les sentiments affectifs sont revenus. — Elle s'occupe de son avenir, de la position que sa maladie peut lui avoir faite dans le monde où elle ne veut rentrer que sûre d'être bien guérie, car elle veut tout faire pour ne pas retomber malade.

Juin. — Cet état persiste : aucun trouble somatique ni psychique. — Travaille un peu, sort, se promène, va même à l'église. Aucune excitation aux époques menstruelles. Elle rit maintenant de ses erreurs passées.

Juillet. — Même état : un peu soucieuse par suite d'affaires de famille existant réellement, juge très bien sa maladie passée et la situation qui en résulte pour elle. Elle ne se plaint simplement que d'être un peu apathique et incertaine au sujet de ses projets d'avenir. Aucun trouble ni physique, ni psychique, pas d'hallucinations, pas d'impulsions. Le sommeil seul est un peu court.

10 août. — Le sommeil est revenu complètement.

1^{er} septembre. — Aucune idée délirante, pas de troubles somatiques : sommeil très bon.

TABLEAU DES SÉANCES D'HYPNOTISME

1884.	Août	7
	Septembre	18
	Octobre	5
	Décembre	1
1885.	Janvier	1
	Avril	2

Sans insister sur certains des points particuliers que cette observation peut présenter d'intéressants, tels que l'accès de migraine ophthalmique avec paraplégie, la transformation de la léthargie spontanée en somnambulisme provoqué, la production du tremblement par auto-suggestion, sa disparition ainsi que celle des symptômes somatiques, attaques, contractures, paralysies par les moyens indiqués dans le cours du travail, nous ne parlerons que de l'action générale de l'hypnotisme.

En résumé, comme nous l'avons dit au début et comme on a pu le voir par l'observation, ici les symptômes psychiques

sont manifestement secondaires aux désordres somatiques, car ils existent, se développent et disparaissent avec eux. Aussi, là, comme ailleurs le précepte, *sublata causa tollitur effectus*, restera vrai : et les suggestions réussiront bien mieux si elles s'adressent à la cause de l'idée ou tout au moins à ce qui est regardé comme tel par la malade, qu'à l'idée elle-même. L'effet qu'elles peuvent produire dans ce dernier cas sera bien moindre ; car la malade se trouvera entre deux forces contraires, la suggestion imposée qui détruit son idée délirante, et le trouble physique qui la produit. Or fatalement un jour ou l'autre ce sera la dernière qui l'emportera, si elle dure toujours. Au contraire, si l'on s'attaque à la cause, l'idée qui en résulte disparaîtra pour ainsi dire d'elle-même. L'observation nous a maintes fois montré ce fait, notamment à propos des idées de suicide qui n'ont cédé que du jour ou l'hallucination qui les provoquait, et qui était la cause à laquelle la malade *les rattachait d'elle-même*, nous a été connue. Quant à l'agitation qui n'est en somme que la manifestation extérieure de tout ce désordre pathologique, elle disparaît avec lui et même elle cède en général assez facilement à l'action inhibitoire directe de l'hypnotisme.

Nous sommes bien convaincu que dans ce cas l'hypnotisme seul a eu raison de l'accès, alors qu'avec les autres traitements on n'obtenait aucun résultat, et que le pronostic de l'accès avait été désespéré. Cette guérison se maintiendra-elle ? Nous n'osons l'espérer étant donnés les antécédents de la malade, mais aucun procédé thérapeutique n'a jamais pu que guérir l'accès d'un aliéné sans modifier son état mental antérieur et d'ailleurs rien n'empêche maintenant de soumettre la malade à tel traitement qu'on voudra, usité en pareil cas. Que l'accès soit passé, que le calme soit revenu, c'est tout ce que nous pouvions demander, tant le pronostic était sombre. Nous ne tirerons pas de ce fait cette conclusion qu'il faille traiter les aliénés par l'hypnotisme. Loin de nous cette pensée ; nous ne nous adresserons qu'à certains malades, des hystériques surtout presque tous plus ou moins suggestibles. Quant à prendre cette méthode d'emblée dans le traitement d'une folie hystérique, telle n'est pas encore notre idée, et nous savons qu'il y a bon nombre de ces cas qui guérissent par les moyens usuels. Mais lorsque ces moyens sont restés inefficaces, lorsqu'on voit la maladie durer un temps très long malgré tous

les traitements employés, quand on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique et que le pronostic semble devenir funeste, je crois que l'on est autorisé à user de tous les moyens et à essayer la thérapeutique suggestive.

Telles sont les considérations qui nous ont guidé dans le traitement exposé ci-dessus qui, en somme, a agi rapidement et donné de suite des modifications sensibles. La mobilité du délire hystérique, seule, en nous obligeant à poursuivre les idées délirantes une à une, a retardé la guérison complète.

Il va sans dire qu'on ne commencera un pareil traitement qu'après avoir bien fait l'analyse psychologique du malade et s'être assuré autant que possible du mode d'évolution du délire pour connaître de suite la façon de faire les suggestions. Il s'agira alors simplement de chercher à appliquer les expériences connues suivant chaque cas particulier.

Les séances, d'un autre côté, seront aussi courtes que possible ; on ne les renouvellera, comme nous l'avons fait nous-même, qu'autant que l'état de la malade semblera l'exiger, et que les suggestions à l'état de veille ne réussiront plus. En cas d'insuccès on pourra cesser le traitement.

Quant aux dangers et aux difficultés qu'on peut rencontrer, ils nous paraissent avoir été bien exagérés. L'hypnotisme peut pour certains médecins être incriminé et rejeté comme moyen expérimental chez les sujets sains ou peu malades. Mais chez des malades aussi atteints que la nôtre, on ne peut guère craindre d'aggraver la situation et jamais, pour notre part nous n'avons eu d'accidents, loin de là, chaque séance étant suivie d'un mieux de plus ou moins longue durée, mais fort sensible, aussi bien au physique qu'au moral.

On nous objectera peut-être les attaques de léthargie de notre malade ; mais il suffit de faire remarquer qu'elles existaient déjà fréquentes avant l'hypnotisme et même avant l'affection mentale.

D'un autre côté si l'on ne peut modifier l'état mental on agira au moins sur l'état somatique et sur l'agitation, et l'on pourra ainsi aider les autres traitements. Quant aux difficultés, nous pensons qu'avec de la persévérance on peut en triompher et arriver à endormir des sujets, comme nous l'avons fait, même au milieu d'un paroxysme maniaque.

Le seul point réellement difficile, c'est, encore une fois, la

façon de faire les suggestions, qui nécessite un examen clinique approfondi.

Comme ce n'est pas sur une observation qu'on peut établir un système nous concluons en disant que nous n'avons pas voulu ériger une nouvelle méthode thérapeutique. Nous avons seulement eu l'idée aujourd'hui d'attirer l'attention des observateurs sur ce mode de traitement (suggestions hypnotiques et à l'état de veille), qui nous semble rationnel et qui peut être, à notre avis, employé avec succès dans certains cas, exceptionnels peut-être, mais qui n'en existent pas moins et qu'une observation minutieuse pourra faire reconnaître.

REVUE CRITIQUE

TROUBLES NERVEUX DANS LE DIABÈTE CHEZ LES FEMMES ;

Par M. LECORCHÉ.

Les troubles nerveux qu'on observe chez les diabétiques, signalés depuis longtemps par la plupart des auteurs qui ont écrit sur le diabète, ont fait l'objet, dans ces derniers temps, de deux travaux d'ensemble intéressants, la revue critique de MM. Féré et Bernard¹ et la thèse de M. Dreyfous². Nous insistons surtout ici sur les faits que nous avons personnellement relevés chez nos malades et qui forment d'ailleurs un tableau varié des manifestations les plus importantes.

A priori, ces troubles peuvent être rapportés soit à des lésions matérielles et grossières des centres cérébro-médullaires, soit à des modifications plus délicates, subies par les éléments nerveux au contact d'un sang adultéré ou d'une circulation artérielle insuffisante. Ces deux ordres de troubles névropathiques

¹ *Des troubles nerveux chez les diabétiques.* Féré et Bernard. *Archives de Neurologie*, 1882, t. IV, p. 336.

² Dreyfous. — *Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré.* Th. agrég., 1883.

se relient-ils par une sorte de chaîne ininterrompue, et les lésions étendues et profondes du premier groupe ne sont-elles que l'expression dernière des altérations légères et insaisissables, pour ainsi dire, qui provoquent les manifestations atténuées de la deuxième catégorie? La fréquence des lésions nerveuses indiquées par Dickinson dans le diabète semblerait autoriser cette hypothèse. Il est impossible d'admettre l'opinion primitivement émise par l'auteur anglais et de regarder ces lésions comme la cause même du diabète. Mais le fait en lui-même n'en est pas moins réel, et l'on constate habituellement, disséminés dans les différentes parties de l'axe cérébro-spinal, de petits foyers limités de thrombose ou de désintégration, des lacunes, de petites extravasations de sang ou de pigment, etc. Ces diverses altérations expliquent peut-être un certain nombre de phénomènes nerveux observés chez les diabétiques, et pourraient sinon servir de substratum anatomique aux troubles névropathiques, dits *sine materia*, relevés chez les malades, au moins établir une transition entre les manifestations regardées comme purement dynamiques et celles qui se rattachent d'une façon indiscutable à des foyers de ramollissement ou d'hémorragie. Mais la relation directe entre l'existence et le siège de ces altérations et les divers phénomènes nerveux n'a pas été établie, jusqu'ici, d'une manière satisfaisante; et, jusqu'à nouvel ordre, il nous paraît prudent de maintenir une ligne de démarcation entre les symptômes liés manifestement à des lésions en foyer et les troubles multiples de ce qu'on pourrait appeler la névropathie diabétique. Ceux-ci, qu'ils portent sur la sensibilité, la motilité ou l'intelligence, constituent pour nous les vraies manifestations nerveuses du diabète. Les autres, relevant le plus souvent de l'hémorragie et du ramollissement, ne se rattachent qu'indirectement à la maladie générale par l'intermédiaire des altérations du système vasculaire.

A. *Manifestations nerveuses directes.* — Les troubles de cet ordre que nous avons observés chez nos malades sont des plus variés; nous les diviserons en troubles sensitifs, troubles moteurs et troubles intellectuels.

1° *Troubles sensitifs.* — Les troubles sensitifs affectent les sens spéciaux ou la sensibilité générale. Ils peuvent intéresser la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, le toucher. L'amblyopie, plus ou moins prononcée est le symptôme le plus souvent ob-

servé (22 fois sur 114 Obs.). Nous reviendrons tout à l'heure sur ce sujet que nous avons du reste déjà traité ailleurs¹. La surdité est moins fréquente (Obs. XXXVI, XXXVII, XXXIX). Chez une de nos malades (Obs. LV), la surdité était limitée à l'oreille gauche. Parfois, la vue et l'ouïe sont compromises en même temps (Obs. LVI). Les troubles de l'odorat et du goût, sont encore plus rares ; nous n'avons noté que deux fois les perversions de ces sens (Obs. XXXIX, XL).

Dans d'autres cas, c'est la sensibilité tactile qui est atteinte. Les malades de nos OBSERVATIONS ne sentaient qu'imparfaitement les objets qu'elles prenaient à la main. Elles avaient de la peine à saisir les petits objets, une épingle, une plume. En cousant, l'une d'elles laissait échapper son aiguille qu'elle ne sentait plus. Lorsqu'elle ne regardait pas l'objet qu'elle tenait, elle le laissait presque toujours tomber. Chez ces malades, la sensibilité était très émoussée, aux membres supérieurs ; on constatait, à l'aide du compas de Weber, que l'écart était le double de ce qu'il est à l'état sain.

Voici d'ailleurs les chiffres précis que nous avons notés dans l'exploration comparée des deux côtés du corps avec le compas, chiffres qui permettent de se rendre compte du degré de l'anesthésie.

Écart du compas de Weber pour donner lieu à la sensation des deux pointes.

	CÔTÉ DROIT.	CÔTÉ GAUCHE.
Paume de la main.....	1 centim.	1/2 centim.
Face palmaire des doigts.....	1 —	1/2 —
Face dorsale de la main.....	2 —	1 — 3/4
	CÔTÉ DROIT.	CÔTÉ GAUCHE.
Face palmaire de la main... ..	1 centim.	1 centim.
Face palmaire des doigts.....	1/2 —	1/2 —
Face interne de l'avant-bras....	2 —	2 — 1/2
Face dorsale du pied.....	2 —	3 —
Jambe, quart inférieur.....	5 —	4 —
Jambe, trois quarts supérieurs..	7 —	7 —

Dans une deuxième exploration, faite quelques semaines plus tard, on obtenait les résultats suivants :

¹ Lecorché. — *De l'amblyopie diabétique*. Gaz. hebdomadaire. 1861.

	CÔTÉ DROIT.	CÔTÉ GAUCHE.
Face dorsale de la main.....	3 centim.	3 centim.
Face palmaire de la main.....	1 —	1 —
Face palmaire des poigts.....	1/2 —	1/2 —
Face dorsale de l'avant-bras....	5 — 1/4	5 — 1/4
Face palmaire de l'avant-bras..	3 —	4 —

Au lieu d'anesthésie, on peut observer de l'hyperesthésie cutanée. Les malades se plaignent de fourmillements, de picotements, et surtout de démangeaisons. Les démangeaisons sont parfois généralisées, comme dans notre OBSERVATION XI. Mais le plus souvent elles se localisent à certaines parties du corps et de préférence aux organes génitaux. Elles s'exaspèrent par crises, surtout la nuit, sous l'influence de la chaleur des draps. Ce prurit génital peut avoir pour conséquence une véritable excitation génésique des plus pénibles et des plus tenaces. Une de nos malades s'en montrait absolument scandalisée. Disons ici que nous n'avons remarqué chez la femme cette anaphrodisie si commune chez les malades de l'autre sexe.

L'hyperesthésie peut être limitée à d'autres régions, à la cuisse, au bras, au sein ; signalons chez une de nos malades l'hyperesthésie du cuir chevelu qui s'accompagnait de vertiges. La peau, hyperesthésiée en un point, peut-être anesthésiée en d'autres. Chez la même malades nous avons noté l'hyperesthésie du cuir chevelu et l'anesthésie des doigts ; il existait en même temps des arthralgies du membre supérieur gauche.

L'exaspération de la sensibilité peut être en effet plus profonde et occuper les articulations, se traduisant par des sensations de compression, de serrement, d'élancement. Certaines de nos malades se plaignaient d'avoir les poignets comme cerclés de fer, les pieds comme serrés dans des étaux. Ces arthralgies, qui portent sur les jointures de l'épaule, du poignet, des pieds, des mains, sur le talon, ont pu faire croire à des complications rhumatismales du diabète. (Obs. XXII, XXV, XXX, XXXIX, LIII.)

Un autre trouble de sensibilité générale, qui nous a particulièrement frappé et qui est presque caractéristique du diabète, c'est une sensation de fatigue et de courbature qui se localise surtout aux cuisses, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs. Cette sensation de courbature a ceci de particulier qu'elle est constante, plus prononcée, peut-être, le

matin au lever qu'au coucher. Elle paraît très distincte de la sensation de courbature due à la fatigue, et qui cesse avec le repos. La courbature diabétique ne disparaît point avec le repos ; elle peut même être assez marquée pour troubler le sommeil ; elle ne s'aggrave nullement par l'exercice qui semble, au contraire, la dissiper. Elle traduit assez bien les oscillations que présente la glycosurie, s'aggravant lorsque l'élimination du sucre augmente, s'atténuant, au contraire, lorsqu'elle diminue. Le bromure en diminue parfois l'intensité ; mais comme ce médicament agit en même temps sur la glycosurie, il est probable que c'est en faisant baisser la glycosurie qu'il a prise sur la courbature.

La céphalalgie a été fréquemment observée chez nos malades sous les formes les plus diverses. Tantôt les malades accusent une sensation de pesanteur au niveau de la région postérieure ou antérieure de la tête ; il leur semble qu'elles ont comme du plomb sur les yeux (OBS. V). Tantôt il s'agit de véritable migraine s'accompagnant de vomissements (OBS. XXXIX), cédant avec la diminution de la glycosurie (OBS. XXXI, XXXVIII). Parfois cette migraine revêt le caractère de la migraine ophthalmique (OBS. LXXXII, LXI) ; dans d'autres cas, il n'y a qu'une simple pesanteur de la tête (OBS. XXXIII). Enfin une des formes les plus communes de la céphalalgie diabétique est la céphalalgie occipitale avec douleur localisée à la nuque (OBS. XLV, LVI, LIX, LXXII).

Mais c'est le plus souvent sous forme de névralgies que se traduisent les troubles de la sensibilité générale.

Ces névralgies diabétiques ont été étudiées par différents auteurs, Loeb¹, Buzzard, Schmitz, Tischemacher, Berger, Drasche, Worms ; elles affectent le sciatique, le crural, les nerfs intercostaux, frontal, occipital, cervico-occipital ; elles n'ont que peu de rapports avec l'intensité de la glycosurie.

Ce qui les caractérise, suivant Berger, c'est :

1° Leur spontanéité ;

2° Leur localisation à quelques branches terminales du sciatique, le sural et le plantaire ;

¹ Loeb, *Deutsch Arch. f. Klin. med.*, 1880. — Buzzard, *The Lancet*, 1882, p. 302. — Schmitz, *Deutsch med. Wochens.*, 1882. — Tischemacher, *Deutsch med. Wochens.*, 1883. — Berger, *Breslau artz. Zeitsch.*, 1882. — Drasche, *Wien. med. Woch.*, 1882. — Worms, *Bull. Acad. med.*, 1882.

3° Leur tendance à la bilatéralité;

4° Leur violence, la longue durée des paroxysmes, rappelant tout à fait les névralgies dues à des lésions de la moelle;

5° L'apparition rapide de troubles vaso-moteurs dans la zone des nerfs affectés;

6° Leur résistance à tout traitement ordinaire, leur amélioration par le traitement anti-diabétique.

Cinq fois nous avons constaté l'existence de la sciatique (Obs. IX, XI, XXXVIII, XXXIX, LXI). Elle accompagne, précède ou suit l'apparition d'autres névralgies, telles que les névralgies dentaires (Obs. IX); des névralgies intercostales (Obs. XI), la gastralgie (Obs. XXXVIII), la migraine (Obs. XXXVIII, XXXIX).

C'est le plus souvent à gauche qu'elle s'est manifestée chez les malades que nous avons observés. Nous n'avons constaté qu'une fois (Obs. XXXV) la sciatique double, symétrique, indiquée par Worms et Drasche.

Chez cette dernière malade, la sciatique reparut à plusieurs reprises et chaque fois son retour coïncida avec une recrudescence de la glycosurie.

La gastralgie ne nous a pas semblé moins fréquente. Nous l'avons rencontrée six fois (Obs. XI, XXVII, XXXVIII, LII, LIV, LV). Comme la sciatique, elle annonce parfois la recrudescence de la glycosurie et cesse lorsque celle-ci diminue ou disparaît (Obs. XXXVIII). Comme elle aussi, elle accompagne, précède ou suit d'autres névralgies, telles que les névralgies intercostales (Obs. XI), la névralgie faciale (Obs. LV). Elle provoque souvent des vomissements (Obs. XXVII, XXXIX).

Parmi les autres névralgies qu'il nous a été donné d'observer chez la femme diabétique, nous citerons encore la névralgie faciale (Obs. LV, LXXVI), des névralgies dentaires (Obs. IX), oculaires (Obs. LXXXII), des coliques utérines (Obs. XXXIV), la névralgie de l'ovaire (Obs. XXXVIII).

Ces troubles si variés de la sensibilité coexistent fréquemment chez le même sujet. Il n'est pas rare d'observer chez la même malade, à des intervalles plus ou moins rapprochés, de la sciatique, des névralgies intercostales, de la gastralgie (Obs. XI); ailleurs de la migraine, des douleurs articulaires des mains, des coliques néphrétiques (Obs. XXIII); ailleurs encore de la migraine, une sciatique, de la gastralgie, des crises de névralgie de l'ovaire (Obs. XXXVIII). Ce qui démontre

bien que la cause de ces hyperesthésies de siège si différent sont de même nature, c'est qu'on les voit souvent alterner ensemble, c'est qu'on les voit se modifier, diminuer d'intensité et disparaître lorsqu'on est arrivé, à l'aide d'une médication appropriée, à faire baisser le sucre éliminé par les urines. Elles résistent le plus souvent à toute autre médication.

2^o *Troubles moteurs.* — La motilité paraît moins souvent atteinte, chez les diabétiques, que la sensibilité. Lasègue et Charcot ont signalé cependant un certain nombre de cas de diabète où se sont produits des troubles paralytiques qui ne paraissaient pas liés à des lésions profondes du système nerveux. Ces paralysies ont pour caractère d'être passagères, incomplètes et limitées; elles occupent le plus souvent un membre, ou un groupe de muscles, parfois même un muscle isolé; en général elles sont associées à divers troubles sensitifs, anesthésie ou hyperesthésie. Nous devons dire qu'aucune de nos malades ne nous a présenté de phénomènes de ce genre. Ce que nous avons observé assez souvent, c'est une sorte d'atonie musculaire, surtout sensible vers les extrémités inférieures, et qui rend la marche difficile, sinon impossible. Cette parésie, qui semble liée à la présence dans le sang d'une quantité excessive de sucre, augmente par la marche et cède à la médication alcaline. Chez notre malade de l'OBSERVATION XLVII, ce sentiment de faiblesse paraissait limité à l'un des côtés.

Il n'est pas rare d'observer aux stations thermales des malades qui, à leur arrivée, ne pouvaient se tenir sur leurs jambes, ou dont la force baissait rapidement, par suite de mouvements exagérés, et qui, au bout d'un temps même restreint, alors que la glycosurie avait baissé, pouvaient se livrer à l'exercice de la promenade. Dans ces cas, on ne peut attribuer l'amélioration à la reconstitution de l'individu, puisque, souvent, l'embonpoint n'avait pas reparu. Il resterait à se demander si c'est en agissant sur le muscle ou sur le système nerveux que le sucre arrive à produire ces effets de parésie, mais nous avouons qu'il est encore actuellement impossible de se prononcer sur cette question.

Quelques malades se plaignent de crampes limitées au membre supérieur. Dans un cas, nous avons observé des troubles de motilité qu'il nous paraît intéressant de signaler, bien que

nous ne soyons pas convaincu de leur nature diabétique; nous voulons parler des phénomènes que nous avons observés chez une femme de quatre-vingts ans (Obs. XLIX). Cette femme, qui rendait chaque jour deux litres d'urine contenant 50 grammes de sucre par litre, fut prise tout à coup de crampes tétaniques des avant-bras et des jambes. Ces crampes se manifestaient par crises qui se répétaient quinze à vingt fois par jour; chaque crise durait à peine 30 secondes. Elles s'accompagnaient de douleurs assez vives. Le moindre mouvement suffisait pour en provoquer le retour. Il n'y avait pas trace de paralysie dans l'intervalle; l'intelligence était intacte; la sensibilité parfaite. L'apparition de ces crises avait coïncidé avec une augmentation du chiffre de sucre éliminé par les urines. Elles se dissipèrent avec l'abaissement de la glycosurie.

3° *Troubles intellectuels.* — L'intelligence peut être plus ou moins compromise. Deux fois nous avons observé la crainte de la mort passée à l'état d'idée fixe (Obs. X, LVII). Une de nos malades (Obs. LI) ne pouvait rester seule sans éprouver un violent désir de se jeter par la fenêtre de son appartement ou d'un wagon. Elle en était effrayée et craignait de ne pouvoir résister à cette impulsion. Deux autres (Obs. XLIII, LXXVIII) furent atteintes de délire de persécution avec hallucinations. Chez la malade de notre OBSERVATION XLIII, il se manifesta à plusieurs reprises avec des retours de lucidité; chez la malade de notre OBSERVATION LXXVIII, il précéda de très peu l'issue fatale, et la malade mourut délirante. Bien qu'on puisse toujours, chez une diabétique, soupçonner dans ces cas l'existence d'une intoxication alcoolique, nous ne croyons pas que l'éthylisme fût en jeu dans les deux cas que nous rapportons; du reste, il n'y avait ici aucun autre symptôme d'alcoolisme.

Un rien agite ces malades, la moindre émotion les bouleverse. Elles ne peuvent supporter un bruit inattendu sans en éprouver une sensation désagréable.

Le vertige s'observe souvent chez les femmes diabétiques (Obs. XI, XX, XXIV, XLIV, CLIII, LV, LVII, LXXIX). Il est tantôt objectif comme chez le malade de notre OBSERVATION XLIV, et tantôt à la fois objectif et subjectif. Il peut, dans certains cas, entraîner la chute de la malade (Obs. LV); il ne s'accompagne qu'exceptionnellement de céphalalgie, ce qui le distingue du vertige symptomatique d'une lésion cérébrale en voie d'évolution. Il apparaît dans des cas où l'anémie n'est

point assez prononcée pour qu'on puisse lui attribuer les accidents vertigineux, et chez des malades qui bien souvent ne présentent pas de troubles gastriques. Tout porte donc à croire qu'il peut exister un vertige de nature diabétique.

Nous avons observé un cas d'aphasie qui dura quinze jours et qui s'accompagna de céphalalgie. Cette aphasie se déclara chez une malade âgée de quarante-huit ans (Obs. LXIX) assez fortement diabétique, rendant 4700 centimètres cubes d'urine avec 40 grammes de sucre par litre. Tout en relatant ce fait, nous nous demandons s'il s'agit bien réellement d'un trouble essentiellement dynamique et de provenance diabétique. Ce qui nous porte à émettre ce doute, c'est que, chez cette malade, survint une hémorrhagie rétinienne, et que, d'autre part, le diabète de cette femme s'était compliqué d'albuminurie. Elle rendait 2 gr. 35 d'albumine par litre, lorsque survint l'aphasie; de sorte qu'on est presque aussi bien en droit de faire de cette aphasie le symptôme d'une lésion cérébrale ou rénale qu'une manifestation diabétique.

L'insomnie n'est pas rare. Elle est souvent pour ainsi dire toute mécanique et due au besoin fréquent d'uriner. Mais, dans d'autres cas, elle se produit spontanément et paraît liée à un trouble nerveux (Obs. LXXII). Il est parfois difficile de la faire disparaître. C'est d'autres fois la somnolence qui fatigue les malades comme dans nos OBSERVATIONS XI, XLII, LXXII. Cette somnolence, persistante, invincible, n'existe parfois que le jour. Elle devient alors une cause d'insomnie, comme chez la malade de notre OBSERVATION XI. Il existe assez fréquemment des chauchemars.

Le caractère est souvent modifié; c'est de la tristesse qu'on remarque chez les malades, de l'irritation (Obs. XIX, XX), une sensibilité exagérée.

La fréquence des troubles cérébraux et intellectuels trouve son explication dans les antécédents héréditaires nerveux qu'on relève habituellement chez des diabétiques. La malade de notre OBSERVATION XVII avait eu un frère épileptique, elle avait été elle-même atteinte d'épilepsie dans son enfance. Une autre (Obs. XLVII) avait deux de ses neveux aliénés; elle avait été elle-même frappée d'aliénation quelques années avant l'apparition de son diabète, et l'on avait été obligé de la mettre dans une maison de santé. La malade de notre OBSERVATION LXXVIII avait un frère aliéné.

B. *Manifestations nerveuses indirectes.* — Nous rangeons sous ce titre les phénomènes nerveux qui se rattachent à des lésions matérielles évidentes du système central. Ces lésions ne sont pas absolument rares chez les diabétiques. Nous avons déjà indiqué les altérations signalées par Dickinson et les conclusions exagérées et erronées que cet auteur a cru pouvoir tirer de ses recherches au sujet de la pathogénie du diabète. En dehors de ces faits, il existe des cas assez nombreux de ramollissement et d'hémorragie cérébrale coexistant avec un diabète indiscutable, et d'après les observations de Siegen, de Gilles, de Golden, de Richardson, de Griesinger, il semblerait que le diabète puisse être la conséquence de ces lésions. Une pareille conséquence doit être tenue pour exceptionnelle. Bien que Olivier ait constaté la fréquence de la glycosurie à la suite des hémorragies cérébrales, cette glycosurie a toujours été passagère. Nous pouvons même dire que cette variété de glycosurie nous a semblé moins commune qu'à M. Olivier; car, bien que nous ayons souvent recherché le sucre dans l'urine des sujets frappés d'hémorragie cérébrale, nous n'avons que rarement constaté l'existence de la glycosurie dans ces conditions.

Chez la femme comme chez l'homme, les phénomènes cérébraux qui coexistent avec la présence du sucre dans l'urine nous paraissent plutôt un effet qu'une cause du diabète. La plupart des faits cités par Leudet, par Libert doivent être interprétés dans ce cas. Lorsqu'on analyse leurs observations, on arrive facilement à se convaincre que des symptômes d'un diabète indiscutable préexistaient aux manifestations nerveuses. Ainsi, dans le premier fait de Leudet, il s'agit d'une femme de trente-deux ans qui, avant l'apparition des accidents cérébraux, avait présenté des troubles de la vue accompagnés d'une polydipsie telle qu'elle absorbait de six à huit litres de boisson par jour. De même, on ne pourrait que difficilement faire du cinquième fait de Libert un cas de diabète symptomatique de lésion cérébrale; la malade, en effet, âgée de cinquante et un ans, avait eu de nombreux furoncles, et l'on avait même constaté la présence du sucre dans ses urines antérieurement à l'écllosion des troubles nerveux.

Les manifestations symptomatiques de lésions matérielles tantôt se développent progressivement, tantôt apparaissent brusquement. Dans le premier cas, elles sont souvent précé-

dées de la plupart des phénomènes que nous avons signalés comme manifestations directes du diabète et qui attestent évidemment la mauvaise nutrition des diverses régions de l'encéphale, changement de caractère, tristesse, irritabilité, insomnie, cauchemars, vertiges, céphalalgie. Aussi est-on en droit de redouter quelque accident grave quand on voit persister d'une manière anormale ces différents troubles névropathiques.

Dans d'autres cas, les symptômes éclatent subitement sous forme d'ictus apoplectique ou d'attaque convulsive, suivis de paralysie intéressant le plus souvent toute une moitié du corps. Ces manifestations, toujours fort graves, peuvent ne pas mettre immédiatement la vie de la malade en danger. Elles peuvent s'amender graduellement; mais, d'ordinaire, elles ne disparaissent qu'incomplètement, se reproduisent facilement et entraînent tôt ou tard une terminaison fatale. Parfois la mort survient à la première attaque, en quatre ou cinq heures. Il n'est pas douteux qu'il ne s'agisse dans ces cas de lésions vasculaires, analogues à celles qui se produisent dans la rétine, donnant lieu à des épanhements sanguins dans les masses nerveuses ou dans les enveloppes de l'encéphale. Seegen signale quatre cas d'hémorragie cérébrale ou méningée, rapidement suivie de coma et de mort. Bien d'autres auteurs: Nicolas, Bouchut, Redon, Ronbach ont rapporté des observations semblables. Pour nous, si nous avons rencontré dans le cours du diabète chez l'homme des cas analogues à ceux de Seegen, c'est-à-dire des cas de pachyméningite ou d'hémorragie méningée avec convulsions suivies de coma, nous n'avons observé chez la femme que des cas de ramollissement (Obs. XX, XXI) et d'hémorragie cérébrale (Obs. XVIII, LXIII).

Chez la première de nos malades atteinte de ramollissement on ne constatait encore que de la perte de la mémoire, des vertiges, une faiblesse extrême des jambes, qui lui rendait la marche difficile et presque impossible.

Chez la deuxième, les symptômes étaient plus prononcés; outre les vertiges et la perte de mémoire, il y avait une sensiblerie malade qui la portait à pleurer sans raison, et une parésie, marquée d'abord du bras gauche, puis de la jambe du même côté.

Chez notre troisième malade, un an environ avant la mort,

on constata un trouble des plus marqués de son intellect. Cette femme, d'une intelligence supérieure, avait perdu non seulement la mémoire des noms, mais encore celle des lieux. Elle ne pouvait s'aventurer dans sa petite ville natale. Elle ne retrouvait plus le chemin pour rentrer à son logis, s'égarait à sa porte; elle ne se retrouvait même plus dans l'intérieur de sa maison. Ainsi, allant au cabinet, elle ne savait plus rentrer dans sa chambre à coucher. Sa démarche était en outre vacillante. Elle tomba dans un état comateux qui, au bout de vingt-quatre heures, se termina par la mort. Ces malades, bien que n'étant déjà plus jeunes, n'avaient point encore atteints l'âge où se manifeste d'ordinaire le ramollissement. La plus âgée (Obs. XXI) n'avait que soixante ans. Aussi, a-t-on quelque droit de considérer dans ce cas le ramollissement comme le fait du diabète. Le diabète dont elles étaient affectées était du reste assez prononcé; elles ne rendaient pas moins de 120 à 150 grammes en moyenne de sucre par jour. Il n'avait pu être qu'assez médiocrement modifié par le traitement. Dans l'OBSERVATION XX, la glycosurie avait cependant à peu près disparu sous l'influence des eaux de Contrexeville; mais elle n'avait pas tardé à reparaitre avec plus d'intensité.

Quant à nos deux faits d'hémorragie cérébrale, ils se produisirent dans les conditions suivantes. L'une de nos malades (Obs. XVIII) était diabétique depuis trois à quatre ans quand elle fut frappée brusquement d'une paralysie de tout le côté gauche du corps. La paralysie se dissipa assez rapidement, et la malade, tout en restant diabétique, put vivre encore huit ans avec toute l'intégrité de son intelligence. Cette femme, écrivain distingué, continua à produire avec autant de succès qu'avant son attaque. Elle succomba aux atteintes d'un érysipèle qui l'emporta en quelques jours.

Chez notre deuxième malade (Obs. LXIII), une première attaque fut suivie d'une hémiplegie qui s'amenda et guérit aussi à peu près complètement. Mais elle succomba quatre ans après à une nouvelle hémorragie.

C. *Troubles oculaires.* — Bien que les troubles oculaires dans le diabète ne relèvent pas tous de lésions rétinienne et nerveuses, la fréquence de l'amblyopie, comparée à celle de la cataracte chez nos malades, nous engage à étudier de préférence ces troubles de la vue à la suite des manifestations nerveuses proprement dites.

La cataracte diabétique n'est certainement pas rare; nous ne l'avons cependant observée que neuf fois chez la femme. Dans huit cas, elle était double et avait débuté par l'œil gauche. Ce sont là d'ailleurs ses caractères ordinaires: début par le côté gauche, extension rapide aux deux cristallins. D'abord centrale, elle ne tarde pas à se généraliser. Elle peut se montrer à tout âge. Seegen l'a rencontrée chez une jeune fille de douze ans. Elle nous semble toutefois plus fréquente lorsque le diabète se développe après la ménopause. Elle n'apparaît d'ordinaire que dans les cas de diabète rebelle ou difficilement modifié par le régime. Phénomène tardif, la cataracte existe fréquemment avec diverses autres complications, telles que la tuberculose, la néphrite parenchymateuse, des furoncles, l'eczéma vulvaire.

Nos malades nous ont bien plus souvent présenté de l'amblyopie, vingt-six fois sur cent quatorze. Tantôt elles n'accusaient qu'une simple diminution de l'acuité visuelle; tantôt elles se plaignaient d'une sensation de brouillard plus ou moins épais, de nuages interposés devant les deux yeux, parfois de sensations lumineuses, de lueurs brillantes, d'étincelles. Nous n'avons jamais constaté l'hémiopie, dont la fréquence chez les diabétiques a été cependant bien établie par de Græfe. Ces troubles visuels sont souvent passagers, d'autres fois ils persistent et tiennent alors le plus souvent à des lésions rétinienne, comme dans notre OBSERVATION XII, où l'on constata l'existence d'hémorragies ponctuées et de taches graisseuses de la rétine; comme dans notre OBSERVATION XVI, où l'ophtalmoscope montra également une rétinite hémorragique.

Parfois, c'est de la presbytie rapide et précoce (Obs. VI), ou de la diplopie, ou de l'inégalité pupillaire que l'on observe. Dans le premier cas, il s'agit d'une parésie de l'accommodation, qu'on peut corriger à l'aide de verres appropriés. La diplopie a été notée par Seegen. Girard l'a aussi rencontrée chez une jeune fille de dix-huit ans, qui guérit par l'emploi des douches. Ce phénomène doit être rapproché des paralysies mobiles et passagères de la troisième paire, signalées chez les diabétiques du sexe masculin par Ogle, Charcot, Galewowski.

Ces diverses modifications de la vision n'apparaissent qu'à une époque avancée du diabète. On les voit quelquefois s'amén-

der sous l'influence du régime, comme dans certaines des observations de Seegen. Mais elles peuvent aussi s'aggraver et aboutir à des troubles permanents de la vue.

(A suivre.)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXXVIII. NOTE SUR LES LÉSIONS TROPHIQUES DES VALVULES AORTIQUES DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE; par M. J. TEISSIER, (*Lyon méd.*, 1884, t. XLV).

Peut-on devenir cardiaque par le seul fait qu'on est ataxique? S'appuyant sur les autopsies de deux ataxiques chez lesquels il existait au niveau des valvules aortiques plusieurs petites perforations, M. J. Teissier pense que de même qu'elle produit la raréfaction du tissu osseux, l'ataxie peut entraîner la résorption de certains éléments cellulaires qui constituent le plancher des valvules et amener en fin de compte leur perforation.

Rien pendant la vie n'avait décélé chez les deux malades précédents l'existence d'une altération valvulaire. On comprend cependant que ces perforations empruntent un réel intérêt aux graves complications qu'elles sont susceptibles de provoquer (maladie de Corrigan, déchirure valvulaire, etc.).

L'auteur s'étant assuré par de nombreuses recherches faites sur d'autres malades que ces perforations n'étaient le fait ni d'une cachexie avancée, ni d'une malformation congénitale, il est permis d'admettre qu'il s'agit de troubles trophiques pouvant légitimement prendre place à côté des nombreuses altérations de nutrition que l'on a déjà si souvent notées dans le cours de l'ataxie.

G. D.

XXXIX. SUR LES TROUBLES DES ASSOCIATIONS; par R. DE PFUNGEN. (*Jahrbüch. f. Psych.*, V, 1, 2.)

Long travail de revue critique très minutieuse, conçu et exécuté de la façon suivante. Dans le chapitre premier inti-

tulé : *De la structure et des fonctions de l'appareil d'association*, l'auteur résume les travaux d'Arnold (fibres propres), d'Hitzig, de Meynert, de Gratiolet, de Munk, de Bechterew et de Fuersner. Puis, quatre chapitres sont consacrés à l'étude des manifestations diffuses des lésions en foyer — des manifestations en foyer de lésions diffuses — des troubles de nutrition dans la folie systématique aiguë, la paralysie générale, la méningite chronique, les névroses constitutionnelles, — des troubles d'association considérés comme émanés des centres vasculaires. De l'examen à ces points de vue de diverses entités anatomopathologiques et psychopathiques, il résulte qu'on n'a pas tout dit quand on a parlé d'une lésion sise en un point, car bon nombre de syndrômes émanent d'actions à distance; qu'inversement bien des phénomènes résultent de simple perturbation dans le jeu des éléments anatomiques et de leurs conducteurs; mais qu'en somme, l'anatomie et la physiologie cérébrales restent encore impuissantes lorsqu'il s'agit de préciser. Les dix-neuf observations relatées par M. de Pfungen, tout intéressantes qu'elles soient, ne changent malheureusement pas l'état de la question.

P. K.

XL. CONTRIBUTION A LA LOCALISATION DE L'HÉMICHORÉE;
par F. GREIFF. (*Arch. f. Psych.*, XIV, 3.)

OBSERVATION I. — Vieille femme de soixante-quatorze ans, extrêmement athéromateuse, ayant eu quelques attaques apoplectiques : démence consécutive avec parésie gauche. Sans qu'une nouvelle attaque se soit produite, on constate, un matin, des mouvements choréiformes les mieux réussis dans les extrémités gauches, et surtout dans le bras. L'auteur croit que l'attaque d'apoplexie a passé inaperçue, ou qu'il s'est effectué une lésion suffisante pour engendrer l'hémichorée sans ictus, ou enfin que l'hémichorée a résulté d'un foyer ancien gagnant certains tractus centraux, d'où le diagnostic d'hémichorée posthémiplegique. On constate en outre une hyperesthésie passagère (durée : quatorze jours) et l'existence de sensations douloureuses spontanées qui, avec des alternatives variables, quant à l'intensité, persistent jusqu'à la mort. Intégrité des organes sensoriels, et notamment des yeux. Concomitance exacte de l'hyperesthésie et de phénomènes vaso-moteurs (rougeur, chaleur, petites hémorragies sous-cutanées)

du côté paralysé. Aussi conclut-on à l'excitation directe des tractus sensitifs par le processus anatomique de l'organe central, les phénomènes d'excitation de la région motrice ayant absolument coïncidé avec elle. L'autopsie révèle un foyer cérébelleux exactement limité à l'hémisphère gauche, un foyer de ramollissement superficiel à la base du lobe occipital droit, n'empiétant aucunement sur les régions en relation avec les fonctions motrices, deux petits foyers hémorragiques dans la couche optique droite. C'est à l'un de ces derniers que M. Greiff attribue l'hémichorée, parce que dans le segment inférieur de la couche optique, il occupe entre elle et le milieu du pied du pédoncule cérébral la place exacte où passe le faisceau pyramidal; il a pu irriter en même temps le faisceau sensitif et les tractus vasomoteurs (voyez dans l'original la délimitation macroscopique et microscopique exacte).

OBSERVATION II. — Femme de cinquante-deux ans atteinte, à la suite d'une émotion extrême, de démence avec désordre dans les idées. Un beau jour, ictus avec hémiplegie droite passagère, parésie faciale légère. Deux mois plus tard, attaque épileptiforme avec hémiparésie gauche passagère, ultérieurement suivie d'attaques semblables avec trouble dans l'articulation des mots, et aphasie amnésique; une d'entre elles laisse à sa suite de l'hémianesthésie, de l'hémianopsie, des mouvements choréiformes (bras) du côté gauche et finalement de parésie des extrémités du même côté; hémiathétose de la main, température un peu plus élevée à gauche. — *Autopsie.* C'est une paralysie générale avec foyer de ramollissement occupant les circonvolutions motrices du côté droit et englobant une partie du faisceau pyramidal d'où les dégénérescences secondaires classiques. Il existe, en outre, un foyer de ramollissement circonscrit dans la protubérance, qui lèse aussi le faisceau pyramidal. En un mot double lésion capable d'exciter les conducteurs moteurs. P. K.

XLI. CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS EN FOYER DE LA PROTUBÉRANCE ET DE LA MOELLE ALLONGÉE; par H. SENATOR (*Arch. f. Psych.*, XIV, 3.)

Observation avec *autopsie*, mettant en lumière un foyer de ramollissement de ces régions consécutif à une obturation thrombotique de la basilaire et des vertébrales. Le diagnostic

s'appuya sur le jeune âge du sujet, la constatation d'une artériosclérose, l'absence de néphrite chronique, la faible intensité de l'ictus¹. L'auteur appelle l'attention sur les allures du globe oculaire (paralysie du nerf oculo-moteur externe gauche et du muscle droit interne droit); sur la paralysie de l'hypoglosse droit, tandis que les autres nerfs crâniens étaient exclusivement paralysés à gauche; sur la paralysie des extrémités du côté droit qui ne fut complète que dans les dix derniers jours; sur la suppression du sens musculaire dans les extrémités paralysées, sur les troubles vaso-moteurs des mêmes membres et la diminution de l'excitabilité faradique sur la production à la face de réflexes croisés (électrisation faradique ou galvanique).

P. K.

XLII. TUMEURS SYMÉTRIQUES A LA BASE DU CERVEAU; par le Dr STRAHAN.
(*Journal of Mental Science*, juillet 1883.)

Nous donnons ici le résumé de l'observation :

Homme de vingt-huit ans, célibataire, entré à l'asile en octobre 1880, pour un premier accès de folie : il a été soldat dans l'armée des Indes, a eu des habitudes d'intempérance, il a commis une tentative de suicide par strangulation, et a refusé de manger, il a été souvent malpropre : il est incohérent, agité et a des idées de persécution, aucun symptôme de paralysie n'est signalé avant son entrée. Il est arrivé graduellement à une cécité absolue (atrophie des deux nerfs optiques).

A l'asile, il est agité, souvent bruyant, il a des idées délirantes, il est sourd, et on note un peu d'incoordination dans les mouvements des mains. Le 27 août 1882, sans que son état se soit en rien modifié jusque-là, le veilleur de nuit le trouve dans l'état suivant : perte de connaissance, écume à la bouche, pupilles dilatées, égales; respiration stertoreuse; face congestionnée, déglutination impossible. — Mort après deux jours de coma.

On obtient alors de la mère du malade les renseignements suivants : le malade était l'aîné et le seul survivant des huit enfants qu'elle avait eus de son premier mari : voici le sort des sept autres : le premier meurt phthisique à quatre ans et demi, le second succombe à la rougeole à sept mois, le troisième et le quatrième sont morts-nés : le cinquième, une fille, vit jusqu'à vingt ans, elle était sourde, avait eu de la chorée, et est morte aliénée dans un asile : le sixième enfant a dû subir à dix-huit ans l'énucléation de l'œil gauche et est devenu sourd après l'opération, il a vécu jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans, a perdu la vue du côté sain jusque là et est mort après une « forte attaque. » Enfin le septième, qui avait atteint l'âge de trente ans sans avoir été malade

est mort subitement. Interrogée, cette femme déclare qu'après la naissance de son premier enfant, elle a perdu ses cheveux, que deux ans après elle a eu mal à la gorge et à perdu la voix, et qu'enfin, plus tard, à une époque qu'elle ne peut préciser elle est devenue sourde du côté gauche. Son mari est mort à quarante-cinq ans; il était devenu, dit-elle, « complètement fou » deux jours avant sa mort. Cette femme s'est remariée, elle a eu de son second mari plusieurs enfants, dont l'aîné a aujourd'hui plus de vingt ans : ces enfants du second lit n'ont jamais été malades. — Dans ces conditions, la syphilis ne peut guère être mise en doute chez le père du malade en question.

L'autopsie complète n'a pas pu être faite, mais le Dr Strahan a réussi à se procurer le cerveau, qu'il a remis au Dr G. H. Savage. Voici ce qu'a constaté ce médecin distingué : de chaque côté de la moelle allongée, et reposant sur la surface inférieure du cervelet, on trouve une tumeur, irrégulièrement arrondie, bosselée, ferme et dure au toucher, ayant à peu près le volume d'une grosse noix : celle du côté gauche est un peu plus volumineuse que celle du côté droit.

Chacune de ces tumeurs a déterminé au-dessus d'elle une dépression de la surface inférieure du cervelet, en avant une dépression du bord postérieur du pont de Varole, et en dedans une dépression de la moelle. Ces tumeurs ne sont adhérentes ni au cervelet, ni à la protubérance, ni à la moelle; elles siègent à l'extérieur du feuillet viscéral de l'arachnoïde. L'examen histologique a montré qu'elles étaient de nature fibro-cellulaire. R. M. C.

XLIII. SUR UN CAS DE TABES DORSAL AVEC DÉGÉNÉRESCENCE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES; par SAKAKY. (*Arch. f. Psych.*, XV, 2.)

Observation avec *autopsie*. Particularités nécropsiques : dégénérescence presque complète des cordons postérieurs, atrophie prononcée des racines postérieures, amincissement et coloration grisâtre des nerfs saphènes, altération excessivement nette au microscope portant sur tous les nerfs périphériques (comparaison presque constante avec la normale). Il s'agit d'une atrophie simple des tubes nerveux, sans prolifération du tissu conjonctif; la numération des tubes sur un millimètre carré est comparativement fort intéressante. Comme les régions où il y avait l'atrophie la plus prononcée ont été dans l'espèce hantées par les troubles les plus notables de la sensibilité, comme les nerfs moteurs et les nerfs mixtes ont été trouvés intacts, l'anesthésie émanait de l'atrophie des nerfs sensitifs. Planche à l'appui. [P. K.]

XLIV. UN CAS DE FORMATION D'UN LIPÔME DANS LES MÉNINGES SPINALES ; par M. BRAUBACH. (*Arch. f. Psych.*, XV, 2.)

OBSERVATION : Paralyse des extrémités inférieures, anesthésie extrêmement marquée, parésie vésicale, contracture excessive des deux membres inférieurs, exagération des réflexes tendineux, chez une fillette de cinq ans, atteinte (extrémité supérieure droite et membres inférieurs) depuis sa deuxième année. Il faut noter que les douleurs et de l'amaigrissement ont précédé les contractures ; celles-ci ont été suivies de diminution de la sensibilité cutanée du tronc et des membres. Mort de phthisie pulmonaire. *Autopsie.* Tumeur fusiforme mesurant dans sa longueur 12 centimètres, dans son diamètre transverse et vertical 3 centimètres, dans son diamètre antéro-postérieur 2 centimètres. Elle occupe la cavité limitée par la dure-mère, son extrémité supérieure arrive à 3 centimètres au-dessous de la pointe du calamus scriptorius, son extrémité inférieure vient entre les quatrième et cinquième paires dorsales. Elle refoule en avant et à gauche l'organe central, qu'elle réduit à l'état de ruban (ramollissement). Aplatissement, mais faible dégénérescence des racines nerveuses droites, intégrité des racines de gauche. Dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux, dans les cordons latéraux. Il s'agit d'un lipôme pur ayant pris naissance dans l'arachnoïde ou la pie-mère. La bibliographie n'en contiendrait que quatre cas. Les particularités de celui-ci résident dans la conservation de la conductibilité à l'égard des impressions douloureuses, malgré la compression et les altérations cervico-dorsales ; dans le peu d'altération des racines de droite et l'intégrité de celles de gauche ; dans la conservation des fonctions motrices du membre supérieur gauche, et, par contre, la contracture du membre supérieur droit (excitation permanente des racines de ce côté par élancement). Planche à l'appui. P. K.

XL. NOTE SUR UN POINT DE CONTROVERSE ENTRE MÆLI ET MOI ;
par J. KATYSCHÉW. (*Arch. f. Psych.*, XV, 2.)

Mæli prétend que la faradisation du cou¹ entraîne toujours une mydriase primitive suivie parfois d'un myosis très net.

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 404. Réaction des pupilles chez les aliénés.

Katyschew affirme qu'il se produit dans ce cas toujours du myosis, à la condition qu'on fasse agir des courants faibles. Il prend un adolescent d'origine bavaroise, atteint de maladie de Basedow (hypertrophie du cœur très prononcée avec goitre). Le soir, il place à sa gauche une table avec l'appareil électrique, il se met lui-même devant lui et un peu à droite; obliquement par rapport au patient se trouve une autre table où brûle une bougie de stéarine distante de trois à quatre pas. La situation des yeux du sujet par rapport à la flamme évite la production du myosis; les pupilles sont très dilatées. Faisant alors fixer la bougie d'une façon persistante, on applique une électrode sur le cou, et l'on met l'autre en contact avec le côté dorsal du métacarpe du même côté; le courant, au début faible, est graduellement renforcé. Dans ces conditions, la faradisation n'exerce aucune influence sur la largeur des pupilles. Rapproche-t-on la bougie de deux pieds, on obtient un myosis douteux; faradise-t-on alors la région cervicale d'un côté, on voit se produire un myosis bilatéral très notable qui dure pendant les quelques minutes qu'on électrise et cesse dès qu'on interrompt l'électrisation. Seulement, il faut se défier de la puissance de fixation des individus; chez d'aucuns, cette manœuvre entraîne de l'hyperexcitabilité de la rétine qui porte préjudice aux conclusions. P. K.

XLVI. CAS GUÉRI DE PARALYSIE DE L'OCULO-MOTEUR EXTERNE AVEC DIABÈTE SUCRÉ; par J. LANDSBERG. (*Arch. f. Psych.*, XV, 2.)

C'est M. Landsberg lui-même qui fait le sujet de l'observation, dont l'intérêt réside dans la coïncidence exacte du diabète avec la paralysie, celle-ci disparaissant au moment même où disparaissait celui-là. Quand céda le diabète, il y eut copieuse excrétion d'acide urique. L'auteur fait remarquer combien l'exercice musculaire favorise la combustion du sucre dans l'économie. Il s'agit enfin d'un diabète purement transitoire. P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XVII. GRANDS ET PETITS ASILES D'ALIÉNÉS, par T. Claye SHAW; (*Journal of Mental Science*, juillet 1883.)

Dans ce travail, M. Claye Shaw reprend et examine, en les serrant de près, quelques-uns des arguments mis en avant de part et d'autre dans la discussion ouverte sur les avantages et les inconvénients des grands et des petits asiles d'aliénés. Il conteste particulièrement la valeur de certains résultats fournis par la statistique; en se basant sur ce fait que les asiles observés sont beaucoup trop dissemblables entre eux, (tant au point de vue du nombre qu'au point de vue de l'état somatique et mental des malades admis), pour qu'une comparaison puisse être utilement faite entre des chiffres provenant de sources aussi peu uniformes. En somme, ce travail, légèrement éclectique, quoique favorable en général aux grands asiles, est un document critique intéressant écrit par un homme compétent; c'est une pièce importante de plus à joindre au dossier de cette question si controversée en Angleterre.

R. M. C.

XVIII. CAS D'AUTO-MUTILATIONS CHEZ LES ALIÉNÉS; par James ADAM. (*Journal of mental Science*, juillet 1883.)

OBSERVATION I. — Femme de quarante-cinq ans, mariée, institutrice, devenue aliénée à l'époque de la ménopause; hallucinations religieuses; tendance au suicide: entrée le 15 octobre 1875; le 2 décembre, elle s'arrache littéralement l'œil droit avec ses doigts; elle refuse de manger: il faut la surveiller étroitement, et parfois avoir recours aux moyens de contention pour l'empêcher de s'arracher l'œil gauche. Deux ans après son entrée, son état ne s'est nullement amélioré; elle a la camisole à demeure. Une autre année se passe, dans laquelle on constate une légère amélioration, qui augmente progressivement, malgré le déplorable état de sa santé physique. En 1880, on obtient d'elle la révélation d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Sous l'influence d'un régime tonique, l'amélioration persiste et augmente, et, de 1881 à 1883, elle se montre plus calme, n'a plus besoin d'être maintenue par des moyens coercitifs, et n'est plus l'objet que d'une surveillance

simple, mais attentive et continue; elle participe à toutes les distractions de l'établissement. Elle a toujours des hallucinations, mais elle ne leur obéit plus.

OBSERVATION II. — Jeune homme de dix-huit ans, garçon de ferme, entré le 12 mars 1883; l'aliénation, de cause non connue, remonte à quatre jours; pas d'hérédité; délire religieux (il prétend être l'apôtre saint Paul), et idées de persécution. Quatre jours avant son entrée, il est allé dans un champ écarté et s'est nettement et complètement amputé la verge avec un canif; il a perdu beaucoup de sang, et a modéré l'hémorrhagie en arrosant la plaie avec de l'eau qu'il a trouvée dans le voisinage et qui se trouvait être extrêmement froide. Il avoue des habitudes de masturbation et déclare s'être amputé la verge pour obéir au précepte de l'Écriture : « Si ta main droite fait le mal, coupe-la. » Il refuse de manger, et on l'alimente à la sonde; il est agité, arrache son pansement, crache à la figure de ceux qui l'entourent et fait des prières. Deux jours après son entrée, il est plus calme et consent à manger. Le 26 mars, il a encore des hallucinations, mais il est calme; il reprend des forces : la plaie guérit lentement, mais d'une façon satisfaisante.

R. M. C.

XIX. SUR DES ACCÈS TOUT PARTICULIERS D'EXCITATION SEXUELLE PERVERSE; par ANJEL. (*Arch. f. Psych.*, XV, 2.)

Un homme de quarante-cinq ans, indemne de toute tare héréditaire, de bonne éducation, n'ayant jamais commis le moindre excès que ce fût, devient, par instants, excité, agité, rageur, et se sent irrésistiblement poussé à désirer salir des petites filles. Durée des accès : huit à quatorze jours. Conscience du malade, qui rattache ces anomalies morbides à une violente frayeur éprouvée huit ans auparavant. A la suite de l'événement terrifiant, il aurait éprouvé, pendant un certain temps, de l'angoisse précordiale, à laquelle ont succédé ces accès. M. Anjel croit qu'il s'agit d'équivalents psychiques de l'épilepsie.

Autre cas. Dame bien éduquée, d'excellente condition, touchant à la ménopause. Tare héréditaire. Jadis petit mal, et plus tard hystéro-épilepsie (attaques et troubles psychiques). Puis insomnie, qui cède à son tour pour ne revenir qu'à l'époque des règles. Actuellement, aux mêmes époques, se montre une impulsion à rechercher les attouchements de garçons de moins de dix ans; en même temps, dégoût des hommes faits.

P. K.

XX. SUR LES CONCEPTIONS IRRÉSISTIBLES; par C.-E. HÆSTERMANN. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLI, 1.)

Il n'y a conception irrésistible vraie que lorsque la conception n'a rien à voir avec l'association des idées; elle émane d'excitants internes intra-cérébraux et est entretenue par un affaiblissement dans l'énergie des hémisphères, tout hémisphère affaibli dans sa vitalité devenant incapable de s'opposer à l'influence des excitants en question. Quant aux idées dominantes d'un individu, celles en rapport avec des associations d'idées, il est vrai que, dans les cas avancés, elles entraînent les mêmes conséquences que les conceptions irrésistibles proprement dites, mais leur pronostic est meilleur, elles sont plus accessibles à la thérapeutique psychique. A cette dernière catégorie appartiennent deux observations intéressantes du mémoire.

P. K.

XXI. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE; par EICKHOLT. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLI, 1.)I. *Etiologie. Fréquence et valeur des facteurs étiologiques les plus importants.*

Sur mille malades hommes, dix-sept sont paralytiques généraux, et la plupart de ces paralytiques généraux ont de trente-cinq à cinquante ans; un nombre extrêmement petit a moins de trente ou plus de soixante ans. La paralysie générale, chez les individus très jeunes, ne reconnaît pas de facteur étiologique auxiliaire, mais elle suit une marche tout spécialement pernicieuse. La paralysie générale est bien moins héréditaire que les autres affections mentales; en revanche, on note fréquemment l'action concurrente de l'ivresse, du surmenage intellectuel, de la misère: proportion de l'ivresse = 24,2 p. 100. Importance très minime de la syphilis: sur cent-soixante-et-un cas, il n'y avait sûrement syphilis que chez dix-neuf individus (anamnestiques); or, chez douze de ces malades, il s'écoula cinq à vingt ans entre l'infection et l'explosion de la paralysie générale; résultat nul du traitement antisiphilitique; pas de particularités spéciales quant à la marche; un seul malade était porteur de lésions spécifiques; l'immense majorité de semblables paralytiques avait subi l'action d'autres causes de paralysie générale. Il est rare qu'on soit amené à discuter l'in-

fluence d'une psychose primitive comme cause de paralysie générale; pour l'affirmer, il faut que la paralysie générale succède directement à un trouble mental simple existant depuis un temps plus ou moins long et alors, si ce dernier existe depuis longtemps, on peut dire que la paralysie générale en est la complication, s'il n'existe que depuis peu, on dira que la paralysie générale a pris à son début le masque de la psychose primitive; mais que dire, lorsqu'il y a eu entre une psychose simple et la paralysie générale un intervalle normal de plusieurs années? La paralysie générale chez la femme est six fois moins fréquente que chez l'homme; on n'a jusqu'ici pas assez envisagé la grossesse et la ménopause; en revanche, il ne faudrait ni exagérer l'influence de cette dernière, ni déprécier le rôle de la première.

II. *Genèse des attaques congestives.* — Quel en est le point de départ? Comment se forment-elles? C'est l'écorce grise qui engendre les attaques épileptiformes; celles-ci sont le résultat d'un trouble purement fonctionnel. Ou bien il se produit une modification de la nutrition qui entraîne l'équilibre instable des cellules nerveuses des centres moteurs; dès lors, une excitation périphérique (plénitude de la vessie) ou intra-crânienne (œdème cérébral, anomalies circulatoires) provoque la suractivité des éléments anatomiques. Ou bien les mêmes éléments entrent en jeu de par les altérations pathologiques (inflammation chronique, ramollissements, hémorragies sous-méningées, hématome de la dure-mère). Les attaques apoplectiformes dérivent d'oscillations fréquentes dans la pression intra-cérébrale du fait de la maladie elle-même. P. K.

XXII. CONTRIBUTION A L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DE L'ÉCORCE DU CERVEAU CHEZ LES ALIÉNÉS; par V. LIEBMANN. (*Jahrbüch. f. Psych.*, V, 3.)

Les coupes sont les unes soumises à la dissociation dans une solution de chlorure de sodium, les autres durcies dans l'alcool ou le liquide de Muller. Les agents de coloration sont: le carmin, l'éosine, l'hématoxyline. On éclaircit parallèlement dans l'essence de girofle et dans la glycérine; avant d'introduire dans la glycérine, on a soin de laver à l'alcool chaud pour débarrasser des cristaux de cholestérine. C'est l'écorce des circonvolutions ascendantes qui est ici surtout en jeu.

La *paralysie générale* offre, comme altération la plus constante, une dégénérescence hyaline (colloïde) des cellules nerveuses; premier stade : tuméfaction, trouble; hypertrophie, gonflement de la cellule, hypertrophie du noyau arrondi et parfois divisé en deux, il est rare que l'on constate concurremment la destruction moléculaire; deuxième stade : issue de la substance hyaline, constituant des organites irréguliers, en divers points de l'écorce, qui se colorent faiblement et se dissolvent aisément dans l'essence de girofle, recoquillement des cellules, conservation des noyaux. Dans les premiers stades, les vaisseaux, rarement en état d'hypergenèse nucléaire, présentent la dégénérescence hyaline des parois; on trouve des masses hyalines périvasculaires (leucocytes émigrés dégénérés). Enfin, plus tard, déliquium pulvérulent de la matière hyaline. La formation de kystes se rattache à ces modifications. Peut-être les attaques congestives émanent-elles de thromboses hyalines? Dégénérescence hyaline de la névroglie, du protoplasma de ses noyaux (organites de formes variables). Pas de multiplication des cellules-araignées. *Conclusion* : La paralysie générale est une encéphalite diffuse de l'écorce ayant pour origine la dégénérescence hyaline. — La dégénérescence hyaline existe encore quelquefois de concert avec l'inflammation diffuse dans l'*hypertrophie partielle* se traduisant par des phénomènes de *compression cérébrale*.

Observation d'*épilepsie* chez un jeune homme de dix-huit ans. Sclérose de la corne d'Ammon¹, dégénérescence graisseuse étendue des vaisseaux, thromboses hyalines, dégénérescence hyaline des cellules de l'écorce englobant par places (macules) la substance blanche.

Observation de *mélancolie grave* : dégénérescence graisseuse accompagnée de dégénérescence hyaline. P. K.

XXIII. DEUX CAS DE MÉCONNAISSANCE PENDANT PLUSIEURS ANNÉES D'UNE MALADIE MENTALE (*délire des persécutions avec plaintes continuelles*) CHEZ DES DÉTENUS; par de KRAFFT-EBING (*Jahrbüch. f. Psych.*, V, 3).

PREMIER CAS. *Condamnation à la prison perpétuelle pour incendie*. Homme de trente-neuf ans, condamné pour vol en

¹ Voy. *Archives de Neurologie*. Mémoire de Sommer et thèse de Coulbault, t. III, p. 373 et t. II., p. 246.

1873. L'acte commis fut considéré comme un acte de vengeance. On disait encore que son caractère était belliqueux. Dans l'instruction, il parle d'intrigues, de calomnie, de persécution. En prison, réclamations, pétitions, mémoires insupportables. En 1882, sorte de recrudescence des mêmes allures. On soupçonne donc une maladie mentale. M. de Krafft-Ebing conclut à l'aliénation non seulement depuis le temps de l'observation, mais encore à l'époque où l'acte incriminé fut commis; il fait remonter l'affection à un traumatisme céphalique (1872), qui aurait donné un coup de fouet à un germe morbide originel. Acquittement; transfert dans un asile d'aliénés.

SECOND CAS. *Condamnations répétées pour vol*. Fait semblable; transfert dans un établissement d'aliénés. P. K.

XXIV. RAPPORT MÉDICO-LÉGAL. IMBÉCILLITÉ, IMPOSTURE, IRRESPONSABILITÉ; par J. FRITSCH. (*Jahrbüch. f. Psych.*, V, 3.)

Anomalie de formation du cerveau et du crâne chez un jeune chevalier d'industrie qui, sous un nom d'emprunt, avait fait plusieurs dupes. P. K.

XXV. DU PRONOSTIC DE LA FOLIE CHEZ LES ALIÉNÉS QUI REFUSENT DE MANGER; par HENRY SUTHERLAND. (*Journal of Mental Science*, juillet 1883).

Nous reproduisons ici les conclusions de l'auteur, conclusions qui, au cours de ce mémoire, sont respectivement appuyées sur des faits. Suivant M. Sutherland, le pronostic est : — 1. *Favorable*, quand les aliments inspirent une certaine répugnance, mais ne sont pas catégoriquement refusés; — 1 a. *Défavorable*, quand il y a refus persistant de manger. — 2 a. *Favorable* lorsque la répugnance à l'égard des aliments et le refus de manger relèvent d'une cause somatique susceptible d'être supprimé; — 2. *Défavorable*, lorsque cette cause somatique ne peut pas être supprimée; — défavorable surtout dans les cas de paralysie générale avec complications organiques graves; — 3. *Favorable*, lorsque le refus de manger se manifeste au cours d'un premier accès de folie. — 3 a. *Défavorable*, si le refus est observé au second accès ou dans les accès ultérieurs. — 4. *Favorable*, si, après avoir été alimenté une fois artificiellement, le malade consent à se nourrir spontanément; — 4 a. *Défavorable* s'il a été nécessaire de recourir plus d'une fois à l'alimentation artificielle; en pareil cas, la guérison mentale est d'autant moins probable qu'il a fallu recourir plus souvent à l'alimentation forcée; — 5. *Favorable*, si la santé

et le poids du malade ne se modifient que d'une façon peu sensible. — 5 a. *Défavorable*, si le malade maigrit en dépit de l'alimentation quotidienne à la sonde; les cas de ce genre marchent d'ordinaire vers une terminaison rapidement fatale; — 5 b. *Défavorable* aussi, du moins au point de vue de la guérison mentale, lorsque le malade engraisse trop sous l'influence de l'alimentation, car alors il aboutit à la démence; — 6. *Favorable*, quand le malade a le désir de guérir; — 6 a. *Défavorable*, lorsque les idées de suicide sont persistantes; — 7. *Favorable*, si l'on a recours de bonne heure au traitement pharmaceutique et à l'alimentation; — 7 a. *Défavorable*, dans le cas contraire.

Enfin nous devons mentionner une dernière conclusion, par laquelle l'auteur termine son intéressant mémoire; elle est ainsi formulée: « La valeur thérapeutique de la nourriture que l'on introduit de force dans l'estomac d'un malade dépend beaucoup plus de l'état même du malade que du mode d'administration ou de la nature des aliments. »

R. M. C.

XXVI. MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ DES ALIÉNÉS ADULTES; par W. Julius MICKLE. (*Journal of Mental Science*, juillet 1883.)

L'auteur a pu observer quatre cas de méningite tuberculeuse chez des aliénés adultes (hommes); les observations détaillées de ces quatre cas sont consignées dans ce travail, ainsi que les constatations faites à l'autopsie; on se bornera à signaler ici, d'après l'auteur lui-même, les points les plus saillants de ces quatre cas intéressants.

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade qui, après avoir présenté les symptômes de la phthisie et une pleurésie, avait guéri; plus tard, la tuberculose reparut, la santé générale s'altéra sous l'influence de lésions intestinales qui furent constatées après la mort; le malade mourut d'une méningite tuberculeuse siégeant, comme d'habitude, à la base.

Dans le second cas, une méningite, siégeant principalement à la base, était venue s'ajouter à des signes de tuberculose pulmonaire; outre les lésions de la méningite tuberculeuse, on trouva à l'autopsie des tubercules dans les poumons, dans la plèvre, des fausses membranes pleurétiques anciennes, et dans le péritoine; on rencontra également des nodules tuberculeux dans la rate; enfin les ganglions bronchiques étaient augmentés de volume, indurés et caséifiés.

Dans ces deux cas, qui forment un premier groupe, la méningite ne s'est pas comportée absolument comme elle a coutume de le faire chez les adultes non aliénés; c'est ainsi que chez ces deux malades la durée de la maladie a été exceptionnellement

courte et le coma très précoce, et que, chez l'un d'eux, on n'a constaté aucun ralentissement du pouls.

— Le troisième malade était atteint de phthisie chronique avec cavernes, de tuberculisation mésentérique, d'altérations tuberculeuses légères de l'intestin grêle, et de tuberculose rénale au début. A l'intérieur du crâne, on ne trouva de tubercules que sur la convexité du cerveau; mais les ventricules latéraux étaient remplis d'un liquide séreux louche et les tissus voisins étaient très ramollis. Chez ce malade, les symptômes cérébraux à la fin de la vie étaient très marqués, mais non caractéristiques. La respiration de Cheyne-Stokes modifiée, telle qu'on la rencontre quelquefois dans la méningite tuberculeuse de la base, existait ici, bien qu'il n'y eût point de tubercules à la base, et que les signes d'inflammation fussent très peu marqués. La zone dite corticale motrice était atteinte dans une certaine mesure, et cependant on ne constata ni spasmes localisés, ni convulsions, ni paralysie; l'impossibilité de se tenir debout, constatée les deux derniers jours de la vie, paraissait due à un relâchement musculaire général et à l'état asthénique du malade. Enfin les centres corticaux auxquels on rattache la vision étaient considérablement atteints, sans qu'aucun symptôme saillant ait été constaté du côté de la fonction visuelle.

Dans le quatrième cas, les tubercules méningés visibles étaient limités aux lobes pariétal, occipital et temporo-sphénoïdal du côté droit; ils suivaient donc surtout la distribution des branches de la cérébrale postérieure droite, bien qu'à la vérité on en rencontrât quelques-uns dans les régions alimentées par les branches pariétales antérieure et postérieure de la cérébrale moyenne droite. Sans être unique, cette distribution unilatérale et bien localisée des tubercules, est rare. Il existait aussi des signes d'irritation, peut-être même d'inflammation légère à la base. — On trouva des tubercules, sous diverses formes, dans les poumons, la plèvre, la rate, le rein gauche, ainsi qu'au voisinage du pancréas, dans les ganglions abdominaux. Chez ce malade, les symptômes cérébraux avaient été de courte durée; les symptômes moteurs avaient fait complètement défaut. Il convient de noter aussi que des hallucinations, très vives et de très longue durée, de l'ouïe et du tact ont coïncidé, dans ce cas, avec des lésions très accentuées du centre cortical de l'audition du côté droit et des régions contiguës au centre du toucher du même côté; d'autre part, bien que le pli courbe du côté droit fût atteint, aucun symptôme visuel ne fut constaté; on n'observa pas non plus de symptômes moteurs, bien que la zone corticale motrice du côté droit fût envahie. Ici, comme dans le cas précédent, il y a sans doute lieu de tenir compte du moins de production des tuber-

cules, et de la tolérance dont les tissus font parfois preuve à leur égard.

Ce qui distingue surtout les deux cas de ce second groupe, c'est que les symptômes cérébraux ne se sont manifestés que consécutivement à des lésions pulmonaires avancées, c'est que le processus inflammatoire n'a été que peu marqué et n'a guère présenté que des caractères de début, c'est enfin que des symptômes cérébraux bien accusés n'ont été nulle part accompagnés d'une paralysie rigoureusement localisée.

R. M. C.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VIII. DE LA CAFÉINE DANS SES RAPPORTS AVEC LA CHALEUR ANIMALE, ET ENVISAGÉE PAR OPPOSITION A L'ALCOOL; par W. BEVAN LEWIS, (*Journal of Mental Science*, juillet 1883.)

Nous ne pouvons ici ni entrer dans le détail des expériences assez compliquées de l'auteur, ni reproduire les intéressants tableaux qui accompagnent son mémoire; nous devons par conséquent nous borner à reproduire ses conclusions qui sont les suivantes: la caféine et l'alcool possèdent une propriété commune, celle d'accroître dans une large mesure la production normale de la chaleur; mais ces agents diffèrent sur un point très important: en effet, tandis que l'alcool, grâce à une décharge excessive et prolongée de chaleur, abaisse considérablement la température du corps, la caféine, en conservant la chaleur, tend à rétablir rapidement la température normale.

L'auteur ajoute que si l'on administre des doses élevées et associées de caféine et d'alcool, on constate nettement qu'un stade précoce, caractérisé par une diminution de production de la chaleur, précède l'augmentation de la thermogénèse; d'autre part, l'abaissement de température qui caractérise l'action de l'alcool, est plus ou moins tenue en échec par l'action antagoniste de la caféine.

On voit aisément combien sont utiles les données que fournissent à la thérapeutique ces constatations physiologiques.

R. M. C.

IX. RAPPORT SUR L'ENSEIGNEMENT EN MASSE DES ENFANTS PAUVRES DE L'ÉCOLE QUI BÉGAIENT ET BALBUTIENT, DANS UN BUT CURATIF; par BERKHAN. (*Arch. f. Psych.*, XV, 2¹.)

Vingt-sept enfants, garçons ou filles, ont été confiés à des professeurs d'articulation presque tous employés chez les sourds-muets. L'instruction des balbutieurs consiste en un enseignement théorique et pratique d'articulation, soit pour les sons qui leur manquent, soit pour les sons défectueux. Les bégayeurs sont exercés pendant dix minutes à fléchir la tête (quatre à six fois), à décrire des cercles divers avec elle (quatre à six fois), à exécuter une quarantaine de fois des mouvements giratoires variés avec les bras, à jeter ces membres en avant ou en arrière, à faire subir au tronc la même gymnastique, pour régulariser le jeu du soufflet thoraco-pulmonaire et lui donner de l'ampleur; le reste de l'heure est consacré à l'articulation. L'enseignement commença le 8 août 1883 et fut terminé au bout de douze à quinze semaines. Le 20 novembre, on procédait à l'examen des enfants. Il est intéressant de lire, par le menu, les rapports remis à M. Berkhan par les professeurs chargés des petits groupes confiés exclusivement aux soins de chacun d'eux (allures des enfants, manière de faire des instituteurs, graduation de la technique). En fin de compte, sur les vingt-sept malades, il y a eu six améliorations, une aggravation, vingt guérisons. Sur les vingt guéris, quatre sont des balbutieurs, seize sont des bégayeurs; sur les seize bégayeurs guéris, six présentaient cette infirmité à un haut degré, neuf à un degré moyen, un à un faible degré. Les six améliorés bégayaient à un haut degré. Il a fallu pour les quatre balbutieurs, quinze semaines à six heures de leçon par semaine; pour les bégayeurs on a dû donner neuf semaines au moins, quinze semaines au plus, du même temps. Un nouvel examen pratiqué par M. B... au mois de mars, c'est-à-dire plus de trois mois après les résultats, révélait une rechute chez deux enfants (fillette et garçon présentant du bégaiement à un haut degré); chez six, il y avait tendance à la récidive. On leur fera un second cours.

P. K.

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 328.

X. LE MODE D'ACTION THÉRAPEUTIQUE DISSEMBLABLE DES DEUX SORTES DE COURANTS ÉLECTRIQUES ET L'EXAMEN ÉLECTRO-DIAGNOSTIQUE DU CHAMP VISUEL; par C. ENGELSKJÖN. (*Arch. f. Psych.*, XV, 2.)

C'est la première partie du travail dont nous avons déjà con-
signé *in extenso* les conclusions¹. Le sous-titre « *Traits prin-
cipaux de la description* » explique qu'il ne s'agit encore que
d'une communication provisoire (voy. paragraphe final). L'in-
troduction, les chapitres premier (mode d'action dissemblable
des deux sortes de courants) et cinq (effets des deux sortes de
courants électriques dans l'électrisation de la peau) se résument
comme il suit. Premier exemple : Une femme atteinte de
dilatation vasculaire des mains (érythromélagie) est soumise
au courant continu, elle guérit; l'électrisation faradique
entraîne une aggravation. Deuxième exemple : une femme
atteinte de contraction spasmodique des vaisseaux cutanés
(asphyxie locale) voit son mal s'aggraver par les courants
constants; elle guérit sous l'influence des courants faradiques.
L'électrisation, par quelque genre de courants que ce soit, des
nerfs du bras, ne produit, chez aucune de ces malades, aucun
changement; chaque courant agit donc spécifiquement suivant
tel ou tel genre d'affections, mais exclusivement sur les appa-
reils vaso-moteurs locaux. L'action spécifique de chaque sorte
de courants est encore prouvée par le traitement électrique de
la migraine; chacun d'eux n'agit pas indifféremment sur l'hé-
micrânie vaso-constrictrice et sur l'hémicrânie vaso-dilatatrice.
Remarquons qu'on place dans ces cas un électrode à la
nuque et l'autre au niveau du larynx, et qu'on fait intervenir
une force de courant insuffisante pour produire une contrac-
tion musculaire. Les mêmes effets se produisent dans toutes
les formes possibles de neurasthénie cérébro-spinale, dans les
régions seules où il y a des cellules ganglionnaires (inaction
des conducteurs nerveux). — Le chapitre II traite du *phéno-
mène vaso-moteur réflexe paradoxal*. Toute neurasthénie céré-
brale, dit M. Engelskjön, toute céphalalgie, tout vertige,
tout étourdissement qui s'accompagne en même temps de
symptômes spinaux, indique qu'il y a action réflexe sur la
moelle, d'où l'utilité d'appliquer au cerveau telle sorte de cou-

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. X, p. 104.

rants, à la moelle telle autre sorte d'électricité. Même action réflexe de la queue de cheval par rapport à l'axe médullaire. — Le chapitre III est intitulé de la *névrose électrique*. Quand on a longtemps électrisé les organes centraux, ils souffrent, et cette souffrance se traduit par certains phénomènes; ces phénomènes en imposent au praticien. D'où la nécessité de toujours attendre, avant de formuler son pronostic, quelques jours après la fin d'une cure électrique. — Chapitre IV. *Examen électro-diagnostique du champ visuel*. Quinze examens sont la source originelle de cette conclusion qu'un courant à action thérapeutique positive amplifie le champ visuel, tandis qu'un courant à action thérapeutique négative rétrécit le champ visuel. Par conséquent, étant donné un malade, examinez son champ visuel sous l'influence des courants continus ou induits, vous trouverez ainsi l'agent qui agira favorablement sur lui. Mais il faut éviter que la force du courant ne soit telle qu'il se produise de l'irritation cutanée, sinon la proposition n'est plus vraie. — Chapitre V. *L'Importance des facteurs étiologiques pour le choix des deux sortes de courants. Mode d'action de certains médicaments*. Un bain froid agit comme un courant galvanique; un bain chaud, comme un courant faradique. Placez les mains d'un névropathe dans l'eau froide ou dans l'eau chaude, et examinez son champ visuel: vous obtiendrez les mêmes effets que si vous faisiez agir un courant à action thérapeutique positive ou un courant à action thérapeutique négative; l'eau froide = galvanique, l'eau chaude = faradique. Aux névroses issues de dépressions morales (frayeurs, affliction, chagrin), il faut les courants induits; il en est de même pour l'intoxication nicotinique (trois cas). Aux affections en rapport avec le surmenage cérébral ou musculaire, avec les fatigues physiques, on opposera les courants continus. Dans l'espèce, il n'y a à se préoccuper ni du choix des pôles, ni du sens des courants.

P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 30 mars 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DAGONET.

M. REY lit une note sur le poids des hémisphères cérébraux. Ces recherches portent sur 235 pesées de cerveaux d'hommes et 146 de femmes faites par Broca. Elles donnent en grammes comme moyenne chez les hommes 536,4 pour l'hémisphère droit et 555,7 pour le gauche; chez les femmes 471,2 pour l'hémisphère droit et 771,4 pour le gauche. Il y a donc entre chaque hémisphère une légère différence en faveur du droit, ce qui concorde avec les faits connus. La différence maxima observée chez le même individu a été de 18 grammes pour un homme et de 16 grammes pour une femme; cet écart est par conséquent bien inférieur à celui qu'on rencontre chez certains aliénés, et en particulier les déments.

L'influence de l'âge sur le poids du cerveau ne s'exerce pas de la même façon dans les deux sexes: chez l'homme le cerveau acquiert son maximum entre vingt-cinq et trente-cinq ans, tandis que chez les femmes le développement est plus précoce; c'est en effet entre vingt et trente ans que les femmes ont le cerveau le plus lourd. Le poids croît avec la taille. Une étude particulière des cerveaux les plus lourds de 1,500 à 1,600 grammes et au-dessus provenant des registres de Broca et d'un certain nombre de pesées faites par M. Rey chez des aliénés donne ce résultat intéressant que les individus sains d'esprit et doués de cerveaux exceptionnels succombent pour la plupart avant l'âge de quarante ans et ne se retrouvent pas dans les hôpitaux ordinaires, tandis que les aliénés doués de pareils cerveaux ont généralement dépassé cet âge. N'est-on pas autorisé à tirer cette conclusion: Beaucoup d'individus porteurs de très gros cerveaux ne survivent que pour échouer dans les asiles d'aliénés.

M. LUNIER fait observer qu'il y aurait intérêt pour tirer quelque profit de ces pesées, de procéder par séries comprenant d'un côté les vésaniques de l'autre les cérébraux. Il rappelle à cette occasion

qu'il y aura en octobre, à Rome, un congrès anthropologique au point de vue de la crâniologie criminelle avec exposition de pièces anatomiques.

M. FÉRÉ. Permettez-moi d'insister sur deux points particuliers de la communication de M. Rey. Chez les femmes, dit-il, le cerveau acquiert plus tard son maximum de développement et son atrophie commence plus tôt. Cette proposition, qui mériterait de s'appuyer sur des faits plus nombreux concorde avec d'autres faits relatifs à l'évolution du squelette et sur lesquels j'ai insisté à plusieurs reprises : l'évolution de l'os est plus précoce dans les points où l'évolution a été la plus tardive et c'est dans ces régions que l'atrophie se manifeste tout d'abord.

Quant à la remarque que les sujets à gros cerveau disparaissent après quarante ans dans les hôpitaux ordinaires, tandis qu'on les retrouve encore dans les asiles d'aliénés, elle serait surtout importante si on pouvait en donner une explication satisfaisante. Les hommes à gros cerveau disparaissent-ils par le fait d'une mort prématurée, ou bien acquèrent-ils d'ordinaire une position sociale qui leur permet d'éviter l'hôpital, quand ils ne deviennent pas aliénés ?

M. FOVILLE donne lecture d'un travail de M. Parant, sur la simulation des maladies mentales.

Des signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire. — M. FALRET. Il me semble que la question des signes spéciaux des folies héréditaires pourrait faire revivre les anciennes discussions si intéressantes de notre société. Les leçons de M. Magnan et notamment sa dernière communication à l'Académie rentrent dans cet ordre d'études. Deux grandes dissidences règnent ici à ce sujet : Les uns pensent que l'hérédité joue un très grand rôle dans l'aliénation mentale, mais qu'elle n'exprime aucun cachet à l'aliéné ; d'autres, comme Morel, admettent des folies héréditaires, c'est-à-dire avec des stigmates et des signes particuliers. L'hérédité a aussi donné lieu à des statistiques dont les conclusions divergent. Je me bornerai à vous exposer quelques considérations générales pour provoquer la discussion.

Historique. — L'ouvrage de M. Lucas a marqué une époque nouvelle dans l'étude de l'hérédité au point de vue physiologique et pathologique. Moreau (de Tours) a étudié l'hérédité dans ses applications aux différentes formes d'aliénation mentale. Morel a établi des lois générales et, malgré ses obscurités et ses aperçus vagues, il a ouvert une voie nouvelle en étudiant les transformations de l'hérédité morbide.

Y a-t-il des stigmates physiques, intellectuels ou moraux chez les descendants d'aliénés ? Les aliénés héréditaires ont-ils un cachet

spécial? C'est la question sur laquelle je veux insister en tâchant d'éclaircir ces deux points principaux : Quelle est l'empreinte de l'hérédité dans les maladies mentales? Y a-t-il des formes mentales caractéristiques héréditaires?

De la paralysie générale. — La paralysie générale a été étudiée comme une maladie individuelle et diverses natures étiologiques ont été d'abord indiquées pour en expliquer les causes en dehors de l'hérédité; plus tard, Baillarger (mémoire de 1847) et Lunier ont fait intervenir l'hérédité congestive; depuis, on a admis des paralysies générales d'origine vésanique; aujourd'hui, au point de vue de la cause, on admet trois espèces de paralysies générales : spontanées, congestives, vésaniques. On a dit, de plus, que ces paralysies générales héréditaires avaient comme caractères spéciaux une plus longue durée des rémissions fréquentes et qu'elles se présentaient souvent sous la forme circulaire.

Alcoolisme. « N'est pas alcoolique qui veut, » a dit Lasègue; on peut être ivrogne à volonté, mais non pas alcoolique sans prédisposition spéciale. Il est reconnu aujourd'hui que les alcooliques sont des héréditaires. Cette hérédité se manifeste de plusieurs façons: les uns sont sensibles à la moindre dose d'alcool, les autres ne peuvent s'enivrer et résistent aux plus fortes doses; en sorte que l'alcoolisme lui-même est soumis à l'hérédité morbide. Morel l'a démontré à l'aide de faits nombreux et il établit que les alcooliques aboutissent à la dégénérescence et à la stérilité.

Délire de persécution. Cette expression, inconnue autrefois, à peine indiquée dans Esquirol, a été mise en relief par Lasègue. C'est une maladie fréquente, caractérisée au début par de simples interprétations délirantes; survient la période d'hallucination de l'ouïe, puis s'ajoute la systématisation dans laquelle les hallucinations des autres sens s'accompagnent d'autres interprétations délirantes, le tout pour aboutir à la mégalomanie. On n'a pas suffisamment distingué le délire de persécution sans hallucinations des persécutés hallucinés. Lasègue a dit que ceux qui personifient leur délire sont plus dangereux que les autres parce qu'ils deviennent persécuteurs. Mais il n'a pas assez établi que ces aliénés persécuteurs n'ont jamais d'hallucinations; ce ne sont pas les persécutés de nos asiles; ils font des mémoires, soulignent les mots, ont des formes de langage particulières, s'adressent aux autorités; ils n'ont pas d'hallucinations, ce sont des fous raisonnants; ce sont des héréditaires.

Epilepsie. Lasègue a admis que l'épilepsie vraie reposait sur une déformation crânienne de la base, datant de la naissance. Personne ne peut nier que l'épilepsie ne soit héréditaire, mais il a été établi que son hérédité n'est pas toujours similaire; il n'y a que 7 à 8 p. 100 d'hérédité similaire, ce qui donnerait raison à

Lasègue quand il disait que l'épilepsie n'était pas constamment héréditaire. Moreau (de Tours) avait d'ailleurs déjà dit que les épileptiques sont des fils d'alcooliques. Certains épileptiques sont des fils d'alcooliques. Certains sont aussi fils d'aliénés. L'épilepsie héréditaire a son empreinte : l'état convulsif est moindre, le vertige plus accentué ; la forme larvée appartient de préférence à l'épilepsie héréditaire.

Hystérie. Les hystériques, au point de vue de leurs ascendants, rentrent dans la loi de Morel et présentent aussi la prédominance des formes vertigineuses et frustes sur les phénomènes convulsifs et ne présentent que les caractères isolés de l'hystérie : clous, ovarie, etc.

Hypochondrie. Les hypochondriaques par hérédité ont des idées absurdes, étranges, sur la nature et la cause de leur mal, bizarres sur la pathogénie ; ils croient, par exemples, que leur sperme circule avec leur sang.

Toutes les formes d'aliénation mentale portent donc l'empreinte de l'hérité et, de plus, cette hérédité imprime des marques caractéristiques à chaque forme héréditaire. Ces aliénés présentent dès l'enfance une foule de signes tels que l'asymétrie du crâne et de la face, strabismes, tics de la face, bégaiement, bec-de-lièvre. Chez ces prédisposés, ces stigmates se retrouvent dans toutes les parties du corps, dans la démarche, dans les organes génitaux (pieds bots, hernies). A côté de ces signes physiques il y a des signes intellectuels, comme des inégalités énormes dans le développement des facultés : certains sont brillants, poètes, calculateurs, peintres, sculpteurs ; ils ont une mémoire prodigieuse ; ce sont des génies partiels, d'après Félix Voisin, et à côté de cela ils ont des instincts vicieux, sont réfractaires à toute éducation, indisciplinables et incapables de se conduire. C'est au moment de la puberté que ces caractères s'accusent. On voit survenir des accidents convulsifs, choréiformes ou délirants qui déroutent le diagnostic et simulent une méningite. L'évolution de la puberté est lente, difficile dans les deux sexes, et n'a pas été assez étudiée. C'est à ce moment que s'opère la bifurcation : les uns deviennent idiots et imbéciles, les autres tendent vers la folie raisonnante et le délire des actes. Ceux-ci s'engagent, changent de positions, se font condamner, passent pour des excentriques ou se font enfermer, deviennent la source d'une foule de contestations et passent leur vie entre la liberté et les asiles.

Ce qui est intéressant, c'est d'étudier les signes physiques qui correspondent à ces troubles intellectuels et moraux. Si ces aliénés ont l'air d'individus normaux à certains intervalles, les signes physiques n'en persistent pas moins, ainsi que M. Legrand du Saulle l'a établi et que M. Magnan vient de l'exposer à l'Académie de

médecine. Ce sont des anomalies génitales dans tous les temps de l'acte génital en plus ou en moins, excès de salacité ou divers degrés d'impuissance. Ceci est souvent difficile à obtenir dans les confidences des malades ou de leurs familles. Les traités de l'impuissance et de la stérilité contiennent des faits très intéressants mais mal interprétés; il y a des crises et des accidents cérébraux subits à apparence grave, mais d'un pronostic moins sérieux. Toutefois, ces crises cérébrales sont souvent un des modes de terminaison de tous ces héréditaires.

Ainsi, à la naissance, dans l'enfance, à la puberté, plus tard et jusqu'à la mort, ces aliénés héréditaires se comportent donc autrement que les autres aliénés.

Un important caractère sur lequel M. Magnan a insisté, c'est le développement subit des conceptions délirantes qui surgissent d'un jour à l'autre au milieu d'un état général qui ne paraît pas comporter un tel élément. Ce sont, par exemple, des idées de grandeur absurdes, survenant tout à coup et disparaissant de même. Morel n'avait pas insisté sur ces faits que M. Magnan a bien mis en lumière.

En dehors du rôle général de l'hérédité comme cause d'aliénation mentale, il y a lieu d'étudier les formes qui portent plus spécialement le cachet de l'hérédité : la forme raisonnante, les formes intermittentes et périodiques, la folie circulaire, la folie avec conscience, la folie du doute, etc. Il y a encore lieu de distinguer des variétés dans le groupe des folies héréditaires et c'est cette analyse qui contribuera le plus au progrès de l'aliénation mentale.

Séance du 27 mai 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DAGONET.

M. RITTI, *secrétaire général* de la Société, prononce en termes élevés un éloquent éloge de Lasègue.

*Séance du 27 juillet 1885*¹. — PRÉSIDENCE DE M. DAGONET.

Le président donne lecture de plusieurs lettres de différents membres de la société qui s'excusent de n'avoir pu assister à la séance d'inauguration de la statue de Pinel. Parmi ces lettres, il s'en trouve une de M. Henri Bonnet, auquel il vient d'arriver un grave accident. Notre confrère a en effet été frappé dans la région orbitaire par un aliéné qui l'a fort maltraité. Le coup a été si

¹ Les deux séances de mai et de juin ont déjà été publiées dans les *Archives*, p. 111 et 242.

violent qu'il a déterminé un œdème papillaire avec suffusions sanguines dans la gaine du nerf optique.

M. MAGNAN. Dans la séance du 27 avril dernier, M. Jules Falret a exposé avec sa netteté habituelle l'état de la question sur la folie héréditaire. Il a indiqué les diverses opinions en présence. Pour quelques auteurs, l'hérédité joue un grand rôle dans l'étiologie, mais seulement à titre de cause prédisposante. Pour d'autres, l'hérédité fait sentir son influence sur les diverses formes mentales, leur laisse son empreinte et leur donne une physionomie spéciale. C'est ainsi que les paralytiques généraux, les alcoolisés, les persécutés, les épileptiques, les hystériques, les hypochondriaques offrent des caractères particuliers quand ils sont sous le coup de cette influence héréditaire. Enfin, pour beaucoup de médecins, aujourd'hui il existe une folie héréditaire indépendante des autres formes mentales. Il va sans dire que les malades atteints de folie dite héréditaire, expression assurément impropre, que nous conservons parce qu'elle est déjà adoptée par plusieurs auteurs, il va sans dire que ces sujets n'ont pas le monopole des influences héréditaires, le privilège exclusif de devoir aux ascendants les dispositions névro ou psychopatiques qu'ils présentent.

L'hérédité, en effet, exerce son action, rayonne sur toutes les manifestations de la folie, sur toutes les formes vésaniques; qui dit psychoses, dit maladies éminemment héréditaires, mais l'influence de l'hérédité s'exerce à des degrés différents dans la folie héréditaire, la folie intermittente, le délire chronique. Les héréditaires, dès la naissance, offrent la marque de leur origine: des stigmates physiques, des stigmates psychiques, qui les font reconnaître parmi tous les autres aliénés. De très bonne heure, parfois dès l'âge de quatre ou cinq ans, avant même qu'une éducation vicieuse ait eu le temps de les influencer et de les modifier, ces jeunes sujets peuvent présenter des obsessions, des impulsions, des anomalies intellectuelles et morales, des étrangetés qui les distinguent et qui les rangent, sans conteste, dans une classe à part. Les exemples de ce genre sont très nombreux. Je me rappellerai, parmi les faits publiés dans les anomalies sexuelles⁴, le cas du professeur de faculté, atteint d'inversion du sens génital, qui, dès l'âge de cinq ans, présente comme stigmate psychique un entraînement inexplicable au vol; à six ans, une voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, un attrait irrésistible pour les garçons; plus tard, l'impulsion qui le poussait à compter et recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, les carrés, les petits détails d'une tapisserie, d'un écran, d'un

⁴ Magnan. — *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles*, Progrès médical, 1884.

plafond. Notez bien ces différents syndrômes épisodiques : kleptomanie, aberration sexuelle, arithmomanie. Nous verrons plus tard quelles relations existent entre ces différents phénomènes, à première vue si disparates et si éloignés les uns des autres. Le malade de M. Blanche, atteint d'anomalie sexuelle, était, dès l'âge de six ans, obsédé pour les clous de souliers de femme. Et cet autre dégénéré, dont la frigidité cessait à l'évocation de la tête ridée d'une vieille femme; ce dégénéré avait commencé dès l'âge de cinq ans à être subjugué par cette grotesque obsession. Il a eu plus tard la crainte des lieux élevés et des idées de suicide.

Je n'insiste pas, car chacun de vous a eu l'occasion de voir de jeunes dégénérés en proie à des obsessions, à des impulsions, à des troubles psychopathiques de diverse nature et M. Briand nous en communiquait à la dernière séance un certain nombre d'intéressants exemples. M. Falret a passé en revue les caractères propres de la folie héréditaire. Il a rappelé d'abord les stigmates physiques, bien connus depuis M. Morel, et à leur propos j'ajouterai simplement qu'il n'est pas rare de trouver, chez des héréditaires à conformation extérieure régulière, des anomalies du fond de l'œil, faciles à constater avec l'ophtalmoscope; des pigmentations irrégulières, des amas pigmentaires de la choroïde; l'insertion irrégulière cette membrane au pourtour du nerf optique ou des fissures choroïdiennes donnant lieu à des colobomas qui laissent apparentes des parties plus ou moins étendues de la sclérotique; on voit encore l'émergence irrégulière de l'artère centrale de la rétine qui naît parfois sur le limbe de la papille et généralement dans ces cas celle-ci est ovalaire et plus ou moins déformée. Enfin, quelquefois on aperçoit, munies de leur gaine de myéline, des faisceaux de fibres qui s'épanouissent en forme d'aigrettes, d'un blanc nacré au delà de la papille. Ces anomalies n'entraînent pas habituellement de troubles sensibles de la vision; mais, de même que l'adhérence du lobule de l'oreille, l'hypospadias ou le doigt palmé, elles sont la traduction des déviations nutritives.

Les symptômes psychiques ont été décrits avec beaucoup de soin; M. Falret a fait ressortir les inégalités intellectuelles des héréditaires, la prédominance chez eux de certaines facultés; l'influence sans contre-poids des instincts; notre distingué collègue nous a entretenus ensuite de la double tendance qui se dessine chez eux à la puberté : les uns, les apathiques, descendent insensiblement la pente intellectuelle; les autres, les raisonnants, marchent vers la folie des actes et conservent toute leur lucidité.

C'est bien là l'état mental de l'héréditaire, mais qu'il me soit permis de vous soumettre quelques réflexions sur cette désharmonie et ce défaut d'équilibre des facultés. Pour se faire une idée nette de l'état mental des héréditaires, il est indispensable de suivre le développement successif de l'intelligence depuis la

dégradation complète de l'idiot jusqu'aux simples anomalies offertes par les héréditaires. Les idiots les plus dégradés, ceux qui sont au plus bas degré de l'échelle, se trouvent dénués de toute perception sensorielle; ils ne flairent pas, ils ne goûtent pas, ils voient sans regarder, ils entendent sans écouter et leur vie, purement végétative, est réduite aux simples réflexes. Pourquoi sont-ils aussi relégués dans la moelle? C'est que des lésions pathologiques ont annulé l'action cérébrale. Ces lésions cérébrales (ramollissements, hémorragies, scléroses circonscrites ou diffuses, à processus tantôt primitifs, tantôt secondaires, inflammations méningées ou ventriculaires avec hydrocéphalie, tumeurs, etc.) offrent suivant les sujets des variétés infinies comme distribution, comme étendue et c'est ce qui explique la multiplicité d'aspect de l'état mental de l'idiot dont les aptitudes s'étendent, se complètent à mesure que le territoire devient libre sur la zone des centres sensoriels et des instincts.

Cette vaste région, située en arrière de la pariétale ascendante, est des plus importantes, puisqu'elle est la base organique de nos souvenirs; c'est dans les différents centres qui la constituent que se trouvent déposées les images mnémoniques de toutes nos impressions sensorielles, et c'est là que les centres supérieurs viennent puiser les matériaux nécessaires à l'élaboration intellectuelle, à la formation des idées; ces images passant en avant, dans la région frontale, deviennent des schémas, les signes représentatifs de la pensée. Cette région postérieure est le siège des appétits et des instincts; aussi, tant que la région frontale reste fermée, le sujet est voué à l'idiotie; il jouit, en effet, de l'exercice de ses sens, mais sans le contrôle ni le pouvoir modérateur qu'exerce la région antérieure (les centres supérieurs); il se montre gourmand, voleur, enclin à une dégoûtante salacité, il est spino-cérébral postérieur, en un mot, il est purement instinctif. Dès que la région frontale devient libre, le sujet franchit cette limite postérieure, il commence à pénétrer dans le domaine de l'idéation, du contrôle, il cesse alors d'être idiot et s'élève à la dignité d'imbécile.

Il n'est pas difficile de comprendre que ces dégénérés puissent, grâce à l'intégrité de l'un de ces centres (ouïe, vue, toucher, etc.), présenter certaines aptitudes qui, par une culture patiente, finissent par acquérir un développement d'autant plus surprenant qu'il tranche sur la stérilité des autres facultés. Quand les dégénérés s'élèvent jusqu'à l'imbécillité, la débilité mentale, ces dispositions, ces aptitudes sont encore plus saillantes, et c'est ainsi que Félix Voisin a pu avec raison qualifier de *génies partiels* certains idiots, c'est ainsi que nous voyons l'imbécile ou l'idiot *dessinateur, musicien, sculpteur, danseur, calculateur, l'idiot écho*, suivant que ces sujets ont conservé l'intégrité des centres percep-

tifs] de la vue, de l'ouïe, du toucher, etc. Le sens musical, en effet, la notion du coloris réclament l'intégrité de la première temporale, du pli courbe; l'habileté, la dextérité des mains, l'harmonie des mouvements, ne peuvent s'obtenir qu'avec une région psycho-motrice entièrement libre.

Il résulte de tout ceci que l'intelligence n'est pas uniformément atteinte dans ces dégénérescences; au milieu d'un sol stérile nous trouvons des aptitudes, des talents particuliers variant suivant les sujets. — Pourquoi n'y a-t-il pas une idiotie, pourquoi n'y a-t-il pas une imbécillité, comme nous avons une paralysie générale avec des caractères essentiels, constants, toujours les mêmes? C'est que, dans la paralysie générale, la lésion organique est une et identique, une encéphalite chronique interstitielle, diffuse, généralisée à marche progressive. Il n'en est pas de même dans l'idiotie, dans l'imbécillité, ce n'est pas, nous l'avons vu, une seule et même lésion organique qui produit ces dégénérescences, elles sont dues à de nombreux foyers que ne règle aucune systématisation. Par suite, plusieurs régions de l'encéphale peuvent être atteintes sans que les régions voisines soient altérées; de là, cette variété symptomatique qui fait qu'il y a des imbéciles, des idiots et non pas une entité morbide répondant à chacun de ces états.

Un fait qu'on ne peut pas passer sous silence, c'est que si les dégénérescences mentales sont héréditaires; dans quelques circonstances, elles peuvent être acquises, et chacun de vous a certainement observé, à la suite d'affections aiguës chez les très jeunes sujets, des cas d'arrêts de l'intelligence et de dégradations mentales analogues à l'idiotie, à l'imbécillité, à la débilité mentale, et même à la déséquilibration de l'héréditaire. Donc, il a suffi de l'apparition d'une maladie aiguë et notamment d'une fièvre typhoïde, d'une variole, d'une scarlatine, ce sont là les facteurs habituellement en cause pour pervertir ou anéantir à tout jamais l'intelligence d'un enfant jusque-là bien pondérée. Que s'est-il donc passé? La réponse est facile si l'on veut se reporter aux travaux publiés depuis une vingtaine d'années sur les troubles nerveux consécutifs aux maladies aiguës.

Thore¹, M. Christian² et plus récemment le Dr Kraepelin³ se sont occupés des cas de folie simple comme conséquence des mala-

¹ Thore. — *Ann. médico-psychol.*, 1850, 1^{re} série, 7^e année.

² Christian. — *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, (*arch. gén. de med.*, septembre et octobre 1873.)

³ Emile Kraepelin. — *Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von nervenkrankheiten*, 1881. — B. D. XI, XII.

dies aiguës; M. Foville ¹ a signalé consécutivement à la variole des paralysies généralisées suivies de guérison. Ce ne sont point ces faits que j'invoque, quoiqu'ils démontrent déjà l'action puissante des affections fébriles sur le cerveau; c'est plus particulièrement les cas de paralysie ou de dégradation intellectuelles consécutifs aux fièvres éruptives, à la fièvre typhoïde. La thèse du regretté Fritz ² sur les symptômes spinaux de la fièvre typhoïde a ouvert la série de recherches que MM. Roger et Damaschino ³, Westphal ⁴, Vulpian ⁵, Déjerine ⁶, Popoff ⁷, Marie ⁸ et beaucoup d'autres ont successivement poursuivies sur les paralysies consécutives aux maladies aiguës. M. Landouzy ⁹ qui, dans son importante monographie, a résumé tous les travaux antérieurs, fait remarquer dans ses conclusions *les tendances des akinésies à prendre, chez les enfants, la forme hémiplegique ou cérébrale.*

Tous ces désordres sont la conséquence de lésions analogues à celles qui se développent pendant l'évolution fœtale; et sur ces cerveaux de jeunes sujets en voie d'évolution, les résultats sont identiques. Il faut donc nécessairement faire entrer dans le groupe des héréditaires ces faits que la clinique désigne, quoique assurément la dénomination d'héréditaires ne leur convienne pas.

Tout ce que nous venons de dire se rapporte avec autant de vérité aux malades atteints de débilité mentale et aux dégénérés les plus élevés dans l'échelle des dégénérescences, aux héréditaires. Chez les idiots profonds, nous avons des lésions anatomiques grossières, appréciables pour tous, donnant lieu soit à des vices de conformation, à des paralysies de la motilité, de la sensibilité générale ou de la sensibilité spéciale et aux troubles fonctionnels qui en découlent; chez les héréditaires, si nous ne trouvons pas de grosses lésions anatomiques, la clinique, du moins par les troubles fonctionnels qu'elle révèle, nous montre les profondes modifications des différents centres de l'axe cérébro-spinal.

¹ Foville. — *Ann. méd. psych.* Janvier 1873.

² Fritz. — *Symptômes spinaux dans la fièvre typhoïde*, 1863.

³ Roger et Damaschino. — *Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance.* (*Gaz. Méd. de Paris*, 1871).

⁴ Westphal. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872, n° 47.

⁵ Vulpian. — *Arch., de phys.*, 1873. *An. du mémoire de Westphal.*

⁶ Déjerine. — *Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie diphthérique; (arch. de phys. norm. et path., 1878).*

⁷ Laveran. — *Fièvre typhoïde Tr. de pathologie et de cl. médicales*, 1879 (*cas d'encéphalite superficielle signalée par Popoff à la suite de la fièvre typhoïde*).

⁸ Marie. — *Sclérose en plaques... Progrès médical*, 1884.

⁹ Landouzy. — *Des paralysies dans les maladies aiguës*, 1880, p. 312.

Il me suffira de rappeler les phénomènes neuro-psychiques de l'héréditaire que j'ai présentée dans l'avant-dernière séance.

Cette femme, âgée de trente ans, perd, par moments, en pleine conscience, la libre direction de ses mouvements. Ce sont d'abord des mouvements analogues à de simples réflexes, se passant dans le segment d'un membre ou dans tout un membre, ne paraissant mettre en jeu qu'une région limitée de la moelle : tels sont les mouvements de flexion ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou de l'avant-bras sur le bras; du pied sur la jambe, ou de la jambe sur la cuisse, ou bien encore l'élévation d'une épaule; d'autres fois, ce sont des mouvements plus étendus, le frottement d'une main contre l'autre; d'autres fois encore, c'est la marche en avant, la malade pénètre sans but, mais le sachant, dans une chambre, la parcourt et se retire, c'est tout; mais elle ne peut pas s'empêcher de le faire et elle éprouverait un très grand malaise si elle résistait. Tout ces mouvements sans utilité, sans objet, s'effectuent en dehors de la volonté; la malade les constate tout en restant impuissante à les réprimer.

D'autres fois, se sont des phénomènes d'arrêt qui se produisent : étant debout la malade ne peut plus s'asseoir; assise, elle ne peut plus se relever, et pendant un moment l'impulsion fait défaut. Dans tous ces cas, la moelle s'émancipe, l'influence psycho-motrice semble suspendue. Dans d'autres circonstances, les phénomènes sont plus complexes, c'est toute la mimique d'un état passionnel nettement déterminé, le rire ou les pleurs qui échappent à la volonté; et cette manifestation extérieure est en désaccord avec l'état cénesthétique du sujet, qui tantôt est indifférent, tantôt, au contraire, est opposé à la nature même dans la manifestation. Ainsi cette femme a été prise un jour d'un fou rire à l'enterrement de son grand-père, pendant que toute la famille, en larmes, se lamentait et qu'elle était elle-même profondément affligée de la perte de ce parent qu'elle aimait beaucoup et qui s'était toujours montré très bon pour elle. D'autres fois, au contraire, elle pleure sans qu'aucune cause intérieure ni extérieure explique cette manifestation de la tristesse, indépendante de sa disposition morale et de sa volonté.

Si nous remontons de la moelle et du mésocéphale à la couche corticale postérieure, nous allons trouver encore là un mécanisme faussé. Le centre de l'audition ne peut plus retenir les images tonales qui tendent à s'échapper, et de même que des centres médullaires portaient des mouvements irrésistibles, de même de ces centres perceptifs s'échappent des images tonales, des mots que la malade ne peut pas retenir, projette au dehors, étonnée elle-même de son impuissance et exprimant sa surprise par cette réflexion : « *Est-ce singulier de dire, le sachant, des choses que je ne voudrais pas dire.* » Plus tard, la situation se complique; la

région antérieure intervient à son tour, mais sans rétablir l'ordre. Ce ne sont plus quelques mots qui échappent involontairement, c'est tout un discours qui se déroule, une série de faits divers sur des enterrements de gens vivants, récit que la malade expose dans ses moindres détails, raconte malgré les prières répétées de son entourage l'invitant à se taire, malgré aussi son vif désir de ne pas continuer.

J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs faits analogues et même de noter dans un cas l'hérédité similaire de cette disposition bizarre à parler malgré soi et à raconter ce que l'on voudrait taire.

Un déséquilibré d'une grande intelligence a torturé pendant plusieurs années sa femme, par l'obligation de passer des nuits entières à écouter ses discours où il formulait une série de reproches nullement justifiés. Quand il avait parlé six ou sept heures, il était satisfait et sa femme pouvait se coucher. La fille de ce discoureur nocturne, femme d'un de nos confrères des plus distingués, commence, dans ses périodes d'excitation malade, ses harangues, vers huit heures du soir pour ne les finir qu'au matin. Son mari qui l'aime beaucoup l'écoute patiemment pour éviter l'excitation qui ne manquerait pas de se produire s'il lui imposait silence et s'il mettait, en quelque sorte, obstacle à ce flux de paroles qui semble agir comme une véritable crise.

Je ne rappellerai pas les autres troubles psychiques et la perversion sexuelle que présentait la malade que nous avons examinée ensemble. Cette observation, par la réunion chez le même sujet de ces troubles médullaires et psychiques, a l'avantage de faire ressortir l'identité de nature de tous ces phénomènes; partout même désordre, même lésion fonctionnelle, qu'il s'agisse des centres médullaires ou cérébraux.

Ce qui prédomine dans la folie des héréditaires, c'est la désharmonie et le défaut d'équilibre non seulement entre les facultés mentales, les opérations intellectuelles proprement dites d'une part, les sentiments et les penchants d'autre part, mais encore la désharmonie des facultés intellectuelles entre elles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère.

Un héréditaire, peut-être un savant, un magistrat distingué, un grand artiste, un mathématicien, un politicien, un administrateur habile, a présenté au point de vue moral des déficiences profondes, des bizarreries étranges, des écarts de conduite surprenants et comme le côté moral, les sentiments et les penchants sont la base de nos déterminations, il s'en suit que les facultés brillantes sont mises au service d'une mauvaise cause, c'est-à-dire d'instincts, d'appétits, de sentiments malades qui, grâce aux défaillances de la volonté, poussent aux actes les plus extravagants et parfois les plus dangereux.

D'autres fois, c'est l'inverse qui se produit : tel héréditaire dont

la conduite est des plus régulières, les mœurs irréprochables, les sentiments et les penchants des mieux pondérés, offre de véritables trous dans son territoire intellectuel. Il a une mémoire des plus ingrates ou bien il ne peut rien comprendre au chiffre, au calcul, à la musique, au dessin; en un mot, avec une intelligence moyenne, il est absolument nul pour certaines facultés, il est absolument dépourvu de certaines aptitudes, de certaines facultés. Ses centres de perception sont inégalement impressionnables, inégalement aptes à recueillir toutes les impressions; certaines impressions seulement s'enregistrent d'une façon régulière et laissent des images durables; d'autre part, certaines relations, certaines associations, entre différents centres, sont troublées ou même entièrement rompues; en un mot, il y a désharmonie, défaut d'équilibre, c'est-à-dire signe de dégénérescence.

M. Jules VOISIN communique une observation fort curieuse de grande hystérie avec dédoublement de la personnalité chez un homme qu'il a eu dans son service à Bicêtre. Nos lecteurs trouveront le texte complet de l'observation à la page 212.

M. BOURRU, qui a pu suivre ce même malade à l'hôpital de Rochefort, apporte à la Société des renseignements complémentaires fort intéressants.

V... s'est échappé de Bicêtre le 2 janvier 1885. Après avoir passé plusieurs semaines à Paris, il s'engage dans un régiment d'infanterie de marine et est dirigé sur Rochefort dans les derniers jours de janvier. Peu de temps après, il commet un vol à l'occasion duquel une instruction est ouverte au conseil de guerre. Les renseignements recueillis sur ses antécédents ne tardent pas à démontrer son irresponsabilité. Relâché de la prison, il est envoyé à l'hôpital et entre dans le service de la clinique médicale de l'école de Rochefort. Le lendemain, il tombe en état de mal hystéro-épileptique, qui laisse à sa suite une hémiplegie avec hémianesthésie droite. En présence de cette situation, nous pensons naturellement à rechercher l'action des métaux et de l'aimant. C'est de là que sont venues nos observations.

En appliquant, sur l'avant-bras droit paralysé, un barreau d'acier, le transfert se produit bientôt. Mouvement, sensibilité dans ses divers modes, tout a passé de gauche à droite avec la symétrie ordinaire.

En même temps, une autre transformation s'est produite, bien plus surprenante. Tout d'un coup, les goûts de notre sujet se sont complètement modifiés, le caractère, le langage, la physionomie, tout est nouveau. Ce n'est plus le même personnage. Mieux encore, il ne reconnaît plus les lieux où il se trouve, les personnes qui l'entourent; il se croit à Bicêtre, salle Cabanis, n° 44; il a vu hier M. Voisin; il attend sa visite.

Ce changement saisissant, accompagnant le transfert de la sensibilité et du mouvement de gauche à droite, nous pensons tout d'abord qu'il s'agit d'une dissociation de l'action des deux hémisphères cérébraux, et nous cherchons tout naturellement, par des expériences ultérieures, à rendre à notre sujet l'activité de son cerveau tout entier.

Après quelques tentatives infructueuses par des procédés variés, l'électricité statique nous donna un succès complet. Sur le tabouret électrique disparaît toute paralysie du mouvement et de la sensibilité; en même temps, le sujet se trouve dans un nouvel état de conscience. Il se réveille à l'âge de quatorze ans, le 23 mars 1876, à la colonie pénitentiaire de Saint-Urbain. Il n'a jamais été malade; sa voix, son attitude, sa physionomie sont celles d'un enfant. La mémoire, qui embrasse toute son enfance, s'arrête à la date où il se croit transporté.

Dans cette épreuve, un agent physique, l'électricité, a restitué au système nerveux l'intégrité de ses fonctions de sensibilité et de mouvement, et, du même coup, a transporté l'état de conscience à cette époque très éloignée de la vie, où cette intégrité n'avait pas encore été atteinte par la maladie.

Une série d'expériences analogues nous a fait connaître des états multiples dont l'ensemble embrasse toute la vie de V..., états que nous devons décrire en détail.

PREMIER ÉTAT. — *Hémiplégie et hémianesthésie sensitivo-sensorielle à droite.* — État ordinaire de notre malade depuis le 28 mars 1885.

V... est incomplètement paralysé de la jambe droite; il peut cependant marcher en traînant cette jambe. Le bras droit est absolument paralysé, flasque, sans contracture. — Le dynamomètre marque 0 à la main droite et 36 à la main gauche. L'anesthésie du côté droit est absolue et nettement limitée à la ligne médiane du corps. L'œil droit a une acuité très faible, et le sens des couleurs est notablement altéré. Il en est de même du goût et de l'odorat. Dans l'hypochondre droit existe une zone hystérogène. La compression du testicule droit arrête l'attaque de convulsion.

V... est bavard, violent, arrogant dans sa physionomie et son attitude. Son langage est correct, mais grossier; il tutoie tout le monde, donne à chacun un surnom irrévérencieux. Il fume du matin au soir et obsède chacun de ses demandes de tabac et d'argent. Du reste, il est intelligent, se tient au courant des nouvelles du jour, affiche les opinions les plus antireligieuses et ultra-radicales en politique. Incapable d'aucune discipline, il veut tuer tout supérieur, toute personne qui voudrait exiger une marque de respect. La parole est gênée, la prononciation défectueuse ne permet guère d'entendre que la fin des mots. Il sait

lire, mais ce vice de prononciation rend inintelligible la lecture à haute voix : je ne peux écrire, la main droite étant paralysée. La mémoire, très précise pour les moindres détails actuels (il récite des colonnes entières de journal), est très bornée dans le temps. Impossible de reporter son souvenir au-delà de sa présence à Rochefort et de la dernière partie de son séjour à Bicêtre. Toutefois, il a conservé la mémoire de la deuxième partie de son séjour à Bonneval, alors qu'il travaillait au jardinage. Entre Bonneval et Bicêtre, s'étend une grande lacune de la mémoire; d'autre part, son enfance, son séjour à Saint-Urbain, le métier de tailleur qu'il a appris à son arrivée à Bonneval, alors qu'il était paraplégique, lui sont totalement étrangers.

DEUXIÈME ÉTAT. — *Hémiplégie et hémianesthésie sensitivo-sensorielle à gauche.* — Cet état s'obtient par application d'un barreau d'acier sur l'avant-bras droit.

Le transfert s'opère avec une symétrie parfaite. La paralysie de la sensibilité, du mouvement, a passé de droite à gauche; en plus, existe une hémiplégie faciale gauche. La zone hystérogène, le testicule dont la pression arrête l'attaque convulsive, ont également changé de côté. Le dynamomètre marque juste 0 à gauche, 36 à droite.

V... se croit à Bicêtre, salle Cabanis, n° 41; il se dit âgé de vingt et un ans, au 2 janvier 1884; il a vu hier M. Voisin et attend sa visite.

Il est réservé dans sa tenue; la physionomie est douce; le langage correct et poli; il ne tutoie plus et appelle chacun de nous : « Monsieur ». Il fume, mais sans passion. Il n'a pas d'opinion en religion, en politique; ces questions, semble-t-il dire, ne regardent pas un ignorant comme lui. Il est respectueux et discipliné. La parole est aisée, la prononciation très distincte; il lit parfaitement bien et écrit passablement. Il ignore complètement tous les événements passés depuis le 2 janvier 1884; il ne connaît pas les lieux où il se trouve et ne sait comment il y a été transporté. Les personnes qui l'entourent lui sont inconnues; il n'est jamais venu à Rochefort, n'a jamais entendu parler de l'infanterie de marine, ni de la guerre du Tonkin. Il se rappelle qu'avant d'entrer à Bicêtre où il croit être, il a fait un séjour à Sainte-Anne. Tout son souvenir est borné à cette courte période de sa vie.

TROISIÈME ÉTAT. — Variété du précédent. Cet état n'en diffère que par l'hémiplégie faciale; il s'obtient par l'application d'un aimant sur l'avant-bras droit.

Ici le malade se croit transporté à Saint-Georges (asile de Bourg) en août 1882; il a dix-neuf ans. La France est en guerre avec la Tunisie.

Le caractère, les facultés effectives, le langage, la physionomie, les goûts sont tels que nous venons de les décrire, mais la mémoire est limitée à une époque antérieure. V... vient de Chartres où habite sa mère; il a été envoyé comme travailleur, chez un propriétaire de vignobles aux environs de Mâcon. Tombé malade à plusieurs reprises, il a été soigné à l'hôpital de Mâcon, puis envoyé à l'asile Saint-Georges. Tout ce qui précède, tout ce qui suit cette courte période de sa vie, lui est totalement étranger.

QUATRIÈME ÉTAT. — *Paraplégie avec contracture.* — Obtenu par l'application de l'aimant sur la nuque.

La paraplégie est complète avec contracture ou extension. L'anesthésie est étendue à toute la partie inférieure du corps jusqu'à l'ombilic. Toute la partie supérieure jouit de la sensibilité et du mouvement. La zone hystérogène a abandonné l'hypochondre gauche, et s'est fixée dans l'aîne droite. La force musculaire est sensiblement égale dans les deux mains : 24 à la main droite, 25 à la main gauche.

V... se réveille à Bonneval; il vient de voir MM. Corty, Camuset.

Il est poli, timide, triste; son intelligence paraît très obtuse; sa mémoire confuse; il ne sait rien des personnages et des événements de l'époque où il croit se trouver. La prononciation est nette, mais le langage incorrect, impersonnel, enfantin. Il ne sait lire ni écrire; il épèle seulement les lettres capitales. Son occupation ordinaire est à l'atelier des tailleurs; il coud en homme exercé.

Il ne connaît point les gens qui l'entourent. Son souvenir est borné à Bonneval, où il se trouve, et à Saint-Urbain où il était, dit-il, paralysé, couché. Toute la première partie de sa vie, de sa naissance, à l'accident de la vipère qui a causé sa maladie, tout ce qui a suivi l'attaque et le changement spontané d'état survenus à Bonneval lui sont absolument inconnus.

CINQUIÈME ÉTAT. — *Absence de toute paralysie et anesthésie.* —

Obtenu par le bain électrique ou l'application de l'aimant sur la partie antérieure de la tête.

Débarassé de toute paralysie, le sujet est remarquable d'adresse et d'agilité.

Il reprend conscience à Saint-Urbain, en 1877; il a quatorze ans. Timide comme un enfant, sa physionomie, son langage, son attitude, concordent parfaitement. Il sait très bien lire et convenablement écrire.

La mémoire embrasse toute son enfance. Il se rappelle les mauvais traitements qu'il recevait de sa mère, à Luyson, près Chartres, son arrestation pour vagabondage, sa condamnation à l'internement dans une maison de correction. Il est à la colonie pénitentiaire de Saint-Urbain, que dirige M. Pasquier. Il apprend

à lire à l'école de M^{lle} Breuille. Il est employé aux travaux d'agriculture. Son souvenir s'arrête exactement à l'accident de la vipère dont l'évocation amène infailliblement une grande attaque d'hystéro-épilepsie.

SIXIÈME ÉTAT. — *Absence de toute paralysie et anesthésie.* — Obtenu par l'application d'un barreau de fer sur la cuisse droite.

Le transfert, dans ce cas, est des plus laborieux; il s'accompagne de convulsions, d'hallucinations, de grandes salutations rythmiques. Comme dans l'état précédent, le malade est débarrassé de tous les troubles du mouvement et de la sensibilité. Essais dynamométriques de la main droite : 30°; de la main gauche : 32°.

Il reprend conscience le 6 mars 1885; il a vingt-deux ans. Il est soldat d'infanterie de marine à la caserne. Il connaît les événements contemporains, les personnages au pouvoir, mais Victor Hugo, grand poète, sénateur, n'est point mort.

Ce n'est plus l'enfant timide de tout à l'heure, c'est un jeune homme ni pusillanime, ni arrogant. Le langage est correct, la prononciation nette. Il vit très bien et écrit convenablement.

Sa mémoire embrasse toute sa vie, à l'exception de la seule époque où il était paralytique avec contracture, à Saint-Urbain et Bonneval. Aussi ne se rappelle-t-il point avoir jamais été tailleur, et ne sait-il point coudre.

Voilà donc six états différents de la conscience; chacun d'eux est limité à une époque déterminée de la vie du sujet, mais l'ensemble embrasse sa vie entière. Les détails qu'il nous a donnés dans chaque état se sont trouvés conformes aux renseignements renfermés dans les observations de M. Camuset, de M. Voisin et à ceux obtenus par l'instructeur du conseil de guerre. Cette conformité ne laisse pas d'avoir une grande importance.

Ces états ont tous été obtenus par des agents physiques parallèlement aux modifications de la sensibilité et de la motilité, si bien que l'expérimentateur, en agissant sur l'état somatique, peut, à son gré, obtenir tel ou tel état connu de la conscience, état complet pour l'époque qu'il embrasse, c'est-à-dire ayant sa mémoire limitée du temps, des lieux, des personnes, des autres connaissances acquises (écriture, art du tailleur), des mouvements automatiques appris, ayant ses sentiments propres et leur expression par le langage, le geste, la physionomie. La concordance est complète.

Nous avons dû alors faire l'épreuve opposée : agir directement sur l'état de conscience et constater si les transformations de l'état somatique seraient parallèles.

Pour agir sur l'état psychique, nous n'avions d'autre moyen que la suggestion ou somnambulisme. Nous faisons donc la

suggestion suivante : « V... , tu te réveilleras à Bicêtre, salle Cabanis ». V... obéit; au sortir du somnambulisme, il se croit à Bicêtre, au 2 janvier 1884.

L'intelligence, les facultés affectives, la mémoire sont exactement telles que nous les avons décrites dans le *deuxième état*.

En même temps, il se trouve hémiplégique et hémiatrophique à gauche. La force au dynamomètre, la zone hysthéro-gène, tout est transféré comme dans le *deuxième état*.

Dans une autre suggestion, nous lui commandons de se trouver à Bonneval, alors qu'il était tailleur. L'état psychique obtenu est semblable à celui décrit au *quatrième état*, et simultanément est apparue la paraplégie avec contracture et insensibilité des parties inférieures du corps. De la même manière peuvent être obtenus les autres états.

La démonstration nous paraît ainsi complète :

1° En agissant sur l'état somatique par les moyens physiques, l'expérimentateur place le sujet dans l'état concordant de sa conscience;

2° En agissant sur l'état psychique, il fait apparaître l'état somatique concordant.

Ce ne sont donc plus les alternances de personnalité qui apparaissent spontanément au caprice de la maladie, comme dans le cas de Férida (M. Azam), ou dans l'observation antérieure de notre sujet lui-même (M. Camuset, M. J. Voisin).

Ce sont ici des relations précises, constantes et nécessaires entre l'état psychique et l'état somatique, telles qu'il est impossible de modifier l'un sans modifier l'autre parallèlement.

M. FÉRÉ fait remarquer que les modifications de l'état psychique sous l'influence d'agents physiques ont déjà été réalisées par lui et M. Binet¹, et qu'il a pu établir qu'au changement d'état psychique correspond un changement d'état dynamique².

M. DELASIAUVE a remercié la société de la manifestation sympathique dont il a été l'objet au lunch qui a suivi l'inauguration de la statue de Pinel³.

Marcel BRIAND.

¹ Binet et Féré. — *La polarisation psychique* (*Revue philosophique*, 1885).

² Féré. — *Bull. soc. Biologie*. Avril, mai, juin, juillet. — Sensation et mouvement. (*Revue philosophique*, octobre 1885.)

³ A la suite du banquet, un toast a en effet été porté par le préfet de la Seine au doyen des aliénistes présents, et comme chacun s'étonnait de trouver vierge encore la boutonnière du savant et du vieux lutteur de 1830, M. Bourneville s'est levé pour expliquer que la distinction tardive sollicitée par quelques-uns pour son maître n'ajouterait rien à la valeur et à l'honorabilité de M. Delasiauve. Le préfet de la Seine a cependant promis de demander aux pouvoirs publics la récompense depuis si longtemps méritée.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN¹

Séance du 16 novembre 1882

Sécrétaires : MM. Lœhr et Ungar. Nouveaux membres reçus : MM. Arnoldi, Hebold, Fr. Hertz, Zimmermann, Behrend, Krell.

M. RATH. *Sur une épidémie de fièvre typhoïde à l'asile d'aliénés d'Osnabrück.* — Mémoire publié *in extenso* dans ce journal².

Discussion :

M. NASSE fait remarquer que deux publications de ces dernières années ont échappé à M. Rath. Aussi, Fiedler a, dans les *Archives de médecine clinique allemande*, communiqué plusieurs cas dans lesquels la fièvre typhoïde a déterminé la guérison ou l'amélioration d'entités psychologiques; parmi ces cas se trouvait un paralytique général. Campbell (*Journ. of ment. science*) a publié vingt-deux faits du même genre empruntés à l'asile de Durham; on y compte trois guérisons, huit améliorations, parmi lesquelles celle d'un paralytique général. Les observations de l'asile de Siegburg comprenaient aussi des paralytiques généraux atteints de fièvre typhoïde dont la maladie présenta une évolution plus favorable. Presque tous les auteurs attribuent à la fièvre typhoïde une action salutaire sur les psychoses; Wille seul la nie opiniâtement dans tous ses travaux sur ce point. Dans son dernier compte rendu annuel pour 1881, il communique encore trois cas de mort et deux cas d'aggravation psychopathique de par la fièvre typhoïde. Nasse, lui, considère la fièvre typhoïde comme la maladie intercurrente qui exerce l'influence la plus favorable sur les aliénés. Il est à remarquer que la fièvre typhoïde guérira aussi bien les maladies mentales entées sur de l'anémie que celles greffées sur de l'hypérémie cérébrale; il y a aussi des cas dans lesquels l'état psychique ne se modifie point pendant que la fièvre typhoïde marche, les idées délirantes ne disparaissent que lorsque disparaissent les symptômes typhoïdes. Evidemment, le mécanisme de ces transformations git dans les changements que la maladie aiguë imprime à la nutrition; il ne s'agit pas seulement d'une impulsion donnée à la résorption interstitielle; il doit en outre se former des vaisseaux nouveaux et même de nouveaux éléments nerveux.

M. FINKELNBURG. *Sur la valeur diagnostique des phénomènes d'hypnotisme.* — L'orateur a expérimenté l'hypnotisme d'après les

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 148-153.

² Id. *Revue analytiques.*

procédés Charcot, Richer, Richet, chez vingt-deux individus sains et quinze malades. Maintes personnes peuvent, sous l'influence de la séclusion de toute influence extérieure et de l'attraction attentive monitrice vers un objet, se transformer en automates privés de l'autoconscience, etc... (suivent les caractères de ces états). La simulation et l'illusion sont impossibles, car, au moment où l'hypnotisme est opéré, on constate de la mydriase; une seule exception est relative à un jeune homme qui, au moment en question, voit lui apparaître une figure qu'il fixe. On constate en même temps que de la mydriase, de l'accélération du pouls et de la respiration, une expression tétanique de la physionomie; enfin, de pures excitations cutanées provoquent toujours des réflexes tout spéciaux, localisés, circonscrits. Sur vingt-deux individus sains, cinq étaient prédisposés à l'hypnose (prédisposition nerveuse individuelle). Sur quinze malades, sept présentaient de la réceptivité à entrer dans cet état, réceptivité qui suppose forcément une prédisposition nerveuse constituée par un équilibre instable dans le fonctionnement des centres nerveux. Conclusion : une hypnotisation facile prouve une réceptivité morbide du système nerveux. Autre point : il est exact, comme l'a montré Braid, que chez certains malades, l'hypnotisme fait passagèrement disparaître des troubles moteurs périphériques; donc il représente un élément de diagnostic entre les troubles centraux et périphériques ou plutôt entre les paralysies par simple affaiblissement des conducteurs volontaires et celles par processus dégénératifs; même observation en ce qui concerne les contractures.

Discussion :

M. UNGAR communique l'observation d'un buveur atteint de delirium tremens avec accès de manie furieuse; en lui faisant fixer un bouton pendant quelques minutes, il obtenait du calme, l'agitation disparaissant complètement.

M. FINKELNBURG. — Je n'ai pas chez trois malades osé répéter les expériences, parce qu'un jeune homme soumis à une séance d'hypnotisme provoqué, se mit ultérieurement à s'hypnotiser seul spontanément : communications épistolaires identiques à la suite des expériences de Hansen à Amsterdam et Copenhague.

M. HECKER a assisté à une partie des expériences de Heidenheim; évidemment l'hypnotiseur habituel peut, au moindre regard, provoquer sans autre préparatif l'hypnotisation chez ses sujets; de plus, il a vu un de ces sujets être pris plus tard d'attaques épileptiques. — En ce qui concerne les aliénés, les a-t-on soumis à ces études? Quant à lui, il n'a dans une catégorie d'incurables obtenu que des résultats négatifs.

M. NASSE s'abstient en principe d'hypnotiser les aliénés; il y a

des dangers inhérents à la surveillance; chez la femme notamment, il se pourrait commettre des abus génésiques. Il y a quarante ans, à Paris, les magnétiseurs hypnotisaient en fatiguant les organes visuels à l'aide de mouvements de doigts. Cette pratique ne lui a pas fourni de résultats chez les individus sains. Chez les malades, on produit ainsi des anesthésies, mais on ne fait pas disparaître les contractures. Ces passes sembleraient réussir dans des névralgies, mais elles deviennent une arme dangereuse.

M. RUHLE essaie de jeter la déconsidération sur les méthodes et les études envisagées ici; il croit que les maladies de la volonté ne sont assujetties à aucune règle et échappent au physiologiste.

M. EICKHOLT. *Contribution à l'étiologie de la démence paralytique.* — Mémoire publié *in extenso* dans ce recueil¹.

Discussion :

M. FINKELNBURG. A-t-on récemment fait des recherches consciencieuses sur la question de savoir si, dans la famille des paralytiques généraux, on a déjà eu à déplorer des atteintes de cette maladie. Il y a longtemps, Hoffmann avait fait cette enquête à Ségburg; il avait obtenu un résultat négatif.

M. OEBEKE. L'hérédité joue un faible rôle dans la paralysie générale. Cette question comporte deux points de vue; la capacité d'hériter et celle de transmettre. Les femmes transmettent plus facilement la paralysie générale; les hommes en sont plus aisément atteints. La syphilis, en tant qu'élément étiologique, doit être envisagée au point de vue anatomo-pathologique; or, d'après Virchow, elle produit aussi une inflammation généralisée diffuse des membranes et de la surface de la peau. Eh bien, quand il existe une prédisposition à la paralysie générale, ou à une affection organique du cerveau, la syphilis n'est peut-être que la cause occasionnelle de cette dernière. C'est alors que la diathèse se dénoue en une paralysie générale à laquelle le traitement anti-syphilitique ne produit aucun effet.

M. NASSE. Il est remarquable qu'à l'asile de Grafenberg on observe un nombre aussi infiniment grand de paralytiques généraux (17 p. 100), tandis qu'à celui de Siegburg la proportion centésimale est bien plus faible, et qu'à Andernach on n'en note que 40 p. 100 pendant une durée d'observation de cinq années. La cause de ces différences doit être cherchée dans des conditions locales, dans les grandes villes qui environnent Grafenberg. Quant à la syphilis, à Siegburg, il y a parmi les paralytiques généraux 7 p. 100 et parmi les non paralytiques 4 p. 100 de syphilitiques; à

¹ Voy. *Arch. de Neurologie*. Revue analytique.

Andernach les paralytiques généraux contiennent 35 syphilitiques pour 100, les non paralytiques ne sont syphilitiques que dans la proportion de plus de 1 p. 100. En tout cas, il est clair que la syphilis a, dans la paralysie générale, plus d'importance que dans les autres psychoses. Mais il est certain, comme le dit Snell, qu'il faut se garder d'attribuer à la syphilis une influence pathogénétique en ce sens quand l'infection date de dix, vingt ans ou davantage, quand on a engendré ou mis au monde des enfants sains, quand l'autopsie ne révèle pas d'altérations anatomiques spécifiques. Dans le cas spécial de l'auteur, y avait-il en outre des troubles de la parole? il importe toujours de noter avec précision les symptômes et de ne pas s'en rapporter à l'impression générale d'un cas donné; c'est faute d'avoir consigné les éléments morbides observés qu'on a dû se contenter pour la statistique de facteurs hétérogènes et de diagnostics incomplets.

M. EICKHOLT. A l'analyse symptomatique il faut joindre l'analyse anatomo-pathologique de l'observation.

M. FINKELNBURG. Si la syphilis jouait un aussi grand rôle dans la production de la paralysie générale on devrait observer celle-ci plus fréquemment qu'on ne l'observe chez la femme. L'infection syphilitique est souvent escortée d'habitudes morales dissolvantes et d'épuisement.

M. OEBEKE. On sait que parmi les prostituées, chez qui la syphilis est fréquente, on observe également plus de paralytiques générales. En ce qui a trait aux classes sociales relevées, on ne ment que trop souvent sur le chapitre syphilis.

M. RUHLE. La syphilis se comporte vis-à-vis de la paralysie générale, comme vis-à-vis de la dégénérescence des cordons postérieurs et du tabes; il peut intervenir un troisième élément nocif pathogénétique, le genre de vie des individus.

Séance du 16 juin 1883.

Secrétaire : M. Løhr. Mort du conseiller sanitaire Henser, directeur de l'asile provincial d'aliénés d'Eichberg (Nassau). Réception, comme membres nouveaux, de MM. Gottlob, Ungar, Høstermann.

M. HERTZ. *Contribution à l'anatomie pathologique des hallucinations sensorielles.* Une petite catégorie d'autopsies particulières permettent de tirer parti pour expliquer le mode de production anatomo-pathologique des hallucinations de l'ouïe chroniques, intenses, finissant par former tout le tableau pathologique d'al-

térations occupant le segment de la base du crâne qui comprend le lobe temporal. Deux cas témoignent d'une perforation ramifiée de la table vitrée du crâne, qui apparaît comme s'il avait été rongé, taillé à l'emporte-pièce, des deux côtés par des granulations de Pacchioni. Mais ce ne sont pas des granulations qui ont effectué ce désordre ; car la dure-mère est demeurée intacte, la substance cérébrale avec ses méninges molles s'est imprimée dans les fossettes, de sorte que les lobes temporaux sont transformés en proéminences tout à fait distinctes, projetées sous forme de mamelons fixes. On peut par conséquent supposer que, par ce fait, les districts centraux en question avaient été pendant la vie le siège d'excitations fonctionnelles inégales (théorie de Hagen). Un autre crâne de femme, également en proie à des hallucinations de l'ouïe, présentait un outre, dans les deux fosses temporaux, deux bourrelets osseux, correspondant, de chaque côté, aux sillons temporaux inférieurs), qui formaient des crêtes aiguës ; il en résultait un enchâtonnement plus prononcé de ces deux régions au cerveau ; de là, des excitations inégales de la substance nerveuse. Dans les deux premiers cas, des trous décrits ou plutôt du diploë mis à nu par les perforations, le sang filtrait en abondance et pendant longtemps. Il importe de tenir compte de ces états nécroscopiques. Malheureusement on n'a pas soumis la substance corticale projetée dans les fossettes anormales à l'examen microscopique.

M. PERETTI. *Sur l'action narcotique de la paralaldéhyde*. Mémoire imprimé à part¹.

M. FREUSBERG. *Sur la folie des vagabonds*. Les aliénés vagabonds tendent, dans des proportions toutes particulièrement fréquentes à exagérer. La majeure partie de ceux qu'a observés M. Freusberg sont des individus affaiblis au point de vue intellectuel présentant une agitation maniaque plus ou moins forte. Ils ont ceci de commun que, lorsqu'on les interroge, ils font des réponses niaises, contrefont par leurs discours et leurs allures les aliénés ordinaires s'efforcent devant les médecins de bavarder, de gesticuler, de déraisonner à l'excès, à moins qu'on ne sévisse contre eux. Cette singularité qui n'entraîne pas d'ailleurs le diagnostic de simulation, car il existe, en dehors des symptômes précités, une perversion morale évidente, cette singularité ne se retrouve pas dans des cas rares de mélancolie, plus rares encore de folie systématique, infinitésimaux de paralysie générale typique.

M. SCHUCHARDT. *Quelques observations sur les maladies intercurrentes chez les aliénés*. Parmi les 628 aliénés observés, 36 furent

¹ Voy. *Arch. de Neurol.*, t. VIII, p. 106 et 383 ; t. X, p. 107 et *Thèse de Nercam* (Paris, 1884).

atteints (22 f., 14 h.) de maladies intercurrentes, se décomposant en :

11. Diarrhée ou dysenterie . . .	8 f., 3 h.
10. Erysipèle de la face	9 f., 1 h.
5. Pneumonie	— 5 h.
3. Pleurésie	1 f., 2 h.
2. Scarlatine	Fillettes.
1. Rhumatisme articulaire aigu.	Hommes.
1. Parotite suppurée	Id.
1. Ictère catharral	Id.
1. Mastite et phlegmon profond de la jambe droite	Femme.
1. Myo et endocardite aiguës	Id.
1. Purpura hémorrhagique	Id.

L'érysipèle et le flux intestinal n'exercèrent aucune influence sur l'affection psychique. La pneumonie n'influença pas les cas anciens (3); parmi les psychoses récentes un malade mourut, l'autre devint, pendant sa convalescence de pneumonie, également convalescent de sa psychopathie. La pleurésie entraîna la mort en un cas, améliora la psychose en deux cas. En ce qui concerne les scarlatines, on constate dans un fait guérison simultanée de la fièvre éruptive et de l'affection psychique, dans l'autre démence apathique, sorte d'idiotie acquise.

Séance du 8 novembre 1883.

Réception de M. Friedmann.

M. HESTERMANN. *Sur les conceptions irrésistibles*. Mémoire publié *in extenso*¹.

Discussion :

M. FINKELNBURG s'élève contre la définition de Westphal. D'après son expérience, ces malades sont entachés de tare héréditaire, ou ont à leur passif des éléments d'affaiblissement psychique qui se manifesteront ultérieurement. La conception irrésistible résulte au fond de dissociation de l'activité mentale. L'expression est donc mal choisie, les malades eux-mêmes reconnaissent l'affaiblissement de leur activité mentale. Rien n'est plus malsain pour eux que de les laisser inoccupés.

M. OEBEKE. Les conceptions irrésistibles ne sont souvent que les prodromes d'une autre psychose, par exemple de la paralysie générale; ces conceptions persistent quand la psychose a évolué, on y trouve par exemple l'idée d'une petitesse anormale.

M. SCHRÖTER apporte quelques cas de ce genre.

¹ Voy. *Arch. de Neurol.* Revue analytique.

M. NASSE. Les conceptions qui proviennent par l'intermédiaire d'une cause quelconque ne sont pas les vraies conceptions irrésistibles: celles-ci sont primitives, essentielles.

M. FINKELNBURG. De ce que les premières conceptions irrésistibles se relieut à une émotion, pour se répéter plus tard sans cause efficiente, il ne s'ensuit pas qu'il faille les exclure du cadre des conceptions irrésistibles.

M. FRIEDMANN. *Sur ce que l'on entend par troubles de la connaissance dans les maladies psychiques.* Imprimé à part¹.

M. ROLLER. *Sur les troubles de la motilité dans la folie simple.* Publié à part¹.

Séance du 19 juin 1884

Réception de MM. Umpfenbach et Wulfert.

Courtes communications d'intérêt social par le président.

M. JEHN. *Quelques communications sur une endémie d'ictère à l'asile des aliénés de Merzig.* Cette endémie a duré du mois d'août au mois de novembre 1883; 144 malades ou gardiens ont été atteints, quelques malades et gardiens congédiés ont, au bout de quelque temps, été, en dehors de l'établissement, atteints de phénomènes mettant hors de doute l'identité du poison morbide. La population totale de l'asile, y compris tout le personnel, comptait 510 têtes. L'épidémie, d'une énorme densité, se montra bénigne puisqu'il ne mourut personne; en revanche, on constata une fièvre élevée, des accidents de néphrite et d'hépatite, une propension à la récurrence. Forte tuméfaction de la rate; apparence du catarrhe gastro-duodénal simple sans entozoaires. On pensa d'abord qu'il fallait incriminer la nourriture parce que l'affection ne portait presque que sur ceux qui prenaient le régime commun, mais l'atteinte des personnes qui avaient quitté l'établissement, quatre à six semaines après leur départ, prouvait une longue incubation d'un ferment morbide. Rien à arguer de l'eau, ni des autres conditions hygiéniques; ni miasmes locaux, ni fatigues, ni refroidissements, ni nourriture indigeste. (Voy. les travaux de Froehlich. *Arch. f. Klin. med.* 1879.) Endémie du reste tout à fait isolée; à plusieurs lieues à la ronde, il n'existait aucun cas semblable. Il ne fallut pas songer à accuser une revaccination effectuée en mai 1883, puisque pendant le temps d'incubation du vaccin, l'ictère ne se produisit pas, et que la courbe de fréquence de l'ictère ne concorde pas avec les deux séries de séances espacées

¹ Voy. *Arch. de Neurol.* Revue analytique.

² Id.

à 15 jours de date; on eût dû, si le vaccin avait engendré l'ictère, avoir deux sommets à 15 jours de date. Reste à examiner l'encombrement d'un établissement fait pour 200 malades et en hébergeant plus de 400; cette cause est plausible, bien qu'on ignore la nature du poison ictérogène et le mécanisme de la maladie dans l'espèce.

M. PELMAN. *Contribution casuistique à l'étude de la manie transitoire.* Un travailleur avait commis sur sa femme un crime horrible; on le trouvait affaissé, profondément endormi, sur le cadavre de celle-ci, et tenant dans ses bras son corps mutilé. Il prétendit n'avoir aucun souvenir de ce fait, il ne se rappelait pas ce qui s'était passé pendant l'après-midi de ce jour. Tout indique en effet que ce criminel ne mentait pas.

Discussion :

M. NASSE. Ces cas n'appartiennent pas à la manie transitoire; leur modalité caractérisée par le trouble de la connaissance relève de l'épilepsie, de l'alcoolisme et des hallucinations.

M. RIPPING. Il est dangereux de conclure d'une amnésie relative à un crime, qu'il y avait trouble de la connaissance au moment de l'acte. L'intoxication alcoolique aiguë n'est pas seule en jeu; n'y a-t-il pas en effet beaucoup de personnes qui, sous l'influence d'une ivresse légère admettant de la part d'un observateur le diagnostic d'intégrité absolue, ont perdu plus tard, notamment quand une période de somnolence a passé par là-dessus, le souvenir de ce qui leur est arrivé pendant cette ivresse à peine accentuée? Allez-vous déclarer que ces personnes sont irresponsables de ce qu'elles ont fait pendant cet épisode échappant à la clairvoyance des individus qui les entouraient? Evidemment non; et cependant la mémoire leur fait ultérieurement défaut.

M. OEBEKE. *Contribution à la question du traitement de la sitio-phobie chez les aliénés.* — Il y a près de quinze ans qu'avec Richarz j'ai proposé de procéder à une alimentation sans violence. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, t. XXVII) par l'administration méthodique de lavements de peptones associés à des vins généreux. Depuis lors, cette méthode a rendu de bons services. Dans certains établissements, on a aboli toute alimentation forcée, sans les remplacer par notre système, mais ce stimulant les malades à manger par persuasion, présentation de mets engageants, par modification de l'humeur de ces malheureux. Que faut-il faire, quand aucun de ces moyens ne réussit? Une expérience de quinze années m'a appris que les lavements alimentaires sont éminemment propres, même quand l'aliéné refuse opiniâtrément toute nourriture, à conserver son existence au moins trois semaines. Exemple: Une dame ainsi traitée d'abord durant quatorze jours d'abstinence alimentaire

absolue même à l'égard des liquides, puis pendant une période ultérieure de sept jours (ingestion exclusive d'eau). — Total vingt-deux jours de traitement continu; guérison. Tous les malades soumis aux lavements ont résisté, ont refusé d'ingérer aucune nourriture pendant une, deux, trois semaines; tous ils ont recommencé à manger. Mais la condition indispensable de ce procédé c'est qu'ils se laissent administrer les lavements. Après une série d'années de succès, je me suis dernièrement trouvé aux prises avec quatre cas extrêmement rebelles; l'alternative dernière était ou d'introduire à tout prix dans l'organisme une nourriture quelconque, ou d'assister à une mort probable (affaiblissement des forces, insomnie, agitation sur lui-même de l'inanité, déchéance somatique profonde). En conséquence, j'introduis la sonde œsophagienne. Cette introduction s'effectua chez trois de ces malades sans trop de résistance; le dernier se débattit, mais on évita le traumatisme grâce aux sondes molles anglaises passées par le nez. Les deux premières observations concernant des dames de quarante et un et quarante-deux ans; alimentation à la sonde pendant deux mois et demi à trois mois. Au bout de ce temps, l'une d'elles accepta la cuiller pendant trois ans, dont les sept derniers mois ne comportèrent qu'une nourriture liquide et finalement, il y a peu de temps, elle s'est mise à manger. La seconde fut nourrie à la cuiller, après l'alimentation à la sonde, pendant un ou trois mois; elle ne consentait à manger que de temps à autre. Dans la troisième observation, il s'agit d'un homme vigoureux de cinquante-sept ans; alimentation à la sonde de quatre mois et demi pendant les quatorze premières semaines, il diminuait de poids de 27 p. 100, puis regagnait en embonpoint. La quatrième observation est représentée par un malade qui, depuis trois ans, est, trois jours exceptés, nourri à la sonde sans avoir voulu consentir à manger seul; onze mois durant il s'est continuellement abstenu de nourriture, puis, une nuit, il fut pris de convulsions généralisées, dépourvues de cause qui, accompagnées de perte de connaissance, laissèrent à leur suite de l'hébétude. Pendant cette période d'hébétude, pendant ces trois jours consignés le malade calme dans son lit s'alimenta de lui-même; dès que revint la connaissance, le délire reparut et avec lui, la sitiophobie, le désir de demeurer nu, d'aller et venir sans cesse, sans repos, les vociférations de paroles stéréotypées. Cet état continue. Ces cas opiniâtres, insolites, ont rapport à des individualités connues dans leurs familles comme entêtées; ils montrent que l'alimentation artificielle une fois commencée peut être prolongée très longtemps, voire à perte de vue. Ce n'est pas à dire, au reste, qu'on ne fasse pas d'écoles contradictoires. Vingt-cinq ans de pratiques psychiatriques m'ont permis d'enregistrer cinq cas de mort, survenue dans tous les cas, chez des malades ne se pliant pas à l'administration des lavements, et

se décomposant en un refus relatif de nourriture pendant quinze jours : un refus relatif pendant douze jours, absolu pendant deux ; — un refus relatif pendant six jours, absolu pendant cinq ; — un refus relatif pendant douze jours, absolu pendant six ; — un refus absolu pendant huit jours et demi. Ces cas de mort par abstinence pendant des laps de temps relativement courts, rapprochés de la possibilité, pour certains cas morbides des plus graves, de conserver la vie des malades, grâce à l'alimentation à la sonde, apportent une restriction aux manières de voir de Siemens¹. Les exemples de Siemens, d'après lesquels l'inanition n'est pas grave tant qu'elle ne dépasse pas quatorze jours sans ingestion d'eau et cinquante jours avec ingestion d'eau, tant que la diminution de poids des aliénés ne dépasse pas 40 p. 100; ces exemples constituent des exceptions extrêmes, car, si la théorie était vraie, aucun de nos cinq malades n'eût dû mourir. En résumé, trois pratiques sont en présence : 1° l'expectation; 2° lavements qu'on ne remplace par la sonde œsophagienne, employée elle-même sans violence, que lorsque les malades se débattent contre les lavements, ou quand on redoute une issue fatale; 3° sonde œsophagienne toujours. En présence d'un malade, le médecin a à décider : 1° s'il doit demeurer le spectateur passif et systématique de l'inanition; 2° s'il doit laisser mourir un sitiophobe obstiné; 3° s'il doit l'alimenter à la sonde, instrument qui, en certains cas, permet d'espérer, en attendant mieux, la conservation de la vie. Les malades qui succombent malgré l'alimentation à la sonde, meurent par inassimilation des parois digestives, par des processus morbides dus à l'inanition ou aggravées de par l'inanition, enfin par la pneumonie alimentaire, par des traumatismes résultant de la lutte terrible engagée entre l'aliéné et le médecin au sujet de l'alimentation forcée ou du vomissement à dessein d'aliments ingérés de force : le médecin renonce alors à l'alimentation artificielle. A côté de cela il existe une fraction de faits qui bénéficient de la sonde œsophagienne, soit directement, soit parce que la sonde, en terrifiant le patient l'engage à se remettre à manger. Et cependant, l'alimentation mécanique n'est pas un procédé thérapeutique, et cependant bien des aliénés nourris longtemps artificiellement restent après cette épreuve à l'état d'automates végétants, à raison de l'affaiblissement de leurs facultés. Mais ne faut-il pas parer au plus pressé par le seul moyen à notre disposition ? Au médecin, il appartient d'apprécier la nature des faits qu'il observe, la valeur des syndrômes, le caractère de l'aliéné, la forme de la psychopathie et de l'adaptation à tel ou tel malade de telle ou telle méthode.

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. IX, p. 268.

Formule de la matière du lavement alimentaire.

125 gr. de viande de bœuf sans graisse ni tendon, coupée fin.

240 gr. d'eau distillée.

2 gouttes d'acide chlorhydrique.

2 gr. de chlorure de sodium.

Faites macérer une heure et filtrez.

Reprenez par 120 gr. d'eau distillée et filtrez au bout d'une heure.

Mêlez les deux liquides.

Et ajoutez : pepsine soluble, 0,12.

acide chlorhydrique, 10 gouttes.

Faites digérer 6 heures à la température de 30-32° R.

Il reste alors 240 gr. de liquide peptique.

Cette dose est administrée, en alternant avec du vin de Porto, en 3 lavements de 4 cuillerées à soupe, par 24 heures (un lavement toutes les 3 heures) ; pendant la nuit on ménage une pause de 6 heures.

Formule de la matière à ingérer par la sonde.

Eau..... un demi litre.

Chlorure de sodium..... 2 gr.

Lait..... 2 litres.

Bouillon..... 1 litre.

Légumineuse..... 1 à 2 cuillerées à soupe.

Vin de l'Arh..... une demi bouteille.

Vin de Porto..... 6 cuillerées à soupe.

Huile de foie de morue.. 6 cuillerées à soupe.

Jaunes d'œuf..... nos 8 à 12.

Viande finement hachée. 500 gr.

Teinture d'acétate de fer. 60 gouttes.

Acide chlorhydrique..... 10 gouttes.

Pour une journée. En trois portions.

M. HERTZ communique à la société un cas de déglutition d'acide chlorhydrique ayant, chez une aliénée, occasionné des lésions graves. Une mélancolique de trente-deux ans avala chez elle, le 31 mars, quelques onces d'acide chlorhydrique. Huit jours plus tard, elle vomissait la plus grande partie de son œsophage, c'est-à-dire la longueur de la tunique muqueuse. Hertz la vit le 20 avril. Dans les premiers jours, la déglutition s'effectuait plus ou moins difficilement ; la malade avalait le strict nécessaire : absence de fièvre, de sensations de faim ou de soif, fréquence du pouls variable, peau sèche, rejet de mucosités, de salive, malaises de loin en loin. Malgré une déglutition passable, malgré l'ingestion de notables quantités de lait additionné d'œufs et de vin de Malaga fouettés, le pouls faiblit, et la déchéance apparut. Le 3 mai, essai prudent mais vain d'alimentation à la sonde ; le lendemain, plaintes et douleur à gauche en arrière et au-dessus du larynx. Le 7 mai, frissons. T. = 39 ; expulsion de pus. Refus d'ingestion

alimentaire longtemps prolongé. Le 14, *gastrotomie*; difficultés opératoires; néanmoins, on réussit à fixer le viscère aux téguments abdominaux; pouls consécutivement très faible. Le soir, on introduit par la canule un mélange de lait et de vin. Le lendemain matin, la canule, trop mobile, doit être remplacée par une autre plus volumineuse. Mort vers midi. *Autopsie*. Estomac réduit d'un quart de son volume et déplacé vers la gauche. La section a porté sur la courbure supérieure du duodénum. La veine porte n'admet qu'une sonde de diamètre ordinaire. Intégrité du voisinage de la plaie; intégrité du péritoine.

La prochaine séance aura lieu le 15 novembre. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLI, 4-5.) P. KERAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

VI. *Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der dementia paralytica*. (Contributions à l'anatomie pathologique et à la pathologie de la démence paralytique); par FRANZ TUCZEK. in-8°, Berlin, 1884; A. Hirschwald, éditeur.

Ce mémoire constitue le développement, avec pièces justificatives, de communications faites par M. Tucek à diverses sociétés savantes de l'Allemagne ¹. Il se compose de trois parties principales. Dans la première, l'auteur soutient que la lésion caractéristique de la paralysie générale porte sur les *fibres nerveuses à myéline intracorticales*² du lobe frontal (base et convexité) et de l'insula; on constate la disparition de ces éléments à toutes les périodes et dans toutes les formes de la démence paralytique. Cette altération ne se montre dans aucune autre psychopathie, ni dans la démence consécutive à la manie et à la mélancolie, pas plus que dans les troubles psychiques de la sénilité. Elle serait bien plus caractéristique que les autres lésions attribuées à la paralysie générale, notamment l'atrophie cérébrale, l'inflammation des méninges et de la dure-mère, la périencéphalite et l'encéphalite interstitielle, car ces modifications anatomiques existent également dans les démences secondaires, tandis que la déchéance des fibres nerveuses

¹ Voy. *Archives de Neurologie*, t. VI p. 403; t. VII p. 365; t. VIII p. 90 et 336.

² *Idem*.

intracorticales s'observe tout à fait au début de la paralysie progressive, alors même que manquent l'atrophie du cerveau les adhérences et inflammations méningo-encéphaliques et névrogliques. M. Tuzek fournit à cet égard dix-sept cas de démence paralytique sous les formes les plus variées et à n'importe quelle période de son évolution (13 h. 4 f.); les observations sont très étudiées à tous les points de vue; sept observations d'autres psychoses permettent la comparaison. — La seconde partie intitulée *Dégénérescence scléreuse de la lisière de substance blanche de certaines zones déterminées de l'écorce dans la démence paralytique*, se base sur six faits; dans tous ces cas, la maladie a duré longtemps; dans cinq d'entre eux, il existait en même temps une sclérose avancée des cordons postérieurs (avec lésion simultanée des cordons latéraux), un seul ne présentant aucune altération de la moelle épinière. M. Tuzek tendrait à croire qu'il y aurait lieu de formuler le diagnostic de *lésion systématique des fibres d'association sous-corticales* de Meynet, dans les segments antérieurs du cerveau. — De ces éléments l'auteur déduit que la démence paralytique résulte d'une lésion primitive de certains systèmes de fibres intracorticales; la dégénérescence des fibres de la substance blanche pourrait bien n'être que secondaire, qu'il s'agisse de la couronne rayonnante et des faisceaux spinaux, ou du faisceau d'association intracortical, et provenir de la disparition des fibres d'association intracortical qui les prive des excitations centrales. M. Tuzek tient d'ailleurs compte dans cette brochure de tous les travaux, de tous les procédés de préparation antérieurs et postérieurs à ses communications, ainsi que des objections qui lui ont été faites au sein des sociétés savantes en question. — Au surplus, il ne serait pas impossible que des fibres altérées récupérassent leur structure normale et leur excitabilité, de là les remissions, les épisodes, la fugacité de certaines manifestations et l'apparition de certains syndrômes (mécanique cérébrale délicate), de là enfin les guérisons dont, pour terminer, M. Tuzek relate un exemple *in extenso*.
P. KÉRAVAL.

VII. *Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux*; par le D^r E. BÉRILLON. Précédé d'une lettre-préface de M. le D^r Dumont pallier. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

Un auteur anglais que l'on ne saurait trop souvent citer, lorsqu'il s'agit de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux, Wigan, poursuivant la démonstration de cette théorie d'après laquelle la folie ne serait que le résultat de la désharmonie entre le cerveau droit et le cerveau gauche, publiait, en 1844, un livre portant ce titre, à lui seul suffisamment signifi-

catif : « *La dualité de l'esprit* ». A l'appui de sa manière de voir, il insistait, tout particulièrement, sur les faits de dédoublement des opérations cérébrales dans les maladies mentales.

Depuis lors, de nombreux travaux ont paru sur cette question de psychologie ou de physiologie cérébrale, des faits nombreux, recueillis avec toute la rigueur scientifique désirable, ont été produits en faveur de l'autonomie hémisphérique que M. Bérillon vient, à son tour, défendre avec talent, en s'appuyant principalement sur l'hypnotisme expérimental.

Cet important travail nous est annoncé comme le résultat de nombreuses expériences entreprises à la Pitié, dans le service de M. Dumontpallier, qui a tenu à présenter au public médical, sous forme de lettre-préface, l'œuvre de celui qui s'est montré le fidèle interprète de l'enseignement du maître.

Avant d'aborder l'étude de l'hypnotisme expérimental, M. Bérillon s'est imposé une tâche considérable, celle de rassembler tous les documents relatifs à l'indépendance des hémisphères cérébraux en mettant, tour à tour, à contribution l'anatomie, la physiologie, l'embryogénie, l'observation psychologique et la pathologie cérébrale.

En exécution de ce vaste plan, l'auteur consacre la première partie de sa thèse à l'énumération et à l'interprétation de tous les faits susceptibles d'être invoqués pour la démonstration de la dualité cérébrale. Dissemblance morphologique entre les deux hémisphères, inégalité de volume et de poids, prédominance fonctionnelle, défaut de parallélisme et de simultanéité dans leur développement embryogénique, dédoublement de la personnalité chez certains aliénés, les exemples de suppléance, les données localisatrices les plus récentes, toutes ces particularités sont utilement rappelées et judicieusement appréciées dans le but de prouver que le cerveau, loin d'être une individualité physiologique, est, en réalité, un organe pair, chacun des hémisphères étant, à lui seul, un cerveau complet, autonome.

Etabli déjà sur cette solide base, M. Bérillon expose, dans la deuxième partie de son travail, les résultats qu'il a obtenus au moyen de l'hypnotisme expérimental et pénètre au cœur même du sujet.

Ce n'est que tout récemment qu'on est parvenu, à l'aide de pratiques spéciales, à partager expérimentalement l'individu en deux moitiés, dont chacune présente les symptômes d'un état particulier de l'hypnotisme. M. Dumontpallier s'est efforcé, on le sait, de montrer, par de nombreuses expériences, qu'une légère pression sur la région médiane du vertex a une action réflexe simultanée sur les deux hémisphères, tandis que la pression unilatérale n'a qu'une action réflexe unilatérale croisée, sur l'hémisphère du côté opposé à la pression.

Braid avait déjà constaté que, dans l'état cataleptique, en imprimant aux membres du sujet une attitude déterminée, l'émotion en rapport direct avec cette attitude se manifeste immédiatement sur son visage. C'est ce qu'il appelait *la suggestion* par les *gestes*, sorte d'accommodation idéo-motrice.

Tous les observateurs avaient acquis la certitude qu'il est possible, chez un sujet en catalepsie, de provoquer une suggestion unique par les différents procédés employés — parole, geste imprimé, attitude imposée — et l'on sait avec quelle précision M. le professeur Charcot a poursuivi l'étude des phénomènes de suggestion par l'*intermédiaire* du sens musculaire.

Mais, dit M. Bérillon, il n'était encore venu à l'idée de personne de rechercher si, en imprimant une attitude différente, à chaque côté du corps du sujet en expérience, on obtiendrait une expression faciale double et dissemblable pour chaque côté du visage. Or, c'est précisément là le curieux résultat que MM. Dumontpallier et lui ont pu obtenir dans des expériences nombreuses chez des hystériques.

En effet, à des attitudes différentes, contradictoires et simultanées, communiquées à chaque côté du corps, s'adaptent des expressions correspondantes dans chaque côté du visage qui, par exemple, sourit dans sa moitié droite, en même temps qu'il apparaît courroucé dans sa moitié gauche, parce que la main droite fait le geste d'un amical adieu, tandis que la main gauche semble, le poing fermé, menacer quelqu'un. N'est-ce pas là une preuve que chaque hémisphère a été influencé pour son propre compte et réagit d'une façon indépendante!

De plus, M. Bérillon, partant de ce principe d'après lequel un individu en état de somnambulisme présente une aptitude spéciale à transformer immédiatement en acte l'idée reçue, est parvenu à provoquer chez des sujets placés sous cette influence, des illusions et des hallucinations bilatérales et de caractère différent.

C'est, au point de vue expérimental, exactement ce que la clinique réalise quelquefois, comme en témoignent les curieuses observations publiées par M. Magnan, observations relatives à des malades qui, par exemple, entendent des choses gaies par l'oreille gauche, tandis que, simultanément, l'oreille ne perçoit que des choses désagréables, des injures, des menaces, etc. : ce sont bien là, comme le faisait remarquer à ce propos le savant médecin de Sainte-Anne, des faits qui prouvent le dédoublement et l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux, en même temps qu'ils désignent les centres sensoriels de l'écorce, comme siège organique.

L'hypnotisme expérimental et l'observation clinique concourent donc à nous faire admettre que chaque hémisphère représente un organe distinct, doué d'une individualité propre.

En résumé, conclut M. Bérillon, on peut dire que l'homme, au point psychique, sensitif et moteur, est réellement *double*, en un mot, qu'il possède deux organes de l'idéation, *deux cerveaux*.

Telle est cette consciencieuse étude que l'auteur a su rendre attrayante par la clarté de son style et la parfaite méthode qu'il a apportée dans la disposition des matériaux considérables assemblés, avec grand soin, afin d'étayer solidement la doctrine de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux.

Outre les résultats si intéressants fournis par l'hypnotisme expérimental, le lecteur est assuré de trouver dans le livre de M. Bérillon, nettement coordonnés et judicieusement appréciés, tous les faits relatifs à cette importante question de physiologie cérébrale.

P. GARNIER.

VIII. *De l'aliénation mentale chez les vieillards*; par F.-A. GOUDAL.
(Thèse de Paris, 1884.)

Cette thèse a pour but de montrer que tous les troubles vésaniques peuvent se rencontrer chez les vieillards : l'auteur rapporte en effet, un certain nombre d'observations sous les dénominations de manie, de mélancolie, de délire des persécutions, d'érotomanie, de paralysie générale. — Le nombre restreint de faits recueillis par M. Goudal ne lui a pas permis d'étudier avec fruit les particularités de la marche et de l'évolution des psychoses chez les sujets âgés. Quant au rôle de la prédisposition dans leur développement, il a été aussi négligé. Il est même remarquable de constater que sur dix-sept observations soit inédites, soit empruntées à d'autres auteurs, il en est treize dans lesquelles il n'est point question d'antécédents soit héréditaires, soit personnels; dans un cas, on les a cherchés sans les trouver; une malade avait été placée; un autre avait montré des bizarreries de caractères; et un quatrième avait eu deux frères aliénés. L'étude de la prédisposition mérite pourtant une attention particulière dans les névropathies des vieillards; en effet, il est bien établi aujourd'hui que la prédisposition joue un rôle capital dans le développement de ces maladies; mais un autre problème se pose : les névropathies peuvent-elles s'acquérir, et comment? Les observations recueillies sur les vieillards peuvent avoir à ce point de vue une valeur tout à fait particulière. Un certain nombre de faits personnels nous ont jusqu'à présent montré que dans cette catégorie de sujets le rôle de la prédisposition est tout aussi évident que chez les adultes; mais cette question mériterait d'être étudiée plus à fond. M. Goudal reconnaissant dès le début de son travail deux formes dans la démence dite sénile, nous avions espéré qu'il chercherait à distinguer dans les cas de soi-disant démence avec aliénation, les formes vulgaires de la folie, et qu'il élargissait ainsi son champ d'ob-

servation. Chez un certain nombre de ces déments, on peut en effet retrouver les manifestations ordinaires des psychoses classées; quelquefois ces manifestations sont plus ou moins atténuées dans leur intensité, et on a affaire à des vésanies à sourdine qui n'en sont pas moins reconnaissables; et chez ces sujets, encore, quand on peut chercher, le rôle de la prédisposition est aussi évident.

CH. FÉRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude clinique des œdèmes périphériques d'origine nerveuse; par J. WEIL. (Thèse de Paris, 1885.)

Des paralysies traumatiques d'origine périphérique; par H. FAUVEL. (Thèse de Paris, 1885.)

Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique; par A. HERR. (Thèse de Paris, 1885.)

Contribution à l'étude clinique de l'arthropathie des ataxiques; par BARRÉ. (Thèse de Paris, 1885.)

Des perturbations cardiaques dans le goitre exophtalmique; par LESCAUX. (Thèse de Paris, 1885.)

De l'hémiatrophie de la langue dans les lobes dorsolatéraux; par J. ARNAUD. (Thèse de Paris, 1885.)

Contribution à l'étude du traitement du tétanos; par RIBOUL. (Thèse de Paris, 1885.)

De l'hystérie chez les enfants; par PEUGNIEZ. (Thèse de Paris, 1885.)

De la réfrigération par le chlorure de méthyle; par ROUILLON. (Thèse de Paris, 1885.)

Utilité de la révulsion dans les affections aiguës de la moelle; par CALLAIS. (Thèse de Paris, 1885.)

De l'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles; par PICHON. (Thèse de Paris, 1885.)

Contribution à l'étude des lésions du cervelet; par LE LARGE. (Thèse de Paris, 1885.)

De l'éthéromanie; par E. BELUZE. (Thèse de Paris, 1875.)

Contribution à l'étude des paralysies dans l'urémie; par BERNARD. (Thèse de Paris, 1885.)

Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général; par E. DOYEN.

FAITS DIVERS

ASSISTANCE DES IDIOTS ET DES IMBÉCILES. — La plupart des préfets et des conseils généraux refusent d'admettre les idiots et les imbéciles dans les asiles d'aliénés. Il en résulte de nombreux inconvénients. Le *Droit* du 20 septembre a publié les débats d'une affaire soumise à la cour d'assises de la Sarthe, le 7 septembre dernier. Il s'agit d'« une fille *idiote* qui s'était laissé séduire » et qui en demeura enceinte. Elle est accouchée à huit mois. Sa mère, qui l'assistait, n'a pas noué le cordon. L'enfant est mort. Le père et la mère de l'idiote l'ont enterré dans un trou. Tous trois comparurent, pour homicide par imprudence, devant le tribunal correctionnel de la Flèche. La fille, « qui est fort peu intelligente », fut acquittée; la mère fut condamnée à six mois de prison, le père à quinze jours de prison comme co-auteur. (Il n'est pas question du misérable qui a abusé de l'idiote.) Puis le père de l'idiote a comparu devant la cour d'assises pour l'accusation de *suppression d'enfant*. Il a été acquitté. Ce fait montre la nécessité d'assister et d'interner dans des asiles spéciaux les enfants et les adultes idiots, surtout les filles, et de créer dans ce but des *asiles inter-départementaux*.

NÉCROLOGIE. — Le D^r O. BERGER, professeur extraordinaire de neuro-pathologie à Breslau, est décédé le 10 juillet, à l'âge de quarante et un ans.

— Le D^r L. LUNIER, membre, fondateur et secrétaire général de l'association française contre l'abus des boissons alcooliques, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général honoraire du service des aliénés, est décédé le 5 septembre dernier, à l'âge de soixante-trois ans. Nous citerons parmi les travaux qu'il a publiés: *Recherches sur la paralysie générale progressive*, thèse, 1849; — *De l'aliénation mentale et du crétinisme en Suisse*, 1868; — *Recherches sur quelques déformations du crâne observées dans le département des Deux-Sèvres*, 1852. — *Des aliénés, des divers modes de traitement et d'assistance qui leur sont applicables*, 1865; — *Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés, étude sur les législations française et étrangère*, 1868; — *Des aliénés dangereux*, 1869; *Projet de statistique applicable à l'étude des maladies mentales*, 1869; — *De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes*, 1870; — *De l'isolement des aliénés*, 1871; — *De l'origine et de la*

propagation des sociétés de tempérance, 1871; — De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales, 1874; — Rôle des boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folies et de suicides, 1872; — Divers articles dans le Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (Jaccoud); Folie (Législation); — Crâne (déformations artificielles du); — Crétinisme; et un certain nombre d'autres travaux qui, de même que les précédents, ne survivront guère à leur auteur. Il était aussi un des directeurs des Annales médico-psychologiques, où il a fait paraître un certain nombre d'articles.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — *Programme des prix et récompenses à décerner en 1886.* Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 5 mai 1885, a décidé : 1° que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société. La Société ne met au concours aucune question spéciale pour l'année 1886, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur la question suivante : Etudier sur un point déterminé du territoire français (commune, canton ou département), l'influence de la loi du 17 juillet 1880, d'un côté sur le nombre des débits de boissons et de l'autre sur le chiffre des condamnations pour ivresse publique, des morts accidentelles déterminées par les excès de boisson, des folies et des suicides de cause alcoolique. Une somme de 1,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1^{er} janvier 1886. Pour l'année 1887, la Société met au concours la question suivante : Le *Livre des mères*, manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie. Montant du prix : 1,000 fr. Le concours pour ce prix spécial ne sera clos que le 31 décembre 1886.

FOLIE DE L'ENFANCE. — « Le petit Eurda, âgé de huit ans, habitant aux environs de Tizi Ouzou (Algérie), a jeté des pierres à sa mère qui lui faisait attendre son déjeuner. Puis, pris d'une folie furieuse, s'est précipité sur elle et l'a tuée à coups de couteau. » (*Lanterne*, 20 septembre.) — Les cas de folie de l'enfance se présentent assez souvent. Tous les ans, à Bicêtre et à la Salpêtrière, on voit des exemples de folie générale ou partielle, de folie impulsive, quelquefois même l'aliénation consiste simplement en hallucinations.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CAMMARERI (V.). — *Un caso di paraplegia spastica da trauma vertebrale*. Brochure in-8° de 7 pages. — Milan, 1893. — F. Vallardi.

CULLERRE (A.). — *Magnétisme et hypnotisme*. Exposé des phénomènes observés pendant le sommeil nerveux provoqué au point de vue clinique, psychologique, thérapeutique et médico-légal, avec un résumé historique du magnétisme animal. Volume in-18 de 381 pages, avec 21 figures. — Prix : 4 fr. Paris, Librairie J.-B. Baillière, 49, rue Hautefeuille.

MICHEL (H.). — *Contribution à l'étude des albuminuries transitoires dans quelques maladies du système nerveux*. Brochure in-8° de 94 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1885. Librairie J.-B. Baillière.

TATY (Th.). — *Etude clinique sur les aliénés héréditaires*. Brochure in-8° de 115 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1885. — Librairie J.-B. Baillière.

VIZIOLI (R.). — *La malattia di FRIEDREICH (Atassia ereditaria)*. Brochure in 8° de 69 pages. — Napoli, 1885. — Dottor Leonardo Vallardi, editore.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

- Abstinence absolue d'un fou systématique, par Siemens, 232.
- Acide chlorhydrique avalé par un aliéné, 455.
- Alcool, 423.
- Aliénés (rapport sur le progrès de l'assistance des — effectués en Allemagne, au moyen des asiles pendant ces dernières années, par Lœhr, 138, 295.
- Aliénés qui refusent de manger, (du pronostic de la folie chez les), par Sutherland, 420.
- Aliénés, 100; — (en Russie), par Kowalewsky, 233; — (dans le duché d'Oldenbourg, statistique), par Kollmann, 235; — (Statistique de Wurzbourg), par Lind, 238; — (loi sur les), 248; — méningite tuberculeuse chez les — adultes), par Mickle, 421.
- Auto-mutilations chez les aliénés, par Adam, 415.
- Aphasie, 227.
- Asiles (voyage en France, en Angleterre, en Ecosse et en Belgique), par Wildermuth, 240; — (Statistique des), 262; — (suisses), 93; — (grands et petits), par Shaw, 415.
- Associations (troubles des), par de Pfungen, 408.
- Ataxie locomotrice (note sur les lésions trophiques des valvules aortiques dans l'), par M. J. Teissier, 408.
- Attention (sur la tension des muscles comme substratum de l'), par Sikorsky, 145.
- Beach (cas du docteur), 302.
- Bégaiement et balbutiement par Berkham, 424.
- Brome (emploi simultané de divers sels de brome dans l'épilepsie), 108.
- Bromure de potassium, 108.
- Caféine et alcool, par Lewis, 423.
- Cannabine, 122.
- Cellules nerveuses (vacuoles dans les), 90.
- Cérébrale (Dualité), par Bérillon, 457.
- Cerveau (poids du), 212, 426; — (Physiologie du), par Christiani, 272; — (tumeurs symétriques de la base du), par Strahan, 411.
- Cervelet (écorce du), par Beevor, 84.
- Chanvre indien, par Richter, 110.
- Conceptions irrésistibles, par Hæstermann, 417, 450.
- Congrès annuel de la Société des médecins aliénistes allemands, 261.
- Congrès (XVI^e) de la Société psychiatrique de l'Allemagne du Sud-Ouest, 245.
- Corps strié (fibres du), par Edinger, 88.
- Cylindraxes tuméfiés dans la moelle épinière, par Schultze, 93; — (dans la sclérose multiloculaire), 93.
- Cerveau (sclérose granuleuse de l'écorce du), 92; — (histologie pathologique de l'écorce du — chez les aliénés), 418).
- Démence paralytique, 417, 447, 456.
- Démoniaques (histoires, disputes et discours, des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorciers et empoisonneurs, des ensorcelez et de la guérison d'iceux), par Jean Wier, an. 271.

- Détenus (deux cas de méconnaissance pendant plusieurs années d'une maladie mentale chez des détenus), par Kraft-Ebing, 419.
- Diabète chez les femmes (troubles nerveux dans le), par Lecorché, 395.
- Digestifs (troubles d'origine nerveuse), par Mœbius, 96.
- Doigt à ressort (théorie), par Bernhardt, 97.
- Ecchymoses sous-cutanées d'origine nerveuse, par Keller, 94.
- Electriques (action des courants et électro-diagnostic du champ visuel), par Engelskjøn, 104.
- Electriques (le mode d'action thérapeutique dissemblable des deux sortes de courants — et l'examen électro-diagnostique du champ visuel, par Engelskjøn, 425.
- Encéphale (ramollissements syphilitiques multiples), par Rosenthal, 99.
- Epilepsie partielle, 108.
- Epilepsie, 231.
- Epilepsie (bromuration), 108.
- Epileptique (délire post-), 213; — (états), 257.
- Epileptiques dangereux, 255.
- Epileptiques (nombre des — dans le duché de Mecklenbourg-Schwerin), par Tigges, 236; — (rapport sur), 238.
- Esprit (pathologie de l'), par Maudsey, 132.
- Folie præépileptique, 121.
- Folies héréditaires, 111, 215, 428, 432.
- Ganglions intervertébraux, par Bechterew, Rosenbach et Scultzes, 85.
- Genou (phénomènes du), 121.
- Grossesse et psychoses, par Bartens, 237.
- Hallucinations, par Kandinsky, 102; — (anatomie pathologique des — sensorielles), par Hertz, 448.
- Hemichorée (localisation de l'), par Greiff, 409.
- Hémiplégie corticale et surdité verbale, par Mœbius, 95.
- Hémiplégie gauche dans le cours d'une pneumonie, 227.
- Hémiplégie gauche avec aphasie, 227.
- Hypnotisme, par Finkelburg, 445.
- Hypochondre (réflexe de la région de l'), 97.
- Hypertrophie musculaire vraie, par Sakaky, 122.
- Hystérie (notes sur un cas de grande — chez l'homme, avec dédoublement de la personnalité et arrêt de l'attaque par la pression des tendons), par J. Voisin, 212, 439; — (traitement, méthode de Mitchell et Playfair), 245, 266.
- Hystérie (traitement gynécologique de l'), par Fleschsig, 110.
- Hystéro-épileptique (état de mal — à la suite d'une opération chirurgicale avec anesthésie), par Valude, 226.
- Ictère (endémie d' — à l'asile de Merzig), 451.
- Idiots (des familles d'), par Bourneville et Séglas, 186, 347; — (troubles de la parole chez les), 250.
- Imbécillité (rapport médico-légal), 420.
- Infantisme (troubles nerveux dans l'), 117.
- Incendies multiples, au point de vue médico-légal, par Marandon de Montyel, 322.
- Intercurrentes (maladies — chez les aliénés), 449.
- Interdiction, 236.
- Legislation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse, par Foville, 128.
- Lèpre (symptômes névropathiques de la), par Rosenbach, 227.
- Lipome des méninges spinales, par Braubach, 413.
- Manie transitoire, 452.
- Méningite spinale chronique de la queue de cheval avec dégénérescence secondaire de la moelle, probablement d'origine syphilitique, par Eisenlohr, 91.
- Méningite tuberculeuse, 225; — (chez les aliénés adultes), 421.
- Moelle épinière (forme de la), par Flesch, 86.
- Monoplégie brachiale avec anesthésie, par Nixon, 230.
- Mort apparente (diagnostic de la), par Buch, 96.
- Muscles (cas d'hypertonie pseudo-hypertrophique des), par Eulenburg, 228.

- Musculaire (atrophie-progressive avec participation de la face), par Remak, 229, — (atrophie héréditaire et pseudo-hypertrophique), par Schultze, 230; — (tabes dorsal avec atrophie), 230.
- Myélopathie aiguë à marche ascendante, rappelant la paralysie ascendante aiguë, par Barth, 226.
- Névrite multiple et poliomyélite, par Struempell, 93.
- Occlusion intestinale par excitation du sympathique, 225.
- Oculo-moteur commun (paralysie périodique du), par Thomsen, 119.
- Oculo-moteur externe (paralysie de l'), guérie chez un diabétique, par Landsberg, 414.
- Onomatomanie, par Charcot et Magnan, 157.
- Optique (section des fibres du nerf — au voisinage de la capsule interne), par Bechterew, 84; — (tractus dans l'encéphale), par Richter, 267.
- Paraldéhyde, par Benda, 107, 249.
- Paralysie générale (état des cellules nerveuses dans la), par Mendel, 232; — par Mendel, 234, 270.
- Paralysies isolées des nerfs du bras, et combinées du bras et de l'épaule, par Bernhardt, 95.
- Paralysies progressives atrophiques, par Eisenlohr, 192.
- Paraplégie tabétique, 225.
- Pathologie du système nerveux, par Struempell, 136.
- Pinel (inauguration de la statue de), 276.
- Protubérance (diagnostic des affections en foyer de la), par Senator, 410.
- Psychoses combinées, par Siemens, 101.
- Réactions électro-magnétiques des nerfs et des muscles malades, par Eulenburg, 90.
- Sciatique (altérations de la moelle épinière causées par l'élongation du), par Tarnowski, 35.
- Sclérose latérale amyotrophique (deux nouveaux cas de — avec autopsie), par Charcot et Marie, 1, 168.
- Sclérose en plaques (curabilité de la), par Catsaras, 66.
- Sclérose multiloculaire (troubles oculaires dans la), par Gnauck, 228; — (avec atrophie névritique du nerf optique), par Eulenburg, 229.
- Scléroses systémiques de la moelle épinière (contribution à l'étude des fausses), par Popoff, 305.
- Sensibilité générale chez les convulsifs et les aliénés par Thomsen, 100.
- Sexuelle (sur un cas tout particulier d'excitation sexuelle perverse), par Anjel, 416.
- Sitiophobie (traitement de la), 452.
- Spinale (lésion — avec cécité et paralysie générale), 116.
- Société médico-psychologique, 111, 243, 426.
- Société de psychiatrie et des maladies nerveuses de Berlin, 116.
- Société française de tempérance (Prix), 144.
- Société psychiatrique de la province du Rhin, 445.
- Surdité verbale, 95.
- Syphilis, 99; — (centrale secondaire), 226; — (cérébrale), 226.
- Système nerveux (nutrition du), à l'état physiologique et pathologique, par Mairet, 76.
- Tabes chez la femme, par Mœbius, 98.
- Tabes dorsal et syphilis, par de Renz, 99; — (avec atrophie), par Eulenburg, 230; — (avec dégénérescence des nerfs périphériques), par Sakaky, 412.
- Tabétique (paraplégie), 225.
- Thérapeutique suggestive (fait pour servir à l'histoire de la), par Séglas, 376.
- Thomsen (une observation de maladie de), par Pitres et Dallidet, 201.
- Transfert dans l'épilepsie partielle, par Hirt, 108.
- Tubercules quadrijumeaux, par Spitzka, 89.
- Vagabonds (folies des), 449.
- Vague (affection du nerf — dans le tabes dorsal), 118.
- Vaso-moteurs de la peau de l'homme, par Buch, 87.
- Zones (des) hystérogènes et hypnogènes, des attaques de sommeil, par Pitres, 125.

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

- Adam, 415
 Anjel, 416.
 Baierlacher, 98.
 Bartens, 237.
 Barth, 226.
 Bechterew, 84, 85, 234.
 Beevor, 84.
 Benda, 107.
 Bérillon, 457.
 Berkhan, 424.
 Bernard, 95.
 Bernhardt, 95, 97, 119.
 Bigot, 116.
 Binet, 128.
 Binswanger, 270.
 Blondeau (L.), 225.
 Blumenthal, 124.
 Bourneville, 186, 271, 347.
 Bourru, 439.
 Braubach, 413.
 Briand, 113, 116, 244, 444.
 Buch, 87, 96.
 Catsaras, 66, 225, 227.
 Charcot, 1, 157, 168.
 Charpentier, 131.
 Christian, 244.
 Christiani, 272.
 Dagonet, 276.
 Dallidet, 201.
 Delasiauve, 444.
 Deny, 135, 225, 226, 227, 408.
 Descroizilles, 225.
 Edinger, 88.
 Eickholt, 417.
 Eisenlohr, 91, 92.
 Engelskjon, 104, 425.
 Erlenmeyer, 104.
 Eulenburg, 90, 228, 229, 230.
 Falret, 428.
 Féré, 231, 272, 428, 444, 461.
 Finkelnburg, 443, 446, 447, 448, 450, 451.
 Flesch, 86.
 Fleischsig, 110, 266, 267.
 Foville, 128, 428.
 Freusberg.
 Freuensberg, 248, 249, 260.
 Fritsch, 420.
 Fuerstner, 245, 247, 248, 249, 250, 253, 254.
 Garnier, 460.
 Gnauck, 124, 228.
 Goudal, 460.
 Greiff, 92, 409.
 Grunewald, 238.
 Gudden, 265, 267, 270.
 Hecker, 446.
 Hertz, 455.
 Hirschberg, 120.
 Hirt, 108.
 Hitzig, 567.
 Hœstermann, 417, 450.
 Jastrowitz, 119.
 Jehn, 451.
 Jolly, 245, 247, 248, 249, 250, 253, 255.
 Kandinsky, 202.
 Katyschew, 413.
 Keller, 94.
 Kéval, (P.) 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 107, 108, 109, 110, 124, 137, 143, 228, 229, 230, 232, 235, 236, 237, 238, 240, 242, 261, 271, 409, 419, 411, 412, 413, 414, 416, 417, 418, 419, 420, 424, 426, 456, 457.

- Kirn, 248, 256.
 Kollmann, 235.
 Kowalewsky, 233.
 Krafft-Ebing, 419.
 Landouy, 226.
 Laugrenter, 238.
 Landsberg, 414.
 Lecorché, 395.
 Le Dentu, 226.
 Legrand du Saulle, 113, 115, 283.
 Lewin, 121.
 Lewis (Bevan), 423.
 Liebmann, 418.
 Liman, 121.
 Lind, 238.
 Løhr, 135, 266, 295.
 Luc, 227.
 Lunier, 427.
 Mairet, 76.
 Magnan, 111, 113, 115, 117, 242, 432.
 Marandon de Montyel, 322.
 Marie, 1, 84, 168.
 Maudsey, 132.
 Mendel, 119, 121, 124, 232, 267, 270, 271.
 Mendelsohn, 275.
 Meschede, 267.
 Mickle, 421.
 Mœbius, 95, 96, 98.
 Musgrave-Clay (de), 412, 415, 416, 421, 423.
 Nasse, 445, 447, 451.
 Neumann, 236.
 Nixon, 230.
 OEbeke, 447, 448, 450, 452.
 Oppenheim, 118, 119.
 Pelman, 452.
 Peretti, 449.
 Pichon, 281.
 Pfungen (de), 408.
 Pick, 90.
 Pitres, 125, 201.
 Popoff, 305.
 Poubelle, 280.
 Remak, 119, 120, 229.
 Reinhard, 97.
 Renz (de), 99.
 Rey, 242, 427.
 Richter (de Pankow), 110, 122.
 Richter (de Dalldorff), 267.
 Rieger, 255.
 Rippling, 452.
 Ritti, 287.
 Riu, 242, 243.
 Robinet, 277.
 Rosenbach (P), 85, 90, 108, 117, 118, 227.
 Rosenthal, 99.
 Roubinowitch, 234.
 Ruhle, 447, 448.
 Sakaky, 122, 412.
 Sander, 264, 265.
 Schuchardt, 449.
 Schuele, 245, 247, 248, 257, 261.
 Schultze, 85, 93, 230.
 Schulz, 90.
 Séglas, 186, 347, 376.
 Senator, 410.
 Shaw, 415.
 Siemens, 101, 232.
 Sikorsky, 145.
 Spitzka, 89.
 Stark, 249, 250, 255, 260.
 Struempell, 93, 136.
 Sutherland, 420.
 Tarnowski, 35.
 Teissier, 408.
 Tigges, 236.
 Thomsen, 100, 119, 121.
 Tuczek, 456.
 Ulthoff, 121.
 Ungar, 446.
 Valude (E.), 226.
 Vogelsang, 123.
 Voisin (J.), 212, 439.
 Watson, 227.
 Westphal, 116, 118, 119.
 Wier (Jean), 271.
 Wildermuth, 240, 250, 253, 254, 256, 260.
 Witkowski, 231, 248, 257, 260, 261.

EXPLICATION DES PLANCHES

Fig. 1.

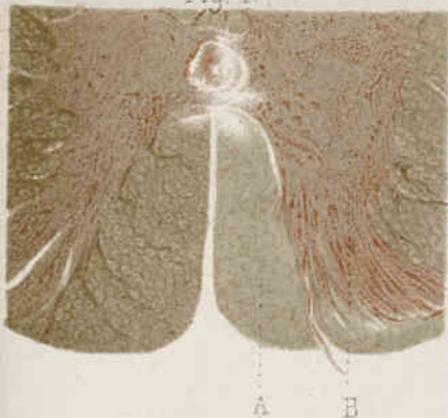
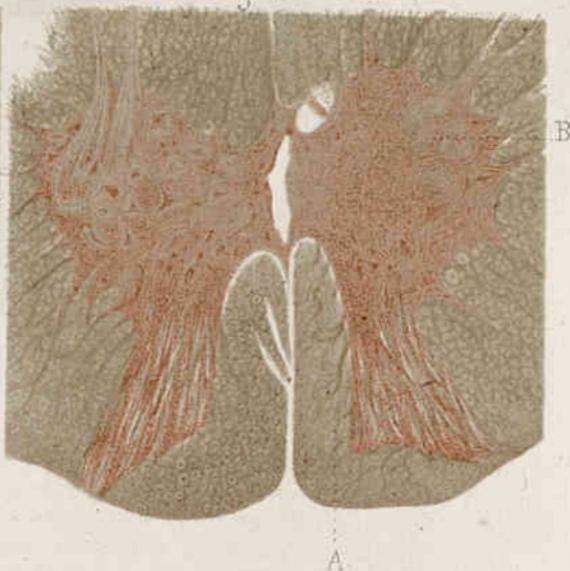


Fig. 2.



4



Fig. 3.



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.



[PLANCHE PREMIÈRE

Fig. 1. — Coupe transversale de la moelle épinière passant par le renflement lombaire d'un lapin sacrifié trois mois après l'élongation du nerf sciatique droit, pratiquée avec une force de 4 kilogr. Sclérose ou cordon postérieur droit, côté de la traction. — Les éléments nerveux du cordon postérieur, A, sont remplacés par du tissu conjonctif. La corne postérieure, B, est atrophiée. — La corne postérieure droite mesure 1^{mm}, 05; la corne postérieure gauche, 1^{mm}, 35; le cordon postérieur droit, 1^{mm}, 95; le cordon postérieur gauche, 2^{mm}, 40.

Fig. 2. — Coupe transversale de la moelle épinière passant par le renflement lombaire d'un lapin sacrifié 42 jours après la traction du nerf sciatique droit, avec une force de 5 kilos. — L'inégalité des cordons postérieurs est moins marquée que dans la figure précédente. Envahissement du tissu conjonctif qui remplace les éléments nerveux dans le cordon postérieur atrophié de la traction A. La corne postérieure droite est diminuée de volume autant que dans la moelle précédente. — Vacoles dans la corne antérieure B. — La corne droite postérieure mesure 1^{mm}, 50; la corne postérieure gauche, 1^{mm}, 80; le cordon postérieur droit, 1^{mm}, 05; le cordon postérieur gauche, 1^{mm}, 20.

Fig. 3. — Cellule nerveuse en voie de vacuolisation provenant de la corne antérieure droite du renflement lombaire d'un lapin sacrifié 38 jours après une traction du nerf sciatique droit avec une force de 5 kilos.

Fig. 4. — Tubes nerveux indemnes du bout central du nerf sciatique d'un lapin sacrifié 8 jours après une traction dont la force équivalait à 600 grammes.

Fig. 5. — Coupe transversale passant par le renflement lombaire d'un lapin sacrifié 40 jours après la traction du nerf sciatique droit avec une force de 4 kilos. — Légère diminution de volume de la corne postérieure droite B, atrophie marquée du cordon postérieur droit A. Les éléments nerveux sont remplacés par du tissu conjonctif dans tout le faisceau de Goll et dans la plus grande partie du faisceau de Burdach. — Le cordon postérieur droit mesure 1^{mm}, 05; le cordon postérieur gauche, 1^{mm}, 50; la corne postérieure droite, 0^{mm}, 90; la corne postérieure gauche, 1^{mm}, 20.

Fig. 6. — Coupe transversale passant par le renflement lombaire d'un lapin sacrifié 20 jours après la traction du nerf sciatique droit avec une force de 4 kilos. — Amoindrissement notable de la partie intra-médullaire des racines postérieures et du cordon postérieur du côté de la traction A. Envahissement de ce dernier par le tissu conjonctif comme dans les figures 2 et 5. — Le cordon postérieur droit mesure 0^{mm}, 09; le cordon postérieur gauche, 0^{mm}, 20; la corne postérieure droite, 1^{mm}, 50; la corne postérieure gauche, 1^{mm}, 35.

Fig. 7. — Tubes nerveux lésés provenant du bout périphérique du nerf sciatique d'un lapin sacrifié 43 jours après une traction à la main. La myéline est en voie de résorption. Prolifération des noyaux de la gaine de Schwann. Tubes nerveux de formation nouvelle.

PLANCHE II

Fig. 1. — Circonvolution frontale ascendante droite de Bornic..., OBSERVATION II, au niveau du lobule paracentral. Abondants corps granuleux dans la substance blanche. — La partie située tout à fait à gauche ne contient pas de corps granuleux.

Fig. 2. — Capsule interne, OBSERVATION I, côté gauche, les corps granuleux y sont disposés en deux groupes.

Fig. 3. Capsule interne, OBSERVATION II, côté gauche.

A, couche optique. — *B*, noyau lenticulaire. — *C*, corps granuleux occupant les interstices entre les faisceaux de fibres coupées perpendiculairement à leur direction.

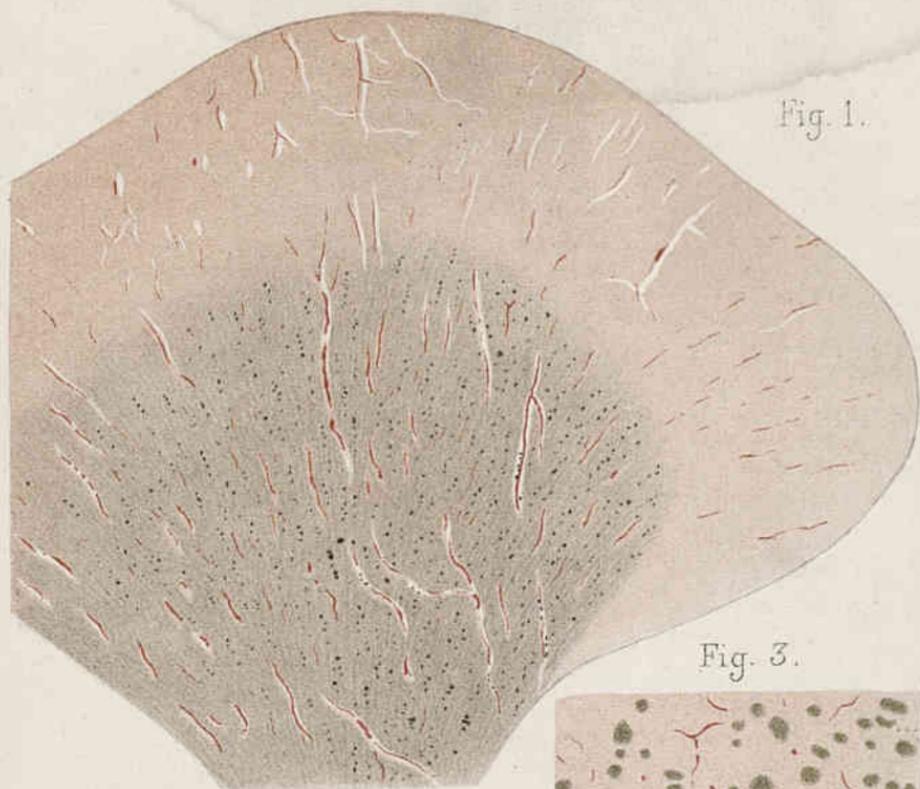


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.

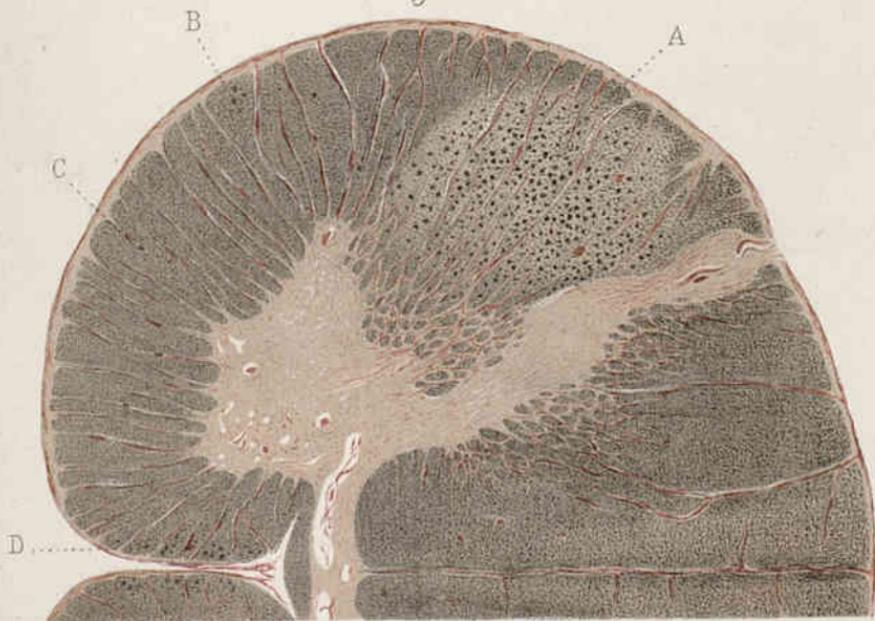


PLANCHE II

Fig. 4. — Pédoncule gauche, OBSERVATION I.

A, corps granuleux — B, cellules pigmentées du locus niger.

Fig. 5. — Protubérance coupée par moitié, OBSERVATION I.

A, corps granuleux.

Fig. 6. — Moelle cervicale, OBSERVATIONS II.

A, corps granuleux du faisceau pyramidal croisé. — B, corps granuleux aberrants. — C, corps granuleux situés dans les processus radicaux antérieurs. — D, corps granuleux du faisceau pyramidal direct.