Vol. XXII. Juillet 1891. N° 64

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur **CHARCOT**

A PROPOS D'UN CAS D'HYSTÉRIE MASCULINE : 1° PARALYSIE DISSOCIÉE DU FACIAL INFÉRIEUR D'ORIGINE HYSTÉRIQUE; 2° CUMUL DE FACTEURS ETIOLOGIQUES : TRAUMATISME, ALCOOLISME, HÉRÉDITÉ NERVEUSE,

Leçon recueillie par Georges GUINON,
Chef de clinique.

Sommaire. — Progrès réalisés dans la connaissance de l'hystérie masculine en France et à l'étranger. — Description d'un cas de paralysie faciale d'origine hystérique portant seulement sur les muscles buccinateurs et grand zygomatique. — Superposition de l'anesthésie et de la paralysie. — Diversité des opinions concernant l'existence de la paralysie faciale dans l'hystérie. Sa rareté relativement au spasme glosso-labié hystérique.

Dans notre cas, début de la névrose à l'occasion d'un traumatisme, et de la paralysie faciale à la suite d'un autre traumatisme subi dans une attaque. — Symptômes d'alcoolisme. — Rôle de ces deux agents dans le développement et l'évolution des accidents nerveux : cumul des agents provocateurs.

Messieurs,

Le malade que je vais vous présenter aujourd'hui est tout simplement un hystérique mâle. C'est donc en somme un cas assez vulgaire. En effet, vous le savez, depuis quelques années, grâce aux efforts soutenus de l'école française, l'hystérie masculine, dont la grande fréquence devient chaque jour un motif d'étonnement, a

pris une place importante dans la clinique des hôpitaux de Paris, où l'on a appris à connaître ce genre de malades, et où l'on s'attache volontiers à eux. Ainsi, par l'introduction de ce nouvel hôte, le domaine neuropathologique s'est trouvé profondément transfiguré, et cela, on peut le dire, pour le plus grand bien des malades et des médecins : des malades, qui au lieu d'être repoussés comme des non-valeurs, des simulateurs le plus souvent, sont volontiers accueillis et soignés comme il convient; des médecins, qui ne sont plus exposés à commettre envers ces malheureux, en les malmenant ou en les méconnaissant, des injustices toujours regrettables, et qui, mieux instruits en la matière, ne risquent plus comme autrefois de tomber à chaque instant dans des diagnostics erronés en prenant pour une maladie à lésion organique une affection qui n'en comporte pas, et inversement.

Faut-il vous rappeler, à l'appui de ce que j'énonce, les nombreux travaux parus récemment sur ce sujet? Qu'il me suffise de vous en signaler quelques-uns. Je vous renverrai d'abord à l'article de mon ancien chef de clinique, M. P. Marie, aujourd'hui médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté [1]. Il a fait la statistique des cas d'hystérie qu'il a rencontrés pendant son exercice à la consultation du Bureau central et a pu voir que l'hystérie mâle est très fréquente dans les classes inférieures de la société; elle semble même y être plus fréquente que l'hystérie féminine. Nous parlons ici bien entendu de la grande hystérie, de l'hystérie massive comme l'appelle M. Marie, car pour

[1] P. Marie. — *L'hystérie à la consultation du Bureau central* (*Progr. Méd.* 27 juillet 1889).

l'hystérie légère, c'est plutôt l'inverse que l'on est appelé à constater.

Reportez-vous encore au travail de M. Souques, actuellement mon interne, qui a relevé dans une des précédentes années tous les cas d'hystérie mâle qui se sont succédé dans ses salles à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Chauffard [1]. Il montre que dans une salle de 32 malades, on avait reçu en un an 26 hystériques mâles. Son travail aboutit aux mêmes conclusions que celui de M. P. Marie.

Vous citerai-je en outre les communications orales qui m'ont été faites maintes fois par beaucoup de mes collègues des hôpitaux et qui peuvent se résumer en ceci : autrefois nous ne voyions pas l'hystérie mâle, aujourd'hui dans nos services, elle se présente constamment dans une forte proportion? Combien de fois n'ai-je pas entendu tenir ce langage par mes collègues?

Enfin d'autres documents nous montrent qu'en province les choses ne diffèrent pas à cet égard de ce qu'elles sont à Paris, pourvu que le matériel d'observations dont on dispose soit suffisant. Ainsi, M. Bitot, à Bordeaux, a observé plus de 20 cas d'hystérie mâle dans le seul service de clinique générale dirigé par M. le professeur Pitres [2], dans l'espace de deux ans.

Je ne parle pas de l'étranger où la conversion « à l'hystérie mâle considérée comme une maladie fréquente chez les travailleurs manuels, » est en train de se produire. En Angleterre les travaux de l'école de Man-

[1] A. Souques. — *L'hystérie mâle dans un service hospitalier* (*Arch. gén. de méd.*, août 1890).

[2] Bitot. — *L'hystérie mâle dans le service de M. le professeur Pitres à l'hopital Saint-André de Bordeaux*, Th. Bordeaux, 1890.

chester ont beaucoup contribué à faire avancer la question, grâce aux études de MM. Dreschfeld, Thornburn, Page, pour ne citer que ceux-là. En Allemagne, à Berlin du moins, il n'y a plus guère de divergence d'opinion essentielle entre nos confrères et nous. M. le professeur Mendel a montré la fréquence de l'hystérie chez l'homme dans les policliniques de cette ville. Les observations de M. Oppenheim sur la névrose traumatique ne diffèrent pas, je pense, foncièrement des nôtres propres et l'on est autorisé actuellement, si je ne me trompe, à inscrire à l'actif de l'hystérie bon nombre de cas désignés sous le nom de névrose traumatique. A l'emploi de cette dénomination je ne vois aucun inconvénient, s'il est bien convenu toutefois que par là on entend qu'il s'agit le plus souvent de l'hystérie mâle et que celle-ci ne diffère en rien d'essentiel, au point de vue des symptômes et du pronostic, de l'hystérie masculine déterminée par toute autre cause.

Dans les petits centres de l'Allemagne, la question semble moins avancée. Il faut être, cela se conçoit, en possession d'un grand matériel clinique, tant général que spécial pour observer journellement l'hystérie mâle.

Il lui faut, en effet des conditions particulières pour se développer et se répandre. Elle prend surtout pour victimes les prolétaires menant péniblement, au jour le jour, la lutte pour la vie, les misérables, les déshérités. L'alcoolisme, les professions toxiques, les traumatismes jouent ici un grand rôle, sans compter l'hérédité nerveuse. Dans les petits centres, sans aucun doute, cela ne se rencontre pas, tant s'en faut, au même degré, aussi s'y prend-on quelquefois, paraît-il,

à douter de la légitimité cependant parfaitement indiscutable des observations recueillies ailleurs. Ce qu'on n'a pas vu, ce qu'on n'a pas touché du doigt, on n'y croit pas. C'est la doctrine sceptique dans toute sa rigueur. Elle présente un bon côté, sans doute, mais il ne faut pas pousser les choses dans cette voie jusqu'à l'incrédulité de parti pris. Croyons-nous, nous autres Parisiens, à l'existence de la lèpre, du beri-beri, de la fièvre jaune et autres maladies exotiques, bien que ce soient là des affections que beaucoup d'entre nous n'ont jamais rencontrées? Nous y croyons très fermement cependant, forts de l'examen critique que nous avons pu faire, des documents sur lesquels se fonde la connaissance de ces maladies. Il devrait en être de même en matière d'hystérie mâle. Que ceux qui ne sont pas placés convenablement pour la voir, apprennent à la connaître de ceux qui journellement l'observent sur une grande échelle. Je n'entrevois rien de mieux à faire.

Aussi n'est-ce pas sans quelque étonnement que j'ai vu récemment un neuro-pathologiste des plus distingués, dans une lecon d'ailleurs très intéressante sur la névrose traumatique, écrire ce qui suit :

« Ne prenons pas trop au sérieux ces névroses (les névroses traumatiques), surtout la névrose hystérique. Le médecin peut contribuer souvent à répandre l'hystérie et à en faire une maladie épidémique. *Surtout ne dorlotons pas trop l'hystérie chez l'homme, laissons-la aux femmes et aux enfants.* Dans ces quelques propositions on trouve incontestablement beaucoup d' « humour »; mais ce qui nous y frappe surtout, c'est le reflet d'une attitude préalable, d'une résolution

prise *a priori* qui pourra rendre difficile peut-être l'appréciation véritablement scientifique des faits cliniques. Attendons patiemment que de ce côté la lumière se fasse; elle se fera [1].

* * *

Mais je ne veux pas m'arrêter plus longuement sur ces préliminaires; j'en viens à notre malade. Encore une fois je ne le vous présente pas comme un événement. C'est à tout prendre, je vous l'ai dit, un cas banal; seulement, vous le savez, la clinique attentive trouve à peu près toujours à signaler, même dans les cas les plus simples, en apparence les plus vulgaires, quelque point nouveau, quelque combinaison inattendue. A ce point de vue notre cas prendra de l'intérêt.

En effet il nous présente un exemple bien avéré, bien authentique de *paralysie faciale hystérique*, dont l'existence, jusque dans ces derniers temps, m'avait paru fort problématique. La paralysie, qui porte sur le domaine du facial inférieur, est légère sans doute, mais elle est parfaitement légitime. Pour éviter qu'il fasse, dans les annales scientifiques, double emploi, je m'empresse de vous avertir que ce cas de paralysie faciale hystérique est celui-là même qui a été présenté par M. Ballet à la *Société médicale des hôpitaux* dans la séance du 24 novembre 1890. C'est à l'obligeance de M. Ballet que je dois de le connaître et de pouvoir l'étudier avec vous.

[1] Sur ce sujet, consulter les importantes revues critiques de M. Möbius et de M L. Bruns, dans le *Schmidt's Jahrb.* Bd. CCXXX. — Voir en particulier, Dr L. Bruns, *Neuere Arbeiten ueber die traumatischen Neurosen* (*Loc. cit.*, p, 81).

Je vous rappellerai tout à l'heure comment s'est constituée la question de la paralysie faciale chez les hystériques et comment, jusque dans ces derniers temps, cette affection qui paraît, quoi qu'il en soit, être un fait assez rare, a pu être mise en doute ou même niée formellement par un groupe d'observateurs dont j'ai eu l'honneur de faire partie, mais dont je suis obligé de me détacher actuellement, cependant non sans condition.

Le cas est encore intéressant à un autre point de vue. Il nous montre comment, dans la production de l'hystérie masculine, il peut y avoir pour ainsi dire cumul des agents provocateurs, ainsi que l'a fait fort justement remarquer M. Georges Guinon, mon chef de clinique, dans son ouvrage sur les agents provocateurs de l'hystérie. L'hérédité est là, présente, sans doute, comme dans la majorité des cas, mais plusieurs agents provocateurs se disputent la prééminence. Les partisans de l'hystérie symptomatique auraient beau jeu à en faire un cas d'hystérie toxique ; les habitudes alcooliques sont en effet parfaitement avérées chez notre malade. D'autres partisans des hystéries multiples viendront également réclamer et à bon droit, car ce n'est pas l'alcool qui a fait éclater la première attaque et a révélé l'hystérie, mais un traumatisme, ou mieux, car il n'y a eu ni plaie, ni ébranlement mécanique, le choc nerveux, la terreur; ils trouveraient là tous les caractères de l'hystérie traumatique, dont on a voulu faire bien à tort une maladie à part sous le nom de névrose traumatique.

En réalité rien n'est plus propre que ce concours de causes provocatrices diverses à démontrer que, ainsi

que je le soutiens depuis longtemps, l'hystérie est une et indivisible et que sa véritable cause n'est pas dans les influences fortuites qui la révèlent, mais bien dans la prédisposition que crée l'hérédité nerveuse.

Mais avant de traiter les différents points que je viens d'énumérer, je veux étudier avec vous le malade cliniquement et vous faire connaître son état actuel.

* * *

C'est un garçon de vingt-quatre ans, nommé Bar... exerçant, hélas! c'est là ce qui a fortement contribué à le perdre et c'est là encore qu'il a puisé les funestes habitudes qui rendront sa guérison difficile, la profession de tonnelier. Nous l'avons reçu à la Salpêtrière des mains de M. Proust en février 1891 par l'intermédiaire de M. Ballet. Tel il était à l'entrée, tel il est encore aujourd'hui. C'est un garçon d'apparence un peu grêle, mais cependant bien bâti, bien portant du reste, à part un certain degré d'anémie.

On nous l'a adressé comme hystérique et nous n'avons pas été longs à reconnaître tout d'abord l'existence d'attaques convulsives typiques, ayant le caractère de la grande hystérie, avec arcs de cercle, grands mouvements, etc. Ces attaques ne s'accompagnent jamais de morsure de la langue: elles durent jusqu'à une demi-heure. Il les a tous les huit ou dix jours environ et, à peu près infailliblement, chaque fois qu'il sort de l'hospice pour faire quelques commissions en ville, à la suite des libations auxquelles il ne manque malheureusement presque jamais de se liver en ces occasions.

De plus la présence de stigmates hystériques bien accentués fournissait un appoint de plus au diagnostic. Tout d'abord il existe une anesthésie absolue pour le tact, la température et la douleur, dont la distribution est fort intéressante dans l'espèce. Elle est en effet localisée à droite dans cette portion du domaine du facial

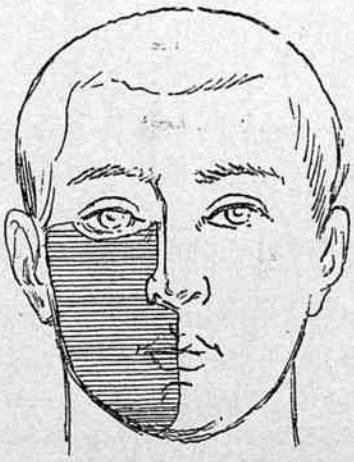


Fig. 1. — Anesthésie dans le domaine du facial inférieur.

inférieur que l'on peut appeler la joue, englobe le menton et s'étend à l'intérieur sur la moitié correspondante de la muqueuse de la cavité buccale. Nous verrons tout à l'heure la raison de cette distribution de l'anesthésie qui peut paraître singulière au premier abord.

Il n'existe point d'autre plaque d'anesthésie, mais dans l'hypocondre du côté gauche on note la présence d'une zone hystérogène parfaitement caractérisée.

Enfin nous constatons l'existence d'un double retrécissement du champ visuel avec micromégalopsie dans

les deux yeux, sans scotome central. Le goût, l'ouïe, l'odorat sont affaiblis à gauche. Le réflexe pharyngien

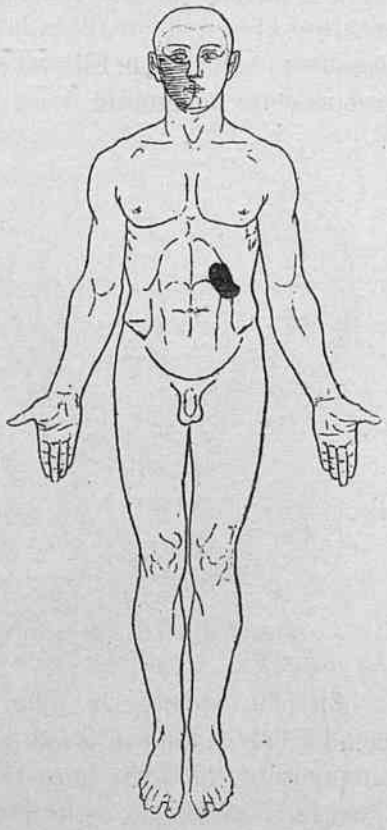


Fig. 2. — Anesthésie de la face et zone hystérogène de l'hypocondre gauche

est totalement aboli du même côté. Il n'existe pas de trace d'hémiplégie dans les membres.

Le sommeil est agité, souvent interrompu par des cauchemars consistant principalement en sensation de chute dans des précipices. Il n'a jamais vu, assure-t-il,

de bêtes en rêve. De plus, pendant la nuit, il souffre souvent de violentes crampes dans les jambes et de fourmillements dans les pieds et les mains. Mais ceci dépasse

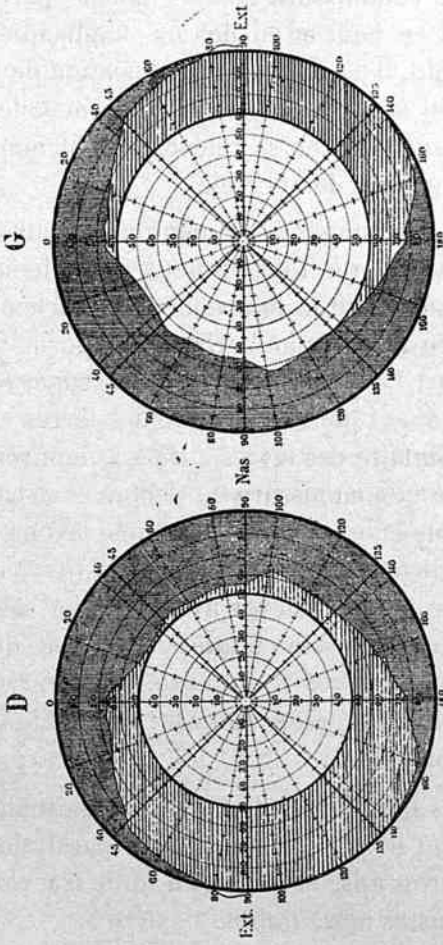


Fig. 3. — Double rétrécissement concentrique du champ visuel.

le domaine de l'hystérie et rentre plus vraisemblablement dans celui de l'alcoolisme.

Maintenant c'est sur les caractères de la paralysie faciale annoncée que je veux insister.

Au repos, on remarque déjà un certain degré d'asymétrie. La commissure labiale gauche paraît légèrement tirée en haut et en dehors, tandis que la droite est tombante. Il n'existe aucune déviation de la langue. Mais si l'on fait rire ou grimacer le malade, on voit la commissure gauche se relever notablement et s'entourer de plis en demi-cercle.

A droite, les muscles du menton, les abaisseurs de la lèvre inférieure, fonctionnent normalement. Il en est de même pour le mouvement d'écartement de la commissure dans le plan horizontal (risorius de Santorini), pour l'élevation de la lèvre supérieure (petit zygomatique) et pour l'occlusion des lèvres et le sifflement (orbiculaire des lèvres). Mais le mouvement d'élévation de la commissure en dehors et en haut (grand zygomatique) ne se fait pas et nous savons en outre, par ce que le malade nous a raconté, à savoir qu'il était obligé autrefois de relever avec le doigt ses aliments qui tombaient dans la gouttière gingivale, que le buccinateur a été autrefois paralysé. Il ne paraît donc y avoir que deux muscles atteints : le buccinateur et le grand zygomatique.

Ajoutons que les réactions électro-musculaires sont parfaitement normales, bien que la paralysie remonte environ à trois ans, et qu'il n'y a nulle trace de spasme ni de secousses musculaires.

Voilà donc une paralysie faciale bien constatée chez un hystérique et qui me paraît bien dépendre de l'hystérie. Il me faut maintenant faire ressortir tout l'intérêt

de cette constatation et pour cela je dois prendre les choses d'un peu loin.

* * *

En 1856, dans une leçon sur la paralysie hystérique Todd écrivait les lignes suivantes [1] : « L'étendue de la paralysie des membres, alors qu'il n'y en a pas trace dans la face, est un argument en faveur de la nature hystérique de l'affection : car bien que la paralysie hystérique puisse occuper toutes les parties du tronc et des extrémités, très rarement, jamais peut-être, elle n'occupe la face. »

Ainsi l'hémiplégie hystérique n'attaque pas la face en général, elle ne l'attaque peut-être même jamais : telle est l'opinion de Todd, partagée par Hasse, Althaus et plus récemment par Weir Mitchell, d'après leurs observations personnelles. J'ai embrassé la même cause et adopté la même formule. Ainsi dans une leçon publiée dans la *Semaine médicale*, le 2 février 1887, je disais : « Dans l'hémiplégie hystérique il n'existe jamais du côté paralysé de participation du facial inférieur, comparable à ce qui se passe dans l'hémiplégie vulgaire. »

Ce n'est pas qu'une déviation de la face appelée paralysie n'ait été notée dans diverses publications, en opposition avec la formule de Todd et des autres. Mais si on y regarde de près, on trouve le plus souvent, dans ces cas, les caractères d'une déviation spasmodique et non point paralytique. La langue est le plus

[1] Todd. — *Clinical lectures on paralysis*, etc. 2e édition. London, 1856, p. 20.

souvent tordue, enroulée sur elle-même et le malade ne peut la sortir hors de la bouche. Il en est ainsi par exemple dans le cas publié par M. Strassmann sous le titre d'hémiplégie faciale dans l'hystérie [1]. Chez ce sujet la langue est enroulée sur elle-même, la pointe fixée contre la voûte palatine. Il existe en outre un certain degré de trismus ; les dents sont serrées, la tête est en rotation en gauche. Peut-on trouver là les caractères d'une paralysie faciale droite? J'en dirai autant du cas plus ancien de Lebreton [2] où l'on dit qu'il y avait hémiplégie des membres et paralysie totale de la face d'un côté. Soumis à l'analyse il ne se montre pas plus probant.

Eh bien ! Messieurs, notre opinion était que les déviations de la face qui se surajoutent à l'hémiplégie hystérique sont la conséquence d'un spasme glosso-labié unilatéral, qui occupe tantôt le côté opposé à l'hémiplégie, tantôt le même côté qu'elle. Ce spasme que nous venions de remarquer et qui nous fournissait l'explication de ces déviations faciales dans l'hémiplégie hystérique, a été régulièrement décrit en 1888 par MM. Brissaud et Marie [3]. Ils en ont parfaitement montré tous les caractères, la traction de la commissure, la torsion de la langue, l'extension possible au domaine du facial supérieur, les secousses musculaires qui l'accompagnent, etc., etc.

Tout récemment, en 1888, dans mes *Leçons du mardi* (tome I, page 299), j'écrivais : « Tant qu'on ne m'aura

[1] Strassmann. *Deut. med. Wochsft.* 1890.

[2] Lebreton. Th. Paris, 1868.

[3] Brissaud et Marie. *De la déviation de la face dans l'hémiplégie hystérique* (*Prog. méd.*, 1888).

pas démontré que les paralysies faciales des hystériques ne sont pas des hémispasmes, je persisterai dans ma négation, prêt à me rendre toutefois pour le cas où la paralysie faciale, dont pour le moment je conteste l'existence dans l'hystérie, deviendrait bien et dûment démontrée. »

Aujourd'hui, vous voyez qu'il faut se rendre. Je le fais sans hésitation et sans amertume, car il me reste au moins la satisfaction d'avoir posé la question carrément et d'avoir, par mon attitude décidée, appelé des recherches précises sur ce point de pathologie nerveuse. Les résultats de ces recherches, sans être encore bien nombreux, viennent cependant tout récemment d'être mis au jour dans diverses publications, et en particulier dans d'importantes communications faites à la *Société médicale des Hôpitaux* en 1890 et 1891. Elles établissent que si, dans l'hystérie, la paralysie faciale est un fait exceptionnel, si elle est singulière dans ses allures, différente souvent par plusieurs caractères de ce qu'elle est dans l'hémiplégie organique, elle peut se présenter cependant, de façon à rendre plus difficile à cet égard qu'on ne le pensait, le diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie hystérique[1].

Déjà M. Ballet, au commencement de 1890, abordait la question par la présentation d'un malade[2]. Quelque temps après, M. Chantemesse, publiait trois cas de paralysie faciale hystérique[3] avec monoplégie brachiale,

[1] Voir à ce propos les observations de M. Feré démontrant que chez les hystériques présentant une hémiamyosthénie des membres, la langue offre souvent une diminution de la résistance à la pression du côté correspondant (*Revue philosophique*, juillet 1889).

[2] Ballet, *Soc. méd. des hôp.*, 1890.

[3] Chantemesse. — *Soc. méd. des hôp.*, 1890.

chez l'homme. Il faisait remarquer que, dans tous ces cas, la paralysie est peu accentuée et qu'il y a toujours anesthésie marquée et quelquefois prédominante de la face et des membres paralysés. C'est là un caractère important en opposition avec ce qui se passe le plus habituellement dans l'hémiplégie organique.

A ce propos je vous rappellerai que M. Gilles de la Tourette avait, alors qu'il était mon chef de clinique, publié déjà un travail sur la superposition des troubles de la sensibilité et les spasmes de la face et du cou chez les hystériques [1]. Il s'agit dans son travail de spasmes et non de paralysies; mais les deux groupes de faits doivent être évidemment considérés comme appartenant à la même série. Ils ne sauraient être tout à fait séparés.

Vient enfin le cas de M. Ballet [2], qui a trait à ce même malade que je vous présente aujourd'hui, suivi bientôt d'un autre exemple de même nature dû à M. Bonnet [3]. Cela fait donc en tout cinq cas émanant d'auteurs tout à fait dignes de foi et compétents, bien au courant de la question, et connaissant en particulier les déviations que peut produire l'hémispasme glosso-labié des hystériques.

Cinq cas bien constatés, il est vrai, c'est peu encore; mais c'est déjà quelque chose et en tout cas nous sommes forcés dès aujourd'hui, tout en maintenant que dans la très grande majorité des cas, la paralysie faciale

[1] Gilles de la Tourette. — *De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques.* (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1889.)

[2] Ballet. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1890, 14 novembre.

[3] Bonnet. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1890.

n'accompagne pas l'hémiplégie hystérique, de reconnaître qu'elle peut l'accompagner quelquefois.

Veuillez remarquer que, quant à présent, la paralysie du facial inférieur chez un hystérique, semble se distinguer par quelques caractères de celle que l'on rencontre dans l'hémiplégie organique correspondante. Tout d'abord elle est en général très peu accentuée. De plus elle paraît toujours s'accompagner d'anesthésie des parties paralysées, ainsi que M. Gilles de la Tourette l'avait déjà remarqué pour les spasmes. Enfin plusieurs fois on a pu l'observer, isolée en dehors de toute paralysie notoire des membres, circonstance peu fréquente dans l'histoire de l'hémiplégie faciale capsulaire, et qui dans la catégorie des paralysies corticales n'est représentée que par quelques cas assez rares.

Voilà donc les choses remises en place et désormais il s'agira de rechercher dans quelles circonstances se produisent soit les paralysies faciales hystériques soit les déviations d'origine spasmodique.

Peut-être serait-ce ici le lieu de rappeler que dans les paralysies hystériques la face ne semble point placée sous le même régime que les membres et que la paralysie y est, comparativement au spasme, beaucoup moins accentuée et plus rare que dans ces derniers. Cela est à rapprocher de ce qui se voit dans l'hypnose telle qu'elle se montre chez les hystériques à stigmates, où les spasmes de la face sont faciles à réaliser par suggestion, tandis que les paralysies faciales, du moins dans ma propre expérience, ne se produisent jamais bien nettement.

Passons maintenant à l'autre point qu'il convient de mettre en relief dans notre observation. Il nous faut chez ce malade, dont nous ne connaissons encore que l'état actuel, étudier l'évolution de la maladie, les antécédents, et rechercher surtout les divers éléments étiologiques qui ont pu entrer en jeu, afin de les mettre, autant que possible, convenablement en valeur et de noter ceux qui paraissent avoir eu une influence prépondérante.

Tout d'abord il s'agit d'un sujet originairement nerveux. Pendant son enfance il était d'un caractère difficile et sujet à des emportements violents. Pas de maladies caractérisées pendant cette période. Nous parlerons plus loin de ses antécédents héréditaires.

A seize ans, il embrasse la profession de tonnelier et à dix-neuf ans, il avait déjà des habitudes alcooliques parfaitement caractérisées. Cela est, paraît-il, inhérent à la profession. Il buvait cinq à six litres de vin par jour, quatre petits verres d'eau-de-vie en moyenne, et de temps en temps, mais plutôt rarement, un peu d'absinthe, du vermouth et du vulnéraire.

Bien qu'on l'ait autrefois accusé d'absinthisme, après avoir avoué ingénument tous les excès possibles en fait de vin et d'alcool, il nous a affirmé à plusieurs reprises et avec une apparence de grande sincérité, qu'il n'est point coutumier de l'absinthe, qu'il en a bu rarement, qu'il ne l'aime pas et que, en particulier jamais il n'en a bu cinq ou six verres par jour comme on le lui a fait dire. Nous ne trouvons aucune bonne raison pour ne pas nous rendre à ses affirmations plusieurs fois répétées, car nous ne voyons pas en somme que l'abus du vin et de l'eau-de-vie puisse paraître

moins honteux à avouer que ne le seraient les excès d'absinthe, de vermouth. Au contaire, car, si je ne me trompe, l'absinthe, parmi les classes qui en abusent, passe plutôt pour une boisson aristocratique[1]. Cela est important à relever, parce que je crois reconnaître l'histoire de notre malade dans une publication importante, et émanant de bonne source, où il est représenté comme un « absinthique ». Les accidents nerveux que nous avons décrits plus haut à savoir : attaques convulsives épileptiformes avec projection du tronc en avant; plaque hyperesthésique siégeant sur l'hypochrondre gauche dont la pression détermine la production de convulsions en arc de cercle, comme on le voit chez les hystériques ovariennes, tous ces accidents sont considérés là comme relevant directement de l'intoxication absinthique et comme pouvant contribuer à la caractériser cliniquement. En ce qui me concerne, vous l'avez compris par ce qui précède, je ne puis voir chez notre malade qu'un cas d'hystérie « comme un autre » dans lequel étiologiquement, l'alcoolisme — non l'absinthisme — à titre d'agent provocateur, joue un grand rôle, mais où le traumatisme, ainsi que nous allons le voir, réclame, lui aussi, une part d'influence.

En 1885, à l'âge de dix-huit ans, il est victime d'un premier accident traumatique. Mais les temps n'étaient pas encore venus, paraît-il, et il put recevoir à la nuque un violent coup de canne plombée, qui fit plaie et dont il porte encore une profonde cicatrice, sans qu'il s'en suivît aucun trouble nerveux durable.

[1] L'absinthe c'est « la Muse aux yeux verts » comme l'appelle une chanson de carrefour.

Il fut soigné comme blessé à l'hôpital de la Pitié et au bout de trois semaines il était complètement guéri.

En 1887, deuxième accident : comme employé à l'Entrepôt des vins, il était occupé, un jour, dans une cave à empiler d'énormes tonneaux, lorsque tout à coup une pile entière de ces demi-muids, mal calée, s'ébranle; une avalanche de tonneaux se précipite sur lui et menace de l'écraser contre un mur qui lui coupe la retraite. Alors il tombe dans un état nerveux indicible et dont il ne peut parler aujourd'hui encore sans émotion. Ses jambes tremblent sous lui et menacent de se dérober; au lieu de fuir le danger, incapable de faire un mouvement, il reste en place comme fasciné. En vain il entend ses camarades qui l'appellent et lui indiquent le moyen de s'échapper : il ne bouge pas. Ceux-ci heureusement prennent le parti de venir à son aide et le retirent de là sain et sauf, sans plaie, sans contusion, parfaitement conscient d'ailleurs, mais tremblant de tout son corps. Au bout de quelques heures il était remis complètement et le jour même il pouvait reprendre son travail.

Il importe de relever qu'à la suite de cet accident les effets du shock nerveux n'ont pas cessé de se faire sentir pendant une période de trois mois. Toutes les nuits pendant ce temps là le sommeil a été tourmenté par de terribles cauchemars dans lesquels il croyait tomber dans des précipices, ou assister de nouveau à la scène des tonneaux roulant sur lui.

C'est sur ces entrefaites, deux mois environ après l'accident, que se manifeste la première attaque hystéro-épileptique. Il était à l'Entrepôt occupé à son

travail habituel, lorsque tout à coup après avoir ressenti les symptômes de l'aura céphalique : sifflements dans les oreilles, battements dans les tempes, vertiges, scotodinie, il tombe sans connaissance. Il paraît que cette première attaque a duré environ une heure. Il s'était heurté le menton contre un tonneau et lorsqu'il reprit ses sens, du sang lui sortait de la bouche. Il s'était, dans sa chute sur le menton, pincé fortement la face interne des lèvres entre les arcades dentaires. La langue n'avait pas été mordue.

Quatre mois plus tard il entrait au service militaire et ses camarades, en se moquant de lui, lui faisaient remarquer « que quand il rit, il a la bouche de travers ». Cela a été la première constatation de la paralysie faciale qui existe encore aujourd'hui et que nous venons d'étudier en détail.

Le rôle du traumatisme est donc ici facile à reconnaître : le grand ébranlement psychique (nervous shock) produit par l'accident du tonneau détermine un état nerveux permanent qui aboutit au bout de quelques mois à la première attaque. Dans celle-ci, la chute sur le menton, suivant les lois qui président à la localisation des phénomènes d'hystérie traumatique sur les points frappés et dans leur voisinage, fait apparaître la paralysie faciale et l'anesthésie qui s'y superpose. Mais l'intoxication alcoolique ne perd pas pour cela ses droits : ils se manifestent clairement dans les circonstances que voici. La première attaque avait eu lieu, comme on l'a dit, quelques mois avant l'entrée du malade au service militaire. Au régiment, il s'abstient forcément de boire faute d'argent. Dès lors il n'a plus de grandes attaques, mais seulement de petits vertiges

qui le prennent quelquefois sur les rangs. Aussitôt sorti du service, c'est-à-dire au bout d'un an, il reprend son métier de tonnelier et en même temps ses habitudes de boire et alors reparaissent les attaques convulsives avec écume à la bouche, arc de cercle, etc., telles que nous les observons aujourd'hui.

Il y a donc ici, comme l'a dit ingénieusement M. Guinon, dans son important travail, « cumul de facteurs étiologiques » ; mais à tout prendre le traumatisme et l'alcoolisme ne sauraient être considérés que comme des agents provocateurs ; la vraie cause n'est point là, elle est dans la prédisposition, dans l'hérédité nerveuse qui, du reste, chez notre malade est fortement accusée. En effet, son père ancien militaire, employé d'octroi, était très nerveux, très coléreux et s'adonnait à la boisson. Sa mère irascible, nerveuse à l'excès, était sujette à des attaques de nerfs. Dans les dernières années de sa vie, elle s'était mise à boire ; elle a été internée à Sainte-Anne comme aliénée. Voilà des faits qui, à l'heure qu'il est, étant données nos connaissances actuelles sur la subordination des causes dans l'hystérie, n'ont pas besoin de commentaires.

* * *

Terminons par quelques mots relatifs à la thérapeutique et au pronostic. L'influence de l'hérédité nerveuse est là, sans doute toujours présente, mais on peut espérer cependant pouvoir en pallier les effets. D'ailleurs tout en proclamant l'infériorité des causes occasionnelles, on ne peut cependant méconnaître, dans l'espèce, l'importance pratique de l'une d'entre elles ;

je veux parler de l'alcoolisme dont l'action, chaque jour renforcée par un abus nouveau du poison, entretient le mal et en aggrave les effets. De fait, à chaque nouvel excès, il semble que l'incendie se rallume et nous assistons à une nouvelle explosion des accidents convulsifs un instant endormis. Au contraire, nous avons vu que pendant son service militaire, où faute d'argent il ne pouvait boire, le malade n'avait eu que des vertiges et non de grandes attaques. La première chose à faire sera, par conséquent, de lui prêcher l'abstinence. Il s'est depuis quelque temps conformé à nos prescriptions et pour toute boisson il prend du lait; nous avons pu déjà constater les bons effets de ce régime : les crises se sont notablement espacées. L'hydrothérapie et les toniques feront le reste, je l'espère. Il serait triste qu'un garçon de vingt-quatre ans, intelligent et assez bien doué, se vit condamné à mener désormais une existence malheureuse, devenu incapable de tenir vaillamment sa place dans la société. J'espère que nous pourrons le mettre en mesure de travailler pour gagner sa vie. Mais je crains bien qu'il ne soit obligé de changer de métier. Je pense qu'il ne saurait s'exposer de nouveau à retomber dans les écarts qui sont inhérents, paraît-il, à la profession de tonnelier.

CLINIQUE MENTALE

NOTE SUR LE DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ ET LES HALLUCINATIONS VERBALES PSYCHO-MOTRICES;

Par le Dr J. SÉGLAS, médecin de la Salpêtrière.

Je n'ai pas l'intention dans cette courte note d'étudier en détail le dédoublement de la personnalité chez les aliénés : je me contenterai simplement de vous en rapporter deux exemples qui me semblent caractéristiques, tant à ce point de vue qu'à celui du mécanisme de ces phénomènes si particuliers qui ont été groupés par M. Baillarger sous le nom d'hallucinations psychiques[1].

Observation I. — La première observation est celle d'un homme âgé de trente-trois ans, qui s'est présenté à la consultation externe de la Salpêtrière, le 7 novembre 1888. Il y a peu de chose à signaler dans ses antécédents. Son père était plus jeune que sa femme de cinq à six ans ; celle-ci était un peu nerveuse, sujette à des migraines ; a éprouvé une peur violente, étant enceinte de notre malade. — Deux fils bien portants; un troisième, notre malade, s'est développé tardivement, a eu des convulsions de l'enfance. Il est toujours resté faible de santé, d'un caractère sombre ; élevé dans un séminaire, il se plaint lui-même d'avoir reçu « une éducation trop sédentaire et surmenée quant au développement de l'intelligence. » Les idées délirantes, qui se sont développées progressivement, devinrent tout d'un coup apparentes à l'âge de vingt-cinq ans, sous l'influence d'une émotion morale violente et de quelques excès alcooliques. Ce sont d'abord des idées ambitieuses avec croyance à des faveurs surnaturelles et à une destinée extraordinaire. Puis des disgrâces successives, occasionnées par l'état de santé physique et intellectuelle de M. D..., provoquèrent à leur suite des idées de persécution, associées aux idées ambi-

[1] Communication faite au *Congrès international de médecine mentale* de Paris 1889.

tieuses et qui prédominent aujourd'hui. Ces idées délirantes sont entretenues par des troubles hallucinatoires très intenses,

Ce sont d'abord des hallucinations de l'ouïe, ce que le malade appelle « *le phonographe* » consistant en un concert de voix nombreuses qu'il attribue à des esprits. Ce sont des paroles désagréables, *chontantes*, qu'on entend très nettement par l'oreille. Ces voix qui viennent du dehors, parfois de très loin, sont très nombreuses. Elles sont *téléphoniques* et *polyphoniques*. De plus, elles sont *pénétrantes* en ce sens que la parole entendue se répète 50 et 100 fois sous forme d'écho. — « Il me semble, dit-il, que je suis passé à l'état de *phonographe enregistreur*. » Ces voix répètent tout ce qu'on éprouve ou ce qu'on pense. « L'homme est mis à nu, devenant pour ainsi dire un cristal pour tout le monde. »

A côté de ces voix, il y en a d'une autre espèce et qu'il appelle les *voix à caractère labial*. Ce sont des voix basses, intérieures, distinctes des voix pénétrantes extérieures. Voici ce qu'en dit le malade : « Il y a un verbe intérieur, articulé en dedans de la poitrine et dépendant du système sympathique. Celui-là est beaucoup moins accessible à l'ouïe qu'une autre forme de verbe intérieur qui part de la poitrine et s'articule par les lèvres. — ..... La voix intérieure est un verbe subjectif qui parle en vous, indépendamment de vous même : cela part de la poitrine et fait remuer les lèvres. On comprend ce que dit la voix labiale rien qu'aux mouvements des lèvres et sans articuler rien ni haut, ni bas. Quelquefois la voix labiale retentit à l'oreille comme une voix chuchottée. Les voix téléphoniques n'ont jamais le caractère labial et ne sont accessibles qu'à l'ouïe. Enfin il y a aussi ce principe qui s'exprime par vos lèvres et alors il y a un langage tout à fait articulé et parfois inintelligible. » Le malade se sent poussé à prononcer des mots dont il ne comprend pas le sens. Souvent il lui arrive par suite de cette impulsion, que voulant dire quelque chose, il exprime tout le contraire de sa pensée, « la phrase étant transformée par une impulsion labiale ». En outre, il a des impulsions à des emportements contre lesquelles il réagit : ce qu'il explique par la dépression morale qui le livre aux esprits contre lesquels il lutte, grâce à l'appui des *esprits de défense* qui s'opposent aux *esprits d'attaque*. C'est comme la lutte de saint Michel et du diable : « jusqu'ici saint Michel l'emporte sur Diabolus. » — Ajoutons qu'au début il a eu quelques hallucinations de la vue (ombres, lettres grecques étincelantes). Il résume lui-même la marche de tous ces symptômes en disant que ce fut d'abord une *obsession* qui est devenu une *possession* de l'individu hanté par les Esprits.

Observation II. — Mme L..., née R..., agée de soixante-trois ans, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière, le 17 décembre 1888.

Antécédents héréditaires. — Mère, morte d'un asthme. « Sa tête était la même chose que celle de sa fille (notre malade). » Père, quatre vingt-cinq ans, encore vivant « a toujours aimé la chopine ».

Six enfants, trois vivants; deux filles extrêmement dévotes, « l'une d'elle fréquente à la fois les francs-maçons et les curés. »

Antécédents personnels. — Rien dans l'enfance, réglée à quinze ans sans accidents, mariée à vingt-sept ans, a eu en dix ans sept enfants et deux fausses couches. Un fils est alcoolique; un autre, faible d'esprit, strabique, est également alcoolique.

Le mari était syphilitique, mais notre malade dit n'avoir pas contracté cette maladie : elle n'en offre d'ailleurs aucune trace. Elle a eu, autrefois, une névralgie sciatique.

Elle était intelligente, religieuse, mais ne pratiquait pas; n'a commencé à fréquenter les églises que depuis cinq ans environ. Pas d'obsessions, pas d'accidents hystériques. — Ménopause à quarante-sept ans.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie actuelle semble remonter à l'année 1886. Pendant six mois, de mai à octobre, elle éprouvait différents symptômes dont elle ne pouvait trouver la cause. C'était surtout des étouffements, des souffrances, des coups dans le dos, dans le ventre. A l'église, elle sentait du vent sur sa tête, et ses cheveux tremblaient : elle a changé de place pour cela. Elle a changé aussi cinq fois de confesseur parce que chaque fois qu'elle se confessait, elle se sentait brisée, toute malade, « comme maintenant, » mais sans savoir pourquoi. Parfois elle confessait malgré elle des choses qu'elle ne voulait pas dire. Une fois elle s'est sentie *pétrifiée* dans le confessionnal en voyant le prêtre montrer ses cinq doigts à travers la grille : un autre jour, elle a senti sa joue gauche sauter comme s'il y avait une bête là-dedans. Quand elle allait communier, elle se sentait tirée à droite ou à gauche. En décembre 1886, étant à l'église, elle a entendu tout d'un coup qu'on lui disait par l'oreille « Ce n'est pas vrai. » C'est à cette époque qu'elle a eu l'explication des phénomènes qu'elle ressentait : parce qu'on lui a dit qu'elle était passée à la censure par des prêtres qui méprisent la religion et qui lui font du mal de peur qu'elle ne le répète, et pour la faire renoncer à la religion.

Aujourd'hui elle se plaint d'être emplâtrée, emboucanée, empestiférée, ensorcelée par cinq prêtres qui la possèdent : il y en a un dans sa tête, deux dans sa gorge, un dans son ventre, un dans son estomac. Ces idées de possession sont accompagnées d'idées de négation et reposent sur différents symptômes que nous allons examiner et dont les plus saillants sont les *troubles de la sensibilité générale et les troubles psycho-moteurs.*

Elle n'est plus la même, son tempérament s'en va; elle est malade de partout, elle a mal dans les reins, ses bras sont meurtris. Elle a

des douleurs partout, elle est toujours froide, ses sangs sont glacés; elle sent des picotements et des fourmillements dans les jambes, comme si on l'électrisait; parfois elle sent du froid comme de la glace; elle sent du vent sur la tête. Le soir elle est maigre quand elle se couche, le matin elle est grasse et bouffie. Il lui semble parfois qu'elle tombe dans un gouffre. Elle a quelque chose sous les palettes de l'épaule; cela remue et ronfle à cet endroit. Elle est percée des deux bouts; elle a un trou entre les deux épaules. Elle ne sent plus la nourriture descendre, cela tombe comme dans un puits. D'ailleurs, elle n'a plus ses *tripes*. C'est le prêtre qui est dans son ventre qui les a; elle l'y a senti remuer trois fois et cela lui donne des coliques. Il lui manque aussi un bout du fondement. Un autre prêtre lui a pris son cœur, elle n'en a plus; elle n'a plus d'ongles, plus de luette, plus d'amygdales. Il y a des petits trous dans son palais, où se loge ce qu'elle prend. Cela retombe ensuite comme un jet d'eau. Par les mêmes trous, il lui tombe aussi dans la gorge des grains de *senèvé*. Ils lui ont tari ses larmes. Elle n'a plus de sentiment, plus de mémoire, plus de pensée : ils lui ont tout pris, elle n'est plus qu'une bête.

Ils la faisaient se perdre dans la rue; quand elle passait sur un pont, ils la poussaient à se jeter dans l'eau malgré elle. Ils lui dictent tous ses actes. Ils font remuer ses doigts de pied. Ils la font parler malgré elle, surtout la nuit, et dire des tas d'horreurs. Ils la possèdent si bien qu'ils parlent par sa bouche, voient par ses yeux, etc. — Un jour (juillet 1888) qu'elle lisait le journal, elle l'a jeté de colère parce que c'était eux qui lisaient; en effet, sa langue marchait malgré elle pendant qu'elle lisait.

Ils lui parlent intérieurement, sans qu'elle les entende par l'oreille : « Je ne les entends pas, dit-elle, je les sens parler. » Ces voix intérieures viennent du ventre, de l'estomac, de la tête, du dos, de la gorge et surtout de la langue. Ils se cachent sous sa langue et la remuent pour lui parler; quelquefois elle sent aussi ses lèvres frissonner. Elle est tellement consciente de ces mouvements de la langue qu'elle attribue à la présence des prêtres, qu'elle demande à chaque instant qu'on la regarde sous la langue pour voir s'ils n'y sont pas. Une fois elle est allée chez un pharmacien pour faire constater leur présence dans sa langue. « Le pharmacien a regardé avec un tube en verre, mais ne s'est pas prononcé. » Pour empêcher sa langue de « vaciller » et pour les faire taire, elle se met souvent quelque chose dans la bouche. Une fois, par exemple, nous l'avons vue chiquer un gros morceau de citron. Mais ce moyen ne réussit pas, ils déplacent le citron et remuent de nouveau la langue pour se faire entendre.

Quand ceux qui sont dans le ventre et l'estomac veulent parler, elle sent à cet endroit quelque chose qui se décroche. Cela saute et remonte dans la gorge jusque dessous la langue. — Comme elle

n'a plus de pensée, il y en a un qui lui sert de pensée « c'est le souffleur » : il est placé dans le dos, entre les deux épaules. Elle sent que cela roule ou monte et descend à cette place, mais elle ne comprend pas. Mais il y en a un autre plus haut dans la gorge et sous la langue, qui répète « comme un interprète » ce que le premier veut dire, et c'est alors qu'elle comprend par les mouvements de la langue.

Les yeux ont été changés en 1887 ; mais depuis octobre 1888, elle a des prêtres dedans qui voient par ses yeux et même lui parlent par ses yeux. Elle s'en est aperçue à ce que ses yeux remuent par moments (blépharospasme) ; mais la plupart du temps, elle ne comprend pas ce qu'ils veulent dire ainsi : c'est étonnant, ajoute-t-elle, car il se passe cependant alors dans son œil la même chose qu'elle ressent dans sa langue lorsque le prêtre qui est caché lui parle et ce dernier elle le comprend.

Pour qu'elle comprenne ce que celui de l'œil veut dire, il faut que celui qui est dans la langue lui remue la langue en même temps que l'autre remue l'œil. Il en est de même pour le nez qu'ils remuent parfois « comme les naseaux d'un cheval qui a trop chaud » lorsqu'ils veulent lui parler. De même qu'ils la font parler, dans d'autres moments, ils l'en empêchent ; ils l'empêchent aussi d'aller aux cabinets en l'emboucanant par le fondement.

Les hallucinations sensorielles sont ici reléguées au second plan comme intensité et comme fréquence. Celles de l'ouïe sont très rares : elle prétend n'avoir entendu parler que trois fois : la première (décembre 1886) quand elle a entendu « Ce n'est pas vrai ». Six mois plus tard, elle sort pour faire des courses en disant : « Je vais acheter des souliers. » Elle a entendu par l'oreille une voix répondre « ce n'est pas la peine ». Une troisième fois, quelques mois plus tard, elle a entendu une voix l'appeler « Sacrée vache ». Elle a entendu aussi, plus récemment, une douzaine de fois environ, des bruits de coups dans son armoire, des bruits sur les toits.

Il y a aussi quelques hallucinations de la vue : elle a vu des yeux de morts ; ils lui ont fait voir un drap mortuaire blanc et noir, parce qu'elle regardait des images de la sainte Vierge, etc.

Le goût et l'odorat sont plus atteints : ils ont falsifié des aliments qui ont des goûts infects : elle se dit possédée à la suite d'une communion où l'hostie avait un goût. C'était, dit-elle, de la créosote. Ils lui ont fait crever une grosse vessie dans sa chambre pour l'empestiférer : ils lui envoient trente-six sortes de mauvaises odeurs qui entrent par le nez et sortent par la bouche.

D'un autre côté, elle croit elle-même répandre une mauvaise odeur, c'est comme du soufre. Elle ne nous regarde jamais en face, parce qu'elle craint qu'on ne devienne possédé, si ses yeux se fixaient sur nous.

Comme réactions, nous l'avons vue au début changer de place à l'église et de confesseur. — Elle a eu l'intention de se faire conduire au poste elle-même pour empêcher les prêtres de l'égarer dans la rue. Deux fois elle est allée réclamer protection au commissaire de police. Elle a été trouver un magnétiseur qui lui a dit que c'était l'affaire d'un prêtre ; mais elle n'a pas voulu l'écouter, parce que ceux qui la possèdent lui feraient signe. Un de ses neveux, qui est prêtre, a voulu l'exorciser ; mais, ajoute-t-elle, ce n'était pas la peine, parce qu'un des prêtres qui la possèdent est son ancien professeur. Aujourd'hui elle ne cesse de demander à être exorcisée, et en attendant, elle diminue ses souffrances ou calme ses impulsions en appliquant son chapelet sur les points qui en sont le siège.

Sans insister sur l'existence chez ces deux malades du dédoublement de la personnalité, je me bornerai à mettre en relief l'une des causes qui me paraissent avoir le plus contribué à sa production.

Le dédoublement de la personnalité est plus ou moins évident, mais constant chez les malades qui présentent le singulier phénomène étudié par M. Baillarger sous le nom d'hallucination psychique. Or nous pouvons dans les observations qui précèdent trouver la raison de ce fait,

On sait quelle part importante revient, dans la production du dédoublement de la personnalité, à tous les troubles de la volonté, phénomènes d'inhibition ou impulsions, si bien que l'on peut dire que tout fait d'automatisme est en même temps un fait de dédoublement de la personnalité.

Or l'hallucination psychique de M. Baillarger (voix intérieures, voix épigastriques, langage de la pensée) est un exemple de cette catégorie ; car elle renferme, à côté de troubles sensoriels effacés, un élément moteur prédominant par suite de la mise en jeu de sensations tactiles et musculaires et consiste avant tout en des phénomènes d'articulation mentale involontaires, parfois inconscients, souvent conscients, mais perdant presque toujours pour le malade tout caractère personnel et attribués par lui à des personnages qui le possèdent.

C'est cette considération qui m'a conduit à donner à ces hallucinations le qualificatif de verbales psycho-motrices, cette dénomination n'ayant pour but que de rappeler l'intervention des centres moteurs du langage, provoquée par un trouble fonctionnel de ces centres, analogue à celui qui, dans les hallucinations psycho-sensorielles, intéresse les centres sensoriels-corti-

caux. J'ai déjà rapporté dans des études antérieures sur ce sujet (*Progrès médical*, 1888, nos 33 et 34 et *Annales médico-psychologiques* nos de janvier et de juillet 1889) des exemples à l'appui de la théorie que j'ai proposée. Je rappellerai seulement ici celui d'une malade qui me disait en parlant de ses voix épigastriques : « Il y en a qui viennent parler dans ma bouche et qui obligent la langue à remuer, mais la bouche reste fermée et il n'en sort aucun son. Je comprends ce que les voix disent aux mouvements de la langue sans prononcer rien ni haut, ni bas. »

Je citerai aussi une observation de M. Régis (*Encéphale*, 1881, n° 1, p. 71) et une autre que j'emprunterai à la thèse d'agrégation de M. Ballet. C'est celle d'un malade observé par M. Charcot et qui avait des voix extérieures et intérieures : « La langue de M. X... se meut malgré lui au moment où parle la voix intérieure. Je ne crois pas, ajoute M. Charcot, que les voix extérieures, quelque intenses qu'elles aient pu être, aient jamais été accompagnées chez M. X... de mouvements de la langue. » Les deux observations que je viens de vous lire me paraissent des plus nettes à ce même point de vue. Le premier malade désignait lui-même ces hallucinations particulières sous le nom de « voix labiales ». Chez la seconde malade, l'intervention des centres psycho-moteurs du langage est encore plus évidente, lorsqu'elle avoue ne pas comprendre ce que dit le prêtre qui lui parle par les mouvements de l'œil, en tout semblables cependant à ceux provoqués dans la langue par un autre prêtre, qui lui se fait comprendre et doit ainsi servir d'interprète au précédent.

De là, il résulte que les hallucinations verbales psycho-motrices se rapprochent beaucoup par un certain côté des impulsions verbales, par suite de l'élément moteur qu'elles renferment et qui, en en faisant de véritables exemples d'automatisme, entraîne à la suite des conséquences nouvelles, telles que le dédoublement de la personnalité.

Ces différentes particularités que j'ai mises en relief dans les observations précédentes, sont également évidentes dans une autre publiée jadis par M. Baillarger. (*Ann. méd. psych.*, 1856, p. 54.) Le malade qui en fait le sujet constate d'abord lui-même que, depuis qu'il se connaît, il n'a pu lire ou penser qu'à l'aide de l'articulation mentale, puis il ajoute : « Il y a dans ma poitrine, dans la région de l'estomac, comme une langue qui articule tout intérieurement. » Plus loin : « Ma pensée gît, il me

semble, à la poitrine, à l'estomac ; je suis porté à croire qu'il y a chez moi une double pensée. » M. Baillarger, dans une analyse minutieuse de l'état mental de cet individu, met en relief l'importance de l'articulation mentale involontaire dans les cas de ce genre et le dédoublement de la personnalité qui en découle.

Antérieurement, Lélut (Amulette de Pascal) avait déjà entrevu l'importance et la nature de ces phénomènes.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'hallucination psychique de M. Baillarger est avant tout un trouble fonctionnel des centres moteurs de la fonction du langage.

2° Elle tient à la fois de l'hallucination sensorielle et de l'impulsion, quoique se rapprochant surtout de cette dernière. D'où le nom d'hallucination verbale psycho-motrice que j'ai proposé dans mon premier travail. (Voir *Progrès médical*, 1888.)

3° L'élément moteur qu'elle renferme en fait une cause puissante du dédoublement de la personnalité.

PATHOLOGIE NERVEUSE

NOTE SUR UN CAS DE PARALYSIE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE DES QUATRE MEMBRES;

Par le Dr Paul SÉRIEUX,

Médecin-adjoint des asiles de la Seine.

Parmi les syndromes dont la neuropathologie s'est enrichie en ces dernières années, il en est peu dont l'étude ait été aussi profondément fouillée que celle des paralysies hystéro-traumatiques. Le professeur Charcot en a décrit l'histoire en son entier, et l'on se trouve aujourd'hui en présence d'un type clinique parfaitement défini, à symptômes précis et quasi pathognomiques, à étiologie toujours identique à elle-même, à diagnostic solidement établi. Bien plus, la pathogénie de ces

accidents a été formulée, et leur reproduction expérimentale a été la confirmation éclatante des interprétations proposées.

Malgré cette connaissance approfondie que nous avons à l'heure actuelle des symptômes et du mécanisme des paralysies psychiques consécutives au traumatisme, il nous a semblé qu'il pouvait y avoir cependant quelque intérêt à relater un cas de ce genre, observé par nous, à Sainte-Anne, dans le service de M. Magnan.

A la suite d'une violente émotion, une jeune fille de 15 ans fut prise de phénomènes convulsifs et délirants dans le cours desquels les quatre membres furent soumis à des traumatismes d'une intensité variable pour les membres supérieurs et inférieurs : quelques jours après se développait une paralysie des quatre membres dont le degré était en rapport avec l'énergie du traumatisme. Nous avons pu assister au début, à l'évolution et à la disparition des troubles moteurs et sensitifs : par ses symptômes les plus importants, notre observation était conforme à la description des accidents hystéro-traumatiques telle qu'elle a été donnée par l'Ecole de la Salpêtrière; par sa pathogénie, elle nous semblait de même devoir être mise sur le compte du traumatisme. Mais il existait en outre des particularités qui méritaient, croyons-nous, d'être signalées : nous voulons parler de la répartition anormale des troubles sensitifs, de la variation brusque des limites des territoires anesthésiés, de la dissociation des troubles diverses sensibilités, de l'existence de troubles vaso-moteurs, de la disparition de l'excitabilité faradique, de la coexistence de secousses analogues à celles de la chorée électrique.

Les paralysies hystériques des quatre membres ne sont point chose banale. Briquet n'a observé que six cas de ce genre. Chevallier, qui a fait de ces paralysies généralisées une étude spéciale, n'a pu en réunir que vingt et une observations. Dans plus de la moitié des cas, la paralysie s'est montrée à la suite d'une attaque convulsive, quelquefois sans attaque après une vive émotion morale.

Landouzy en cite un cas survenu à la suite d'une attaque consécutive elle-même à des chagrins et à une vive frayeur. Skey a observé un cas analogue après un accident de chemin de fer. Briquet a vu une paralysie complète survenir chez une hystérique à la suite de grandes fatigues et de douleurs dans les quatre membres. Dans toutes ces observations relativement

anciennes, on ne trouve point signalé le traumatisme dont le rôle pathogénique était alors ignoré, et qui a pu, à la rigueur, échapper à l'attention d'observateurs non prévenus. En revanche, le rôle de l'auto-suggestion apparaît en plus d'un cas. D'autre part, dans les observations d'hystéro-traumatisme publiées jusqu'à ce jour, nous n'avons pas rencontré de paralysies des quatre membres. Il s'agit tantôt d'une monoplégie d'un membre, supérieur ou inférieur, tantôt d'une hémiplégie tantôt d'une paraplégie, Seul, M. Paul Berbez, dans l'observation IV de sa thèse [1], a noté *une tendance* à la paralysie des quatre membres.

OBSERVATION.

Marie Dun..., âgée de quinze ans, domestique, entre le 18 août 1888 au bureau d'admission de Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires. — Père : vivait en mauvaise intelligence avec sa famille. A abandonné sa maîtresse après l'accouchement de celle-ci. — Mère : asymétrie faciale. A dix-sept ans, variole avec accidents cérébraux graves (délire, coma). Peu intelligente, très émotive, elle ne veut donner que des renseignements très incomplets. A la suite de scènes de ménage, elle a fait une tentative de suicide.

Antécédents personnels. — Le développement physique de D... a été très précoce : réglée à onze ans. Fièvre typhoïde à treize ans. Enfant, elle se montrait très entêtée, d'une turbulence excessive; le sommeil était habituellement agité. En décembre 1887, elle quitte pour un temps sa mère, l'amant de celle-ci ayant voulu abuser d'elle. A son retour, des scènes violentes ont lieu : D... fait une tentative de suicide. Elle se place ensuite comme domestique, mais elle reste poursuivie par des « idées noires », sa mère la menaçant toujours de la faire ramener par la police. A Pâques 1888, nouvelles idées de suicide.

D... est une fille robuste, de belle apparence, paraissant avoir dix-huit ans. Pas de stigmates physiques de dégénérescence. Polysarcie très accusée ayant produit des vergetures. Son état mental est celui d'une débile, émotive, très irascible. Voici les circonstances qui ont provoqué l'apparition, dans ce cerveau évidemment prédisposé, de l'hystérie et des troubles de la motilité.

Le 26 août, comme elle traversait la foire de Neuilly en voiture, un singe, vêtu en soldat, saute sur le véhicule, puis s'élance à

[1] *Hystérie et traumatisme.* Thèse de Paris, 1887.

terre et disparaît. D... s'imagine l'animal tombé sous les roues ; en proie à une vive émotion, elle est prise d'un tremblement, veut descendre de la voiture, mais elle trébuche et doit se rasseoir. Son angoisse, loin de se calmer, ne fait que s'accroître, car la voiture traversant la foule, D... redoutait sans cesse un accident.

Arrivée à destination, elle ressent, une fois à terre, une douleur dans le ventre, une sensation d'étouffement, et aussitôt éclate une attaque convulsive violente ; quatre personnes ont peine à la maintenir : deux se mettent à genoux et pèsent de tout leur poids sur ses jambes, deux autres lui immobilisent les poignets. La nuit, elle rêve, voit un soldat écrasé. Le lendemain 27, de nouvelles attaques se produisent, suivies d'une période de délire ; elle s'écrie : « Ce n'est pas moi qui ai tué le soldat. » Les mêmes moyens de contention sont employés pour maintenir la malade. Dans le courant de la journée, elle est transférée à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Notre collègue et ami, M. Henry, interne des asiles, nous a donné d'intéressants renseignements sur son séjour à la Préfecture. Elle y arrive déposée au fond d'une voiture de maraîcher, *les mains liées* par une corde au-devant de la poitrine, les *jambes attachées* au-dessous des genoux par une serviette modérément serrée. En outre, elle est maintenue dans un matelas roulé autour de son corps, la tête seule dépassant : le tout est ficelé comme un saucisson par une corde de quinze mètres environ de longueur. C'est, ainsi *ligottée* et *complètement immobilisée* qu'elle a fait le voyage d'Asnières à Paris. Une fois débarrassée de ses liens, elle conte tranquillement que, la veille, une voiture dans laquelle elle se trouvait a renversé et tué un soldat. Elle répond à toutes les questions sur son enfance, sa santé antérieure, son admission aux Enfants-Assistés à la suite d'une tentative de viol dont elle aurait été victime. Elle se souvient de tout ce qui s'est passé dans la matinée. A 8 heures du soir, attaque convulsive avec arc de cercle, grands mouvements.

Le 28, à 7 heures, nouvelle attaque, suivie jusqu'à 11 heures d'une dizaine d'autres. La plupart de ces attaques, dans lesquels manquent les phénomènes convulsifs, semblent avoir été réduites à la troisième période (attitudes passionnelles). Le délire est essentiellement hallucinatoire : D... semble voir un spectacle effrayant, les yeux fixes, largement ouverts expriment la terreur, la peau est couverte de sueur : « Il est là, s'écrie-t-elle, je le vois ! Ce n'est pas moi qui l'ai écrasé... Du sang ! je vois du sang ! Il est mort, il est mort ! » Après chacune des crises, la malade revient rapidement et entièrement à elle. Point de troubles de la motilité.

Le 29, D... est transférée à Sainte-Anne. Nous la trouvons en proie à une terreur indescriptible ; elle crie : « Le soldat !... Ce n'est pas moi !... Les gendarmes ! » Pas d'attaques convulsives, pas de paralysie.

30. — Légère parésie des membres inférieurs, n'empêchant point la marche. Persistance des hallucinations.

1er septembre. Disparition complète du délire. D... lit tranquillement le journal; elle n'a qu'un souvenir très confus de ce qui

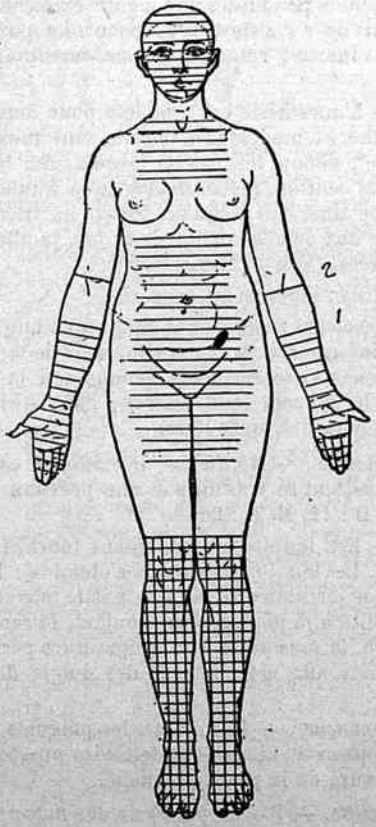


Fig. 1.

Quadrillé : perte de tous les modes de sensibilité. — Traits horizontaux : Perte de la sensibilité au toucher et à la douleur. — 1, Limite supérieure du territoire insensible (1 sept); — 2, Limite supérieure du territoire insensible (3 sept.).

s'est passé. Mais une grave modification s'est produite : les membres inférieurs sont frappés de paralysie; les membres supérieurs sont parésiés.

Membres inférieurs. — *Motilité.* — L'impuissance est complète; c'est à peine si, étant couchée, la malade peut soulever le talon à quelques centimètres au-dessus du lit ; on empêche très facilement ce mouvement. La station debout est impossible : les genoux plient et la malade s'affaisse lourdement. Quand D... est assise sur son lit, la jambe pendante, une légère extension de la jambe est possible, mais on y résiste très aisément. La paralysie est flasque, les jambes inertes, retombent lourdement après avoir été soulevées.

Sensibilité. — L'anesthésie est complète pour tous les modes de sensibilité (toucher, température, piqûre, sens musculaire, sensibilité articulaire), depuis les orteils jusqu'à une ligne circulaire située à quelques centimètres au-dessus de la rotule : le territoire anesthésié forme ainsi une véritable *botte*. Les tractions, les torsions imprimées aux orteils, aux pieds et aux jambes restent complètement ignorées. (Voir *fig.* 1.)

Réflexes rotuliens : légèrement exagérés.

Troubles vaso-moteurs : cyanose et abaissement de la température des extrémités inférieures. Au tiers supérieur de la jambe gauche existent des taches violacées peu étendues ; à la jambe droite, mêmes taches, la plupart lenticulaires ; l'une d'elles, plus étendue a plusieurs centimètres de long.

Membres supérieurs. — *Motilité.* — Il existe un certain degré d[e] parésie des mains, qui se traduit par une pression dynamométrique faible : M. D : 12, M. G : 20.

Sensibilité. — Est moins profondément touchée qu'aux membres inférieurs. Le territoire atteint s'étend de l'extrémité des doigts à une ligne circulaire située à la partie moyenne de l'avant-bras. La sensibilité à la piqûre et au contact, la sensibilité articulaire ont disparu, la sensibilité à la température persiste. Les mouvements imprimés aux articulations des doigts des poignets ne sont pas sentis.

Troubles vaso-moteurs. — Les mains, les poignets sont cyanosés et froids. Les piqûres au niveau des deltoïdes provoquent l'apparition d'une « élevure de la peau » blanche.

Tronc. — *Motilité.* — Pas de paralysie des muscles abdominaux ni des sphincters.

Sensibilité. — *Abdomen*, anesthésie complète au niveau d'une zone limitée en haut par une ligne horizontale située à quelques centimètres au-dessous des seins, en bas par une ligne horizontale située au tiers supérieur de la partie antéro-interne des cuisses et sur les côtés par une ligne verticale séparant les parties externes et latérales des cuisses et de l'abdomen des parties antérieures. Une étroite bande verticale d'anesthésie réunit les *bottes* du mem-

bre inférieur à la région antéro-interne des cuisses qui est insensible. On peut malaxer la paroi abdominale sans que D... s'en aperçoive. Ovarie gauche, aura à la pression.

Thorax. — L'anesthésie est limitée en haut par un *collier* situé au niveau du cartilage thyroïde, en bas par une ligne horizontale

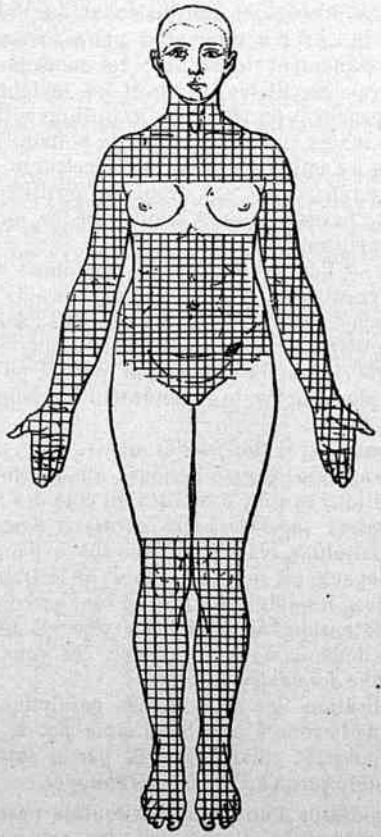


Fig. 2.

Quadrillé: perte de tous les modes de sensibilité.

passant au-dessus des seins, latéralement par la partie interne des deltoïdes. La partie postérieure du tronc est insensible à partir d'une ligne horizontale passant à six centimètres au-dessus du sillon interfessier, jusqu'au collier. Les téguments correspondant

aux deltoïdes ne sont pas touchés par l'anesthésie. La ligne médiane correspondant au rachis semble avoir conservé sa sensibilité.

Face. — *Motilité.* — Pas de trace de paralysie faciale ni d'hémispasme glosso-labié. *Sensibilité* : anesthésie n'empiétant pas sur le cou.

Gout et odorat abolis. — Anesthésie tactile de la langue[1].

Secousses. — D... est par intervalles prise de secousses brèves, qui la font brusquement tressaillir ; ces mouvements convulsifs portent plus spécialement sur la tête et les membres supérieurs ; les bras se rapprochent du tronc, les avant-bras se fléchissent brusquement et les mains viennent frapper la poitrine ; on croirait la malade soumise à l'action d'un courant électrique.

Telle était la répartition des troubles sensitifs et moteurs le premier jour de l'examen ; nous allons voir les modifications importantes qui suivirent.

3 *septembre.* — Les extrémités des membres supérieurs sont complètement paralysées, la malade ne peut plus porter les aliments à sa bouche. Dynamomètre MD : 0 ; MG : 4 K. La zone d'anesthésie a gagné du terrain aux membres supérieurs et remonte au niveau d'une circonférence passant par le pli du coude ; les secousses sont plus amples, le soulèvement des jambes encore plus difficile et plus limité.

7. — Mouvements très limités des mains.

11. — La paraplégie persiste toujours aussi complète. D'importantes modifications se sont produites du côté des membres thoraciques. *Les membres supérieurs sont paralysés dans tous leurs segments.* — Les deltoïdes, les biceps peuvent à peine ébaucher un mouvement ; l'épaule est soulevée, mais par le trapèze ; les mains sont en pronation, les doigts fléchis ne sont susceptibles que d'un mouvement d'extension très limité. La tête est mobile dans tous les sens. Actuellement, nous avons sous les yeux une *paralysie complète et flasque des quatre membres.*

A la généralisation des phénomènes paralytiques, correspond une extension de la zone d'anesthésie (voir *fig.* 2). Une exception doit être faite pour les cuisses dont la partie supéro-interne est redevenue sensible jusqu'à l'arcade de Fallope.

Tronc. — Au-dessus d'une ligne horizontale passant à quelques centimètres au-dessus du sillon interfessier, existe une vaste zone d'anesthésie occupant toute la partie postérieure du tronc, les épaules, la nuque. En avant, au-dessus de l'arcade de Fallope, zone d'anesthésie occupant toute la paroi antérieure de l'abdomen, du

[1] Nous devons faire remarquer que dans ce premier examen, la sensibilité à la température n'a été recherchée que pour les membres.

thorax, le cou jusqu'au niveau de l'os hyoïde. Quelques points restent cependant sensibles, ce sont : *a.*) dans la fosse iliaque gauche, un point hystérogène ; — *b.*) au niveau des flancs, une bande longitudinale sensible, assez étroite ; — *c.*) les aisselles ; — *d.*) les seins et la région périphérique (à part le sillon). — Les *membres supérieurs* sont totalement insensibles et tous leurs modes de sensibilité sont abolis. Au niveau de l'extrémité externe de la clavicule droite, plaque sensible à la piqûre. La face, antérieurement anesthésiée, sent le contact, la chaleur.

Gout, odorat abolis. — La langue est sensible, au toucher. L'épiglotte, les cornées sont insensibles. — *Réflexes rotuliens* ; diminués.

16. — Nous essayons de provoquer une attaque par la pression sur l'ovaire gauche ; seule l'aura se produit. *Amendement de la paralysie des membres supérieurs.* MD : 20 — MG : 15. — D... peut mettre les mains sur sa tête, fléchir les avant-bras, contracter les pectoraux.

18. — Contractions assez énergique des biceps ; deltoïdes encore parésiés. La sensibilité reparaît à la partie supérieure du dos. *Dissociation des troubles de la sensibilité* aux membres supérieurs : l'in-

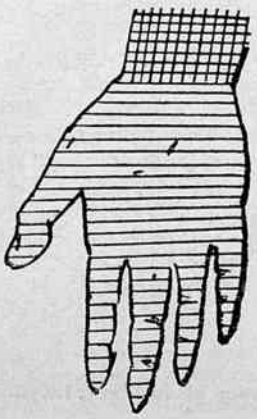


Fig. 3.

Traits horizontaux : persistance de surdité à la température seule.

sensibilité au contact, à la piqûre persiste, mais les mains, les doigts sont devenus sensibles à la température, et seulement à ce mode de sensibilité (voir *fig.* 3). Rien n'est changé pour les membres inférieurs.

Vision. — OD. Champ visuel très rétréci, irrégulier, avec inversion du rouge et du blanc. OG. Léger rétrécissement du champ

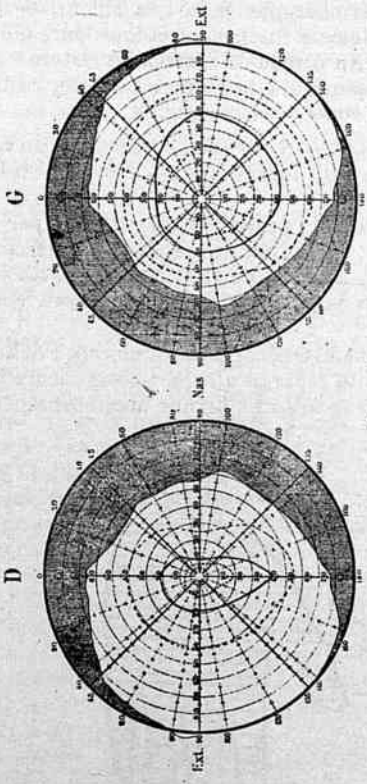


Fig. 4.
Le cercle le plus excentrique représente les limites du champ visuel pour le rouge ; le deuxième pour le blanc ; le troisième pour le bleu.

visuel, inversion du rouge et du blanc. Le violet est confondu avec le bleu (*fig.* 4).

19. — Sensibilité. — Nouvelle délimitation des troubles sensitifs dissociés (*fig.* 5) ; les doigts sont devenus sensibles à la piqûre, au chatouillement, à la pression, à la chaleur. La sensibilité articulaire y est normale ; les sensations sont très bien localisées. Quant au poignet on peut le piquer, le chatouiller, le tordre, sans que la malade éprouve autre chose que la sensation de chaleur produite par la main de l'expérimentateur. On a donc : 1° *une zone de sensibilité normale* pour tous les modes comprenant les

doigts, et limitée en haut par une ligne circulaire supérieure et parallèle à la série des têtes des métacarpiens ; 2° un territoire sensible à la température, qui comprend, outre la zone précédente, les deux faces de la main, et qui se limite en haut par une ligne d'amputation correspondant aux apophyses styloïdes ; 3° un vaste territoire d'anesthésie totale étendu du poignet à l'épaule. Les mains ne sont plus froides ni cyanosées. Le dos, l'abdomen, les bras, les jambes sont toujours insensibles pour tous les modes d'excitation.



Fig. 5.

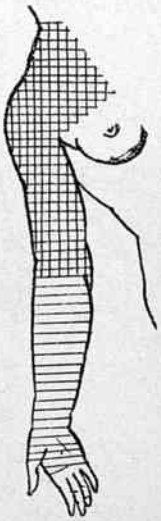


Fig. 6.

Motilité. — *Disparition de la paralysie des membres supérieurs.* Dynamomètre : MD : 30 K. — MG 20 K. — Les deltoïdes, les biceps, les pectoraux se contractent énergiquement. — Extrémités inférieures toujours paralysées et cyanosées.

20. — La zone de sensibilité à la température a gagné du terrain ; elle remonte jusqu'à une ligne circulaire correspondant au coude (*fig.* 6). La sensibilité au courant électrique a les mêmes limites que la sensibilité tactile.

21. — *Amoindrissement considérable de l'excitation faradique.* L'électrisation des muscles et des nerfs des membres inférieurs ne donne lieu qu'à des mouvements insignifiants et reste ignorée de la malade. L'électrisation des membres supérieurs produit des contractions énergiques, mais non perçues.

26. — Traitement psychique. Mouvements très limités des orteils et des pieds.

Ébauche d'hémianesthésie : la moitié droite de la langue sent la

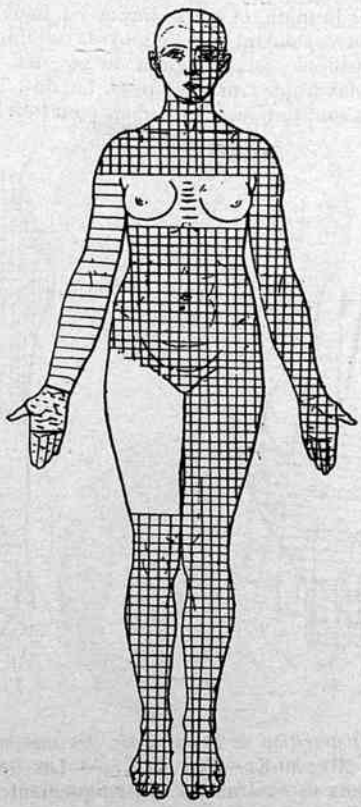


Fig. 7.

Quadrillé : Perte de toutes les sensibilités. — Traits horizontaux : Sensibilité à la température seule. — Pointillé : Sensibilité à la température et à la piqûre seulement.

chaleur, la piqûre, la pression ; — la moitié gauche est devenue insensible.

1er *octobre.* — Progrès journaliers dans les mouvements des orteils.

Sensibilité. — Une modification des plus importantes s'est pro-

duite : le membre supérieur droit en son entier jusqu'à l'insertion du deltoïde est devenu sensible à la température (*fig.* 7). Le membre gauche (bras, avant-bras et main) est insensible pour tous les modes de sensibilité y compris la température; la moitié droite de la face est sensible ; l'odorat a reparu à la narine droite. Il existe en somme une *hémianesthésie gauche complète*. Le membre inférieur droit conserve toujours une botte d'anesthésie. Quant au membre supérieur, il peut, au point de vue de la dissociation des troubles de la sensibilité, être divisé en *quatre segments* limités par des cercles perpendiculaires à l'axe du membre (*fig.* 8) :

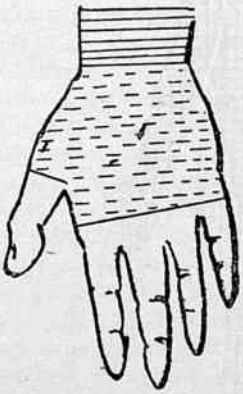


Fig. 8.

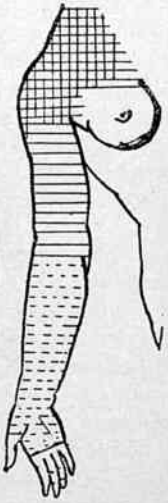


Fig. 9.

1° épaule ; perte complète de tous les modes de la sensibilité ; 2° bras, coude, avant-bras : la sensibilité à la température existe seule ; 3° main : la sensibilité à la température et à la piqûre se montrent seules ; 4° doigts : sensibilité normale.

L'abdomen est insensible à droite comme à gauche. L'électrisation du triceps crural produit des mouvements de jour en jour plus étendus.

7. — Modifications de la sensibilité. La zone du membre droit sensible à la température et à la piqûre a gagné du terrain : la limite supérieure du poignet a gagné le coude (*fig.* 9).

13. — Le traitement psychique, les exercices dynamométriques sont pratiqués chaque jour. D... remue les pieds.

Le 27. — Le traitement psychique ayant été suspendu pendant dix jours, D... a perdu les mouvements dès membres inférieurs antérieurement récupérés. — En novembre et décembre le traitement est interrompu, l'état reste stationnaire.

Le 24 *décembre*, D... est transférée à Villejuif dans le service de

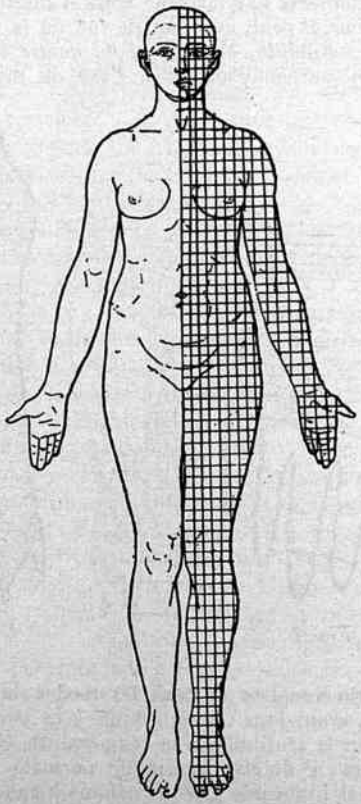


Fig. 10.

M. Marcel Briand. A cette époque persistaient la paraplégie, l'hémianesthésie gauche, l'anesthésie de la jambe droite.

En *février* 1889, à la suite d'une attaque provoquée par une émotion, la paraplégie disparut sans laisser de traces.

En *mars*, nous avons revu la malade : des troubles moteurs et

sensitifs si généralisés et si intenses qu'elle présentait sept mois auparavant, seule persistait une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche avec rétrécissement concentrique du champ visuel du même côté (*fig.* 10).

Réflexions. — Nous passerons assez rapidement sur les traits communs à l'observation précédente et aux cas déjà publiés d'hystéro-traumatisme, pour nous arrêter sur certaines particularités qui méritent, croyons-nous, d'être mises en lumière. Rappelons sommairement l'*âge* de notre malade ; M. Paul Berbez a fait remarquer que les sujets atteints sont presque toujours jeunes (D... a 15 ans, le plus jeune des malades de M. P. Berbez a 19 ans); sa constitution robuste (fait noté dans mainte observation), et enfin l'émotion morale, le *choc nerveux* produit par l'effroi qui a été particulièrement intense et qui s'est fréquemment renouvelé dans le cours des accès délirants. On se souvient qu'il s'agit d'une fille peu intelligente, polysarcique, irritable, ayant déjà fait une tentative de suicide et issue de parents mal équilibrés.

Quant au délire essentiellement hallucinatoire qui, durant trois jours, n'a fait que reproduire l'accident supposé cause de la frayeur et des crises convulsives, ce n'était autre chose qu'une phase isolée et prolongée de l'attaque d'hystéro-épilepsie, la troisième période, dite des attitudes passionnelles. Pendant de longs mois, il n'y eut plus ni manifestation délirante ou hallucinatoire, ni attaque convulsive. Seuls, persistèrent pour quelque temps, en manière de transition, des équivalents des troubles sensoriels et convulsifs qui avaient si bruyamment occupé la scène ; ce furent d'une part des rêves terrifiants, de l'autre des *secousses électriques*.

Pour ce qui est de la paralysie des quatre membres, elle a présenté les caractères fondamentaux des paralysies hystéro-traumatiques.

Il s'agissait d'une paralysie flasque avec perturbations profondes de la sensibilité : l'anesthésie n'offrait aucun rapport avec la distribution des nerfs, et se limitait au contraire par des lignes circulaires perpendiculaires à l'axe des membres; tous les modes de sensibilité étaient atteints : contact, piqûre température, chatouillement, sens musculaire, sensibilité articulaire. Comme c'est la règle dans les paralysies hystéro-traumatiques il y a eu une *période de méditation* ; ce laps de temps nécessaire pour l'élaboration de la paralysie a été plus consi-

dérable pour les membres supérieurs que pour les membres inférieurs et en rapport comme la durée de la paralysie avec l'intensité différente du traumatisme. Signalons enfin l'*absence de paralysie faciale*, fait sur lequel M. le professeur Charcot insiste beaucoup, et qui offre dans notre cas un certain intérêt étant donnée la tendance à la généralisation des phénomènes paralytiques.

Examinons maintenant les particularités propres à notre observation.

1° *Répartition de l'anesthésie.* — La paraplégie ne s'accompagnait pas d'une anesthésie généralisée aux membres inférieurs dans toute leur étendue. La sensibilité était intacte aux cuisses à partir d'une ligne située à quelques centimètres au-dessus du genou. En revanche, l'anesthésie s'étendait à des parties habituellement indemnes: thorax, abdomen, face (les premiers jours), cou, dos.

2° *Variations brusques dans la répartition de l'anesthésie.* — Dans les observations publiées, on n'assiste pas à une métamorphose incessante des troubles de la sensibilité. Dans notre cas, l'anesthésie est mobile : ses territoires s'agrandissent, diminuent, se modifient du jour au lendemain aux membres supérieurs. D'abord limitée aux mains, et à la partie inférieure de l'avant-bras, l'anesthésie gagne les coudes, puis envahit les membres dans toute leur étendue, et va se confondre avec le territoire insensible du thorax. La face, d'abord insensible, récupère promptement sa sensibilité, — de même pour la partie supéro-interne des cuisses.

Les bottes d'anesthésie des membres inférieurs persistent au contraire plusieurs mois sans variation, et cette fixité des troubles sensitifs est en rapport avec l'intensité et la durée des troubles moteurs qui y sont beaucoup plus accusés. Aux membres supérieurs, les troubles sensitifs ne tardent pas à rétrocéder. Mais les divers modes de sensibilité ne sont pas récupérés subitement et tous à la fois. La sensibilité ne revient que par segment de membre et pour tel ou tel de ses modes : température, contact, douleur.

3° *Dissociation des troubles de la sensibilité.* — Les doigts récupèrent les premiers, d'abord la sensibilité à la température, puis tous les modes de sensibilité : simultanément la sensibilité à la température reparaît, mais seule, aux faces dorsale et palmaire, des mains; la zone sensible à la tempé-

rature gagne chaque jour du terrain : sa limite supérieure est reportée au pli du coude, puis au niveau de l'insertion du deltoïde.

Simultanément la zone sensible au contact (doigts), persiste sans modification, mais la sensibilité à la douleur reparaît, d'abord dans la zone correspondant au carpe et au métacarpe, où seule auparavant la température était perçue, puis gagnant encore du terrain, remonte au niveau du pli du coude.

Le membre supérieur se divise ainsi en quatre segments ; pour chacun desquels les troubles de la sensibilité se traduisent par une formule spéciale (voy. *fig.* 7).

Une hémianesthésie gauche s'installe ensuite et persiste d'une façon définitive après la disparition de la paraplégie. Le rétrécissement du champ visuel, très accusé à droite, au début des accidents, tend à redevenir normal avec l'apparition de l'hémianesthésie pendant qu'il se rétrécit du côté anesthésié.

Troubles trophiques et vaso-moteurs. — Des recherches récentes ont démontré l'existence de troubles trophiques dans l'hystérie : on s'était basé, il n'y a pas bien longtemps, sur l'absence de ce phénomène dans les paralysies hystéro-traumatiques pour éliminer l'hypothèse d'une lésion organique. Dans les névrites consécutives au traumatisme, on note d'après M. Paul Berbez une atrophie plus ou moins considérable du membre, un changement de coloration de la peau, un abaissement de la température cutanée, une abolition des réflexes, des troubles de la contractilité électrique, tous signes qui manqueraient dans les cas types d'hystéro-traumatisme.

Cependant M. Babinski et M. Berbez lui-même avaient déjà insisté sur l'existence d'atrophie musculaire assez accusée dans les paralysies hystériques. Pour ce qui est des changements de coloration de la peau, de l'abaissement de la température cutanée, de la diminution des réflexes, nous voyons que ces phénomènes peuvent se rencontrer dans des paralysies psychiques dont la nature est indiscutable : nous avons constaté chez D... entre autres signes que la peau était « froide, marbrée de taches violettes » comme dans le cas de monoplégie par névrite du plexus brachial opposé par le professeur Charcot en guise de contraste à une monoplégie hystérique. Nous devons d'ailleurs faire remarquer que dans d'autres observations dues à M. Charcot et à M. Berbez, il est noté que les doigts sont violacés, froids comme dans certaines paralysies organiques.

Perte de l'excitabilité électrique. — Ce n'est pas un des phénomènes les moins intéressants qu'il nous a été donné de constater chez notre malade. Dans les observations de la Salpêtrière, il est toujours noté que « les muscles présentent des réactions électriques absolument normales[1] ». Chez un malade dont la monoplégie remontait à quatre mois, il est expressément signalé que les « muscles n'ont présenté aucune modification des réactions électriques, soit faradiques soit galvaniques. » Chez D..., au contraire, nous avons pu noter une disparition complète de l'excitabilité faradique et de la sensibilité électrique.

Les secousses brusques qu'a présentées notre malade peuvent, croyons-nous, être rattachées à ce qu'on a décrit sous le nom de *chorée électrique*. Rappelons brièvement la nature de ces convulsions : D... était assise, travaillant au crochet, quand tout à coup survenait une secousse plus ou moins violente, très brusque, très brève et qu'on eût cru produite par le passage d'un courant électrique. Elle était caractérisée par de subits mouvements du tronc, de la tête, de flexion des avant-bras et des doigts qui venaient frapper le thorax. Les épaules étaient également soulevées et projetées en avant, les bras se rapprochaient du tronc. Dans les cuisses, on remarquait également quelques mouvements, peut-être par contre-coup de l'ébranlement général. La face restait indemne de toute contraction musculaire. La secousse était unique, rapide, ne s'accompagnant ni de douleur, ni de perte de connaissance. La volonté ne pouvait rien pour empêcher ces convulsions. Une fois la secousse passée, D... continuait son travail sans aucune incoordination motrice, jusqu'à ce qu'une nouvelle convulsion vint se produire Ces secousses se reproduisaient à des intervalles variables suivant les jours ; tantôt toutes les cinq minutes, tantôt plus fréquemment. Elles durèrent ainsi durant plusieurs semaines, puis disparurent spontanément.

Avions-nous affaire en réalité à une chorée électrique ? On sait que sous ce nom on a décrit deux maladies bien différentes : l'une, maladie de Dubini, de nature vraisemblablement infectieuse, caractérisée par des secousses, des attaques convulsives, des paralysies, du coma, et une terminaison le plus souvent mortelle ; l'autre, la maladie de Bergeron[1], trouble fonctionnel sans gravité, consistant d'après M. Berlaud, en mou-

[1] Charcot. — *Maladies du système nerveux*, t. III, p. 460.

vements brusques, rapides, saccadés, s'étendant à la tête, à l'un des membres ou à une moitié du corps et se montrant généralement plusieurs fois par minute. Les trois observations qui ont servi à sa description se rapportent à des enfants ; la cause occasionnelle des secousses a été, comme dans notre cas, une émotion vive,

M. Tordens de Bruxelles, a donné également une description de la chorée électrique ; elle est conforme en tout point à ce que nous avons observé chez notre malade. Le début de l'affection est subit : ce sont des contractions brusques, rapides, de véritables secousses électriques qui surviennent dans les muscles de la nuque, des épaules, des membres. La tête est attirée en avant ou rejetée en arrière ; de même les épaules sont soulevées et projetées en avant tandis que les bras se rapprochent du tronc. Elles se répètent en général toutes les trois ou cinq minutes, parfois plus souvent. Elles ne déterminent aucune douleur. La guérison complète et rapide semble être la règle.

Pour le professeur Germain Sée, la chorée électrique a plus d'une ressemblance avec la chorée hystérique (chorée malléatoire, chorée rythmique) : c'est une manifestation hystérique qu'il propose de désigner ainsi que les autres chorées hystériques du nom de pseudo-chorées rythmiques [1].

M. Henoch [2] a étudié un des premiers la chorée électrique ; dans les deux observations qu'il cite, la cause des secousses a été comme chez D... une vive frayeur.

Dans toutes les observations de chorée électrique comme dans la nôtre, nous trouvons donc la même cause : des émotions morales, des frayeurs survenant chez des individus prédisposés, hystériques, névropathiques ; — le même aspect si caractéristique des secousses musculaires, la même bénignité de ces troubles fonctionnels qui guérissent soit spontanément, soit sous l'influence de courants électriques, d'un vomitif, d'une impression vive. Nous croyons donc pouvoir admettre que les secousses constatées chez notre malade, peuvent être étiquetées *chorée électrique* [3].

[1] Germain Sée. — *De la chorée électrique* (*Semaine médicale*), 6 mars 1884.

[2] *Société de médecine berlinoise*, novembre 1883 (*Semaine médicale*), 1884.

[3] Nous ne pouvons insister ici sur les rapports qui existeraient, suivant certains auteurs (Remats), entre le *paramyoclonus multiplex* de Friedreich et la chorée électrique.

Comment interpréter cette paraplégie suivie à bref délai d'une paralysie des membres supérieurs ? S'agit-il d'une paralysie émotive sur laquelle serait venue se greffer une paraplégie psychique ? Avons-nous eu affaire à une paralysie consécutive à une attaque convulsive sans l'intervention d'aucune autre cause apparente ? Peut-on, au contraire, rattacher le développement de la paralysie des quatre membres à des traumatismes localisés à ces membres ? On a cité un certain nombre de paraplégies reconnaissant pour cause une vive frayeur : « la terreur, dit le professeur Charcot, entraîne avec elle une véritable parésie paraplégique... le choc nerveux cérébral, produira en pareil cas, chez un sujet prédisposé, la modification mentale qui rendra possible la transformation de la parésie émotive, transitoire, physiologique, en une véritable paraplégie complète et durable ». Cependant, tout en reconnaissant la part importante qui revient à la frayeur dans la genèse des accidents que nous étudions, il faut reconnaître qu'elle ne saurait tout expliquer : il n'a pas été publié en effet, que nous sachions, de paralysie émotive des membres supérieurs.

Quelle est donc la cause de ces troubles moteurs si généralisés ? On connaît le mécanisme des paralysies hystéro-traumatiques : dans le somnambulisme hypnotique, dans l'état mental particulier produit par un choc nerveux intense, et dans tous les états analogues où le moi, la volonté, le jugement sont obnubilés, l'idée d'impuissance motrice tend à se réaliser objectivement sous la forme d'une paralysie complète, absolue. Cette idée, qui s'implante ainsi sans contrôle, peut être, ou suggérée par autrui, ou provoquée par la sensation d'absence du membre, de parésie, produite par un traumatisme (choc local). Nous avons pensé qu'il était possible de retrouver, dans notre observation, tous les éléments nécessaires à l'élaboration des paralysies psychiques d'après le processus que nous venons d'indiquer. L'intensité du choc nerveux primitif a été très énergique ; il a suffi pour provoquer les attaques convulsives ; en outre, ce choc nerveux s'est reproduit plusieurs fois, ramené par la répétition des hallucinations terrifiantes. Or, durant l'état d'obnubilation de la conscience concomitant à l'attaque, durant aussi l'état mental si profondément troublé de la période délirante consécutive à celle-ci, le terrain était tout préparé pour la transformation par auto-suggestion d'une im-

puissance musculaire passagère en une paralysie complète. Si nous nous reportons à l'observation, nous voyons que la violence des convulsions et des réactions motrices provoquées par les hallucinations était telle, qu'il a fallu, pour maîtriser les mouvements désordonnés de D..., que deux hommes se missent à genoux sur ses jambes, pesant de tout leur poids, tandis que deux autres assistants la maintenaient solidement aux poignets. Rappelons aussi le long voyage d'Asnières à Paris fait par la malade ficelée et ligottée, dans un état d'immobilisation complète. Ne peut-on admettre que cette contention brutale des membres dont les mouvements ont été rendus ainsi subitement et complètement impossibles, n'ait pu avoir dans la pathogénie des accidents paralytiques un rôle analogue à celui de l'impuissance musculaire passagère produite par un choc local. L'impuissance passagère des quatre membres produite par l'immobilisation forcée n'a-t-elle pu faire naître une idée de paralysie qui, dans un cerveau incapable de réaction, s'est transformée en paralysie complète et permanente.

En résumé, sans négliger l'influence de la terreur sur l'impuissance motrice des membres inférieurs, nous pensons que c'est à l'immobilisation des quatre membres durant une série d'attaques convulsives et délirantes que doivent être surtout rapportés les phénomènes paralytiques. S'il nous fallait faire le départ de chacune des causes, nous rattacherions : à la terreur, les attaques, le délire, une prédisposition à la paraplégie ; à l'immobilisation des membres, leur paralysie. Remarquons enfin que la fixité des accidents semble avoir été en rapport avec l'intensité du traumatisme : passagers aux membres supérieurs, où le choc a été peu énergique, ils se sont montrés tenaces aux membres inférieurs où le traumatisme a été plus grave.

Pour le traitement, nous avons mis en pratique les préceptes du professeur Charcot : à une paralysie psychique, nous avons opposé un traitement psychique. Nous avons cependant d'abord cherché à provoquer une attaque, espérant la voir suivie d'une disparition de la paralysie [1] : malheureusement l'attaque n'a pu être obtenue. — Les tentatives d'hypnose ont également échoué. Nous avons alors employé la sugges-

[1] Le professeur Charcot cite des exemples de disparition subite de paraplégie à la suite d'une attaque.

tion à l'état de veille, ne cessant d'affimer la guérison, soumettant la malade à une gymnastique répétée des muscles indemnes ou seulement parésiés. Les exercices dynamométriques furent pratiqués plusieurs fois par jour. Nous avons été assez heureux pour voir nos efforts donner des résultats et les mouvements revenir lentement aux membres supérieurs et inférieurs. La part importante qui revenait dans l'amélioration à cette éducation des centres psycho-moteurs est bien mise en évidence par la disparition des progrès obtenus à la suite de la cessation prématurée des exercices musculaires. Rappelons que la guérison définitive se produisit à la suite d'une attaque convulsive.

ANATOMIE

RECHERCHE EXPÉRIMENTALE SUR LES VOIES MOTRICES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE;

Par Grégoire ROSSOLIMO,
Privat Docent à la Faculté de médecine de Moscou.

Dans le cours de mes recherches sur la direction des fibres des racines postérieures dans l'intérieur de la moelle épinière, j'ai indiqué un fait qui me semblait fort important pour la résolution du problème qui m'intéressait; c'est qu'on observe chez certains animaux auxquels a été faite une lésion unilatérale de la moelle épinière des phénomènes portant le nom de paralysie de Brown-Séquard; c'est la paralysie des mouvements avec hypéresthésie dans les parties postérieures du côté atteint, et anesthésie du côté opposé. Ces phénomènes, observés dans la forme plus pure chez l'homme, chez le singe et chez le cobaye, ont donné la possibilité d'admettre chez les espèces nommées l'entre-croisement des conduits sensitifs à peu près au niveau de leur passage par les racines postérieures dans la moelle épinière; en vue de ce dernier cas, j'ai choisi comme objet d'observation le cobaye.

Mais avant de commencer l'expérimentation sur cette ques-

tion, j'ai voulu faire plus ample connaissance du tableau de la paralysie de Brown-Séquard chez le cobaye, et j'ai fait plusieurs expérimentations avec l'hémisection de la moelle épinière, principalement au niveau de la partie dorsale inférieure, à une petite distance du commencement du renflement lombaire. Dans le cas de succès d'une hémisection complète de la moelle épinière, les phénomènes de la motilité, ainsi que ceux de la sensibilité, étaient toujours les mêmes; c'est-à-dire qu'il y avait paralysie complète des mouvements dans la patte postérieure du côté de la section (avec exagération de la sensibilité), et dans l'extrémité opposée, anesthésie. En m'appuyant sur les expérimentations, j'ai pu, avec une certaine dose de réalité, admettre l'entre-croisement des conduits sensitifs dans la moelle épinière; il ne me restait plus qu'à me convaincre que ces phénomènes du côté de la sensibilité n'étaient point accidentels, passagers, mais qu'ils étaient le résultat positif de la section d'un certain groupe de conduits sensitifs dans l'intérieur de la moelle épinière.

Pour atteindre ce but, il fallait laisser vivre les animaux opérés et soumettre — dans les premiers temps journalièrement, puis avec de certains intervalles — à un examen soigné l'état des fonctions atteintes par l'opération; il résultait que les phénomènes de la sensibilité, particulièrement l'anesthésie cutanée de la patte opposée, étaient extrêmement constants et ne s'amoindrissaient guère. Mais, après un examen plus détaillé, un autre phénomène attira mon attention, c'est que graduellement et en même temps assez rapidement se rétablissaient les mouvements de la patte paralysée, et dans cinq à six semaines le rétablissement était si complet qu'au premier abord, il était presque impossible de distinguer la patte paralysée de celle qui était laissée intacte. Ce phénomène arrêta naturellement plus particulièrement mon attention et j'ai résolu de le soumettre à un examen plus spécial.

Quant à l'historique de la question du rétablissement des mouvements après une lésion partielle de la moelle épinière, il est peu riche en faits de matériaux et je n'ai pu trouver dans la littérature assez de renseignements pour résoudre d'une manière satisfaisante cette question. Mais j'y reviendra plus tard. Je vais commencer par mes observations personnelles.

Pour mes opérations d'hémisection de la moelle épinière, j'ai toujours choisi des cobayes assez gros; j'étendais l'animal

sur le ventre, sur une petite table spéciale, et je débarrassais soigneusement des tissus adhérents la vertèbre destinée à être ouverte. Je me bornais à éloigner, en général, l'arceau d'une vertèbre, afin de mettre à nu une partie du côté postérieur de la moelle épinière et de pouvoir m'orienter plus facilement en ce qui concerne la veine longitudinale postérieure qui longe, sous la dure-mère, la superficie postérieure de la moelle épinière et qui sert à désigner le juste milieu de la superficie dorsale. Jusqu'au dernier moment que je voyais apparaître dans la fenêtre osseuse la moelle, j'opérais en arrosant constamment la plaie d'une solution d'acide phénique à 2 p. 100; plus tard, je laissais de côté l'acide phénique afin d'éviter son action irritante sur la moelle et je me bornais aux boules de ouate hygroscopique. Je laissais les méninges intactes. Pour l'hémisection de la moelle épinière, je me suis servi d'un petit scalpel très fin, au dos droit et au bout tranchant. Je dirigeais l'instrument perpendiculairement vers la partie postérieure de la surface de la moelle, le bout vers la veine longitudinale et le côté tranchant au-dessus de la moitié de la moelle, destinée à être sectionnée; d'un mouvement rapide de la main de haut en bas, j'y faisais une section à travers la moelle dans la direction droite d'arrière en avant, et en donnant au scalpel une direction latérale, je coupais rapidement toute la moitié de la moelle. Il ne résultait jamais de grande hémorrhagie; par la fente des membranes sectionnées sortait une masse blanchâtre de la substance moelleuse. L'opération terminée, les bords de la moelle étaient soigneusement séchés et la ligature se faisait d'après toutes les lois de l'antisepsie les plus scrupuleuses; enfin on couvrait la plaie d'une couche de collodion iodoformé.

Ordinairement la plaie se cicatrisait *per primam*, ainsi qu'au bout de trois à quatre semaines se formait à l'endroit de la plaie une cicatrice lisse et ferme. Un examen soigné des fonctions nerveuses succédait ordinairement à l'opération. Comme je l'ai déjà dit, dans les cas d'une hémisection complète dans la région dorsale, les phénomènes de la motilité consistaient en une paralysie complète de la patte postérieure du côté correspondant; cette dépendance était à noter dans les cas, où l'animal atteint d'une paralysie complète de Brown-Séquard crevait ou par hasard, ou bien grâce à quelque processus suppuratif dans la plaie. Ainsi je peux donner l'exemple d'un cas, où le cobaye ne vécut que trente-six heures.

Observation I. — 19 *mars* 1885. — Un cobaye de taille moyenne. La Xe vertèbre dorsale est mise à nu et ouverte. La section transversale est faite dans la moitié droite de la moelle épinière, sans hémorrhagie. La plaie est cousue et couverte d'une couche de collodion iodoformé.

État aussitôt après l'opération : lorsque le cobaye est sur pied, le bassin est un peu affaissé ; la patte droite postérieure est allongée en arrière et ne produit aucun mouvement volontaire ; dans la patte gauche au contraire tous les mouvements volontaires se produisent volontairement. Du côté de la sensibilité, on remarque une hyperesthésie cutanée de l'extrémité postérieure, et de toute la surface postérieure du corps au niveau de la section de la moelle épinière. Dans les parties correspondantes du côté gauche (en y incluant l'extrémité postérieure), perte complète de la sensibilité cutanée aux piqûres d'épingles et aux pincements des pincettes.

20 *mars*. — Pendant le repos et pendant le mouvement, on remarque la possibilité des mouvements du côté gauche et la paralysie complète du côté droit. La sensibilité cutanée est complètement annulée dans la partie gauche de la moitié postérieure du corps et elle devient exagérée dans la partie droite. Du côté des organes pelviens, on ne remarque point de dérangements. L'état général de l'animal est satisfaisant.

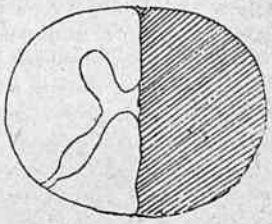


Fig. 11.

21 *mars*. — Le matin on trouve le cobaye crevé. En faisant l'autopsie, on trouve des signes d'asphyxie. La moelle épinière est plongée dans le liquide de Müller, Environ dans deux mois, lorsque la moelle épinière a durci jusqu'à un degré satisfaisant, la partie dorsale postérieure est mise dans l'alcool, ensuite dans le celloïdine et on y fait une section transversale dans la partie lésée, précisément au niveau de la plaie et voilà ce qui en résulta : la préparation ne consiste que de la moitié gauche de la moelle épinière, la moitié droite n'existe plus, — ergo — toute la moitié droite de la moelle fut sectionnée, tandis que la partie gauche est restée intacte (*fig.* 11).

En m'appuyant sur ce cas, qui a été suivi d'autopsie, je pus conclure que lorsque, dans l'opération de Brown-Séquard, le couteau lèse chez le cobaye toute une moitié de la partie dorsale de la moelle épinière, il s'en suit paralysie complète de l'extrémité postérieure du côté correspondant. Pour appuyer

ce fait, on peut rappeler des cas, lorsque en faisant l'hémisection, la plus ou moins grande partie du cordon antérieur reste intacte et en même temps, les mouvements de l'extrémité postérieure, du côté de la section, deviennent plus ou moins affaiblis. Je donne l'exemple suivant :

Observation II. — 27 *février* 1885. — Cobaye mâle. La moelle épinière est mise à nu d'après toutes les lois de l'antisepsie, au niveau de la Xe vertèbre dorsale; j'ai fait une section transversale de la moitié droite de la moelle. Aussitôt après l'opération, on peut faire les observations suivantes : *Mouvements*; une parésie très prononcée de l'extrémité postérieure du côté droit, que le cobaye traîne lorsqu'il le met en mouvement; mais il peut s'y appuyer quoique avec peine. Mais dans l'extrémité opposée, les mouvements volontaires sont parfaitement conservés. La *sensibilité* cutanée de la partie postérieure du corps et de l'extrémité postérieure du côté droit est exagérée, du côté gauche elle est complètement abolie. Les réflexes de toutes les espèces dans les extrémités postérieures sont conservés et ne diffèrent pas évidemment à droite ainsi qu'à gauche.

28 *février*. — Le cobaye traîne du côté droit la patte postérieure; l'extension du jarret, de la patte et des doigts est surtout affaiblie, mais il n'y a point de paralysie complète. Les phénomènes de sensibilité sont restés les mêmes. Les reflexes cutanés de la patte droite postérieure sont exagérés.

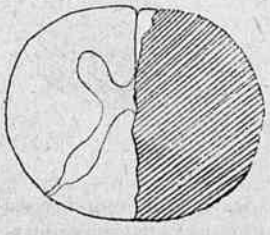


Fig. 12.

1er *mars*. — Les mouvements de l'extrémité droite postérieure semblent plus libres.

2 *mars*. — Le cobaye est trouvé mort. Il a crevé deux jours et demi après l'opération.

Autopsie. — Du côté droit de la tête, on remarque une plaie fraîche, arrondie, qui a pénétré à travers les téguments, les os du crâne et atteint la couche supérieure du cerveau. Aux bords de la plaie, de même dans le tissu conjonctif du cou de grandes hémorrhagies. La plaie de la moelle épinière est dans un état satisfaisant; on remarque l'hyperémie des bords enflés et une légère membrane fibrineuse qui couvre la surface des parties adhérentes à la moelle. La moelle épinière est plongée dans le liquide de Muller. Un mois et demi plus tard, on a fait une coupe transversale au niveau de l'hémisection, et on a découvert que celle-ci n'était pas complète : une partie triangulaire du cordon antérieur adhérent à la fissure antérieure du cerveau était restée intacte (*fig.* 2).

Donc, dans ce cas, il y avait en même temps un tableau incomplet de la paralysie de Brown-Séquard, — incomplet parce que dans la patte postérieure du côté de la section, il n'y avait pas une paralysie complète, mais il y avait une parésie prononcée, et une hémisection incomplète du côté droit, précisément de son cordon antérieur. En nous appuyant sur ces faits, nous pouvons admettre avec *Homen*[1], qui avait observé les mêmes phénomènes, que dans cette opération, et dans les opérations du même genre, la conservation des mouvements dépend d'un groupe de fibres du cordon antérieur qui est resté intact.

Dans les deux cas, c'est-à-dire après une section unilatérale complète et incomplète de la moitié de la moelle épinière au bout d'un certain temps, les mouvements devaient absolument se rétablir dans la patte paralysée, avec la seule différence, que dans les cas de la seconde catégorie, le rétablissement était beaucoup plus prompt qu'après une hémisection complète, et il dépendait aussi de l'état de la moelle épinière : Ainsi, lorsqu'il y avait possibilité d'un rétablissement complet des mouvements dans la patte chez le cobaye dont la moelle épinière avait subi une hémisection heureuse, il fallait au moins trois ou quatre semaines. Les cobayes, qui avaient gardé la partie du cordon antérieur intacte pendant l'opération, acquéraient la possibilité d'une fonction régulière de l'extrémité qui était parétique seulement au bout de cinq à dix jours, suivant le dégré de la paralysie précédente.

Mais les cas de la seconde catégorie sont pour nous sans importance; nous les excluons exprès des matériaux qui présentent un intérêt pour nous, en étudiant la question du rétablissement des mouvements après l'hémisection. Les opérations réussies sont celles qui nous intéressent, et je vais m'en occuper de suite. Je choisis un exemple dans mon journal :

Observation III. — 15 *avril* 1885. — Un cobaye mâle, de grande taille. — Les préparatifs pour l'opération sont les mêmes. On ouvre la XI[e] vertèbre dorsale, en même temps, une partie de la moelle épinière est mise à nu; l'hémisection de la moitié gauche est faite dans la direction transversale. La plaie est cousue et est couverte de collodium iodoformé. Aussitôt après l'opération, on a fait des

[1] E. Homen. — *Contribution à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière.* Thèse. Helsingfors, 1885.

observations qui donnèrent le résultat suivant : pendant le repos et pendant le mouvement, le bassin est tant soit peu affaissé; on remarquait en même temps la paralysie des mouvements volontaires de l'extrémité gauche postérieure, tandis que le cobaye pouvait se servir facilement de l'extrémité droite.

La sensibilité cutanée de l'extrémité postérieure et des parties postérieures du corps du côté gauche était sensiblement exagérée; quant au côté droit, elle y était complètement abolie.

16 *avril.* — Le cobaye se porte bien. Le bassin est toujours affaissé. Le pied gauche postérieur est fléchi vers l'abdomen et la plante se trouve dans l'état d'extension; cette extrémité pendant la marche ne montre aucun signe des mouvements volontaires. Le cobaye se sert moins énergiquement de l'extrémité gauche postérieure que la veille; le pied est un peu dévié.

La sensibilité cutanée, dans les parties dont j'ai parlé plus haut, du côté gauche, est plus vive, et du côté droit, elle est complètement invisible aux piqûres et aux pincements, Les réflexes cutanés, dans les extrémités postérieures, sont égaux des deux côtés. En percutant l'os sacré, on remarque que les mouvements réflexes (réflexes du périoste) sont plus exagérés dans le pied gauche postérieur que dans le pied droit. — La température de la patte paralysée est plus haute (au toucher) que du côté opposé. Les organes pelviens sont en bon état.

17 *avril.* — L'état général de l'animal, en comparaison de la veille, est moins satisfaisant. Le bassin reste suspendu avec difficulté. — Les mouvements sont abolis dans le pied gauche postérieur et affaibli dans le pied droit, qui reste la plupart du temps dans un état d'extension. L'hyperalgésie cutanée n'est pas aussi distincte du côté gauche qu'auparavant; du côté droit (dans les parties nommées plus haut) il y a pleine anesthésie. On ne remarque point de dérangement dans les organes pelviens.

19 *avril.* — L'état du cobaye est satisfaisant. Le bassin est presque toujours affaissé et amoindri dans le volume. Les mouvements du pied gauche postérieur sont annulés; du côté gauche, ils sont visiblement affaiblis. La sensibilité électro-cutanée du côté droit est annulée, du côté gauche, elle est affaiblie. (On peut dire la même chose de la sensibilité de la peau.) L'excitabilité électro-musculaire est conservée daus les deux extrémités postérieures. Les organes pelviens sont en bon ordre.

21 *avril.* On remarque une amélioration de la sensibilité du côté gauche paralysé. Aucun autre changement.

22 *avril.* — L'état général du cobaye est amélioré. La position du corps et du bassin est plus satisfaisante. Les mouvements de l'extrémité gauche sont devenus normales. L'hypéresthésie est distincte dans le côté gauche, ainsi que l'anesthésie dans le côté droit.

23 *avril.* — L'état général est satisfaisant. Les mouvements de l'extrémité droite sont parfaitement libres. L'extrémité gauche ne donne aucun signe de mouvements volontaires, elle est bien plus maigre que celle de droite, en état d'abduction et légèrement contractée. La sensibilité est toujours la même.

28 *avril.* — Dans la patte gauche, on aperçoit certains mouvements volontaires. Point d'autres changements.

9 *mai.* — Le bassin est tout le temps suspendu; les mouvements volontaires de l'extrémité gauche postérieure, quoique très faibles, sont possibles dans toutes les jointures. Les mouvements du pied droit et les phénomènes de la sensibilité (de même l'hyperesthésie) sont les mêmes que ceux qui ont succédé immédiatement à l'opération. La zone de l'anesthésie (zona anæsthética) est au niveau des dernière vertèbres dorsales. — Les organes pelviens sont en bon ordre.

15 *mai.* — Les mêmes phénomènes que la veille, avec la différence que la contracture de l'extrémité gauche postérieure est moins distincte et les mouvements sont plus libres, quoique beaucoup plus difficiles que dans l'extrémité droite; le cobaye marche sur les quatre pattes, quoique boitant visiblement de la patte gauche postérieure, qui, entre autres, a perdu tous ses ongles. La plaie est complètement cicatrisée.

29 *mai.* — L'extrémité gauche postérieure est dans un état d'abduction dans la cuisse, légèrement tendue et traîne un peu pendant la marche. La sensibilité et les autres phénomènes sont les mêmes. Les doigts de la patte gauche postérieure sont garnis de nouveaux ongles, gros et courts.

15 *juin.* — Le cobaye est couvert de poils. On remarque à peine pendant la marche une certaine faiblesse dans l'extrémité qui avait été paralysée. Point d'autres changements. Juste un mois plus tard, à compter de ce jour, le cobaye est tué par le chloroforme. — L'*autopsie* a démontré que l'arceau resectionné de la XI[e] vertèbre est complètement rétabli, il n'y a pas de synéchies avec les méninges. A l'endroit de la section, avant l'ouverture de la dure-mère, on remarque un certain étranglement, plus distinct du côté gauche. A cet endroit, du côté gauche de la moelle, s'est formée une cicatrice adhérente aux membranes, au bord de la plaie de la moelle épinière. Les organes de la cavité cérébro-spinale sont plongés dans le liquide de Muller. Dans les autres organes point de changements. Lorsque la moelle est devenue assez dure, j'ai fait une série de coupes dans le but, premièrement : d'étudier la structure de la cicatrice à l'endroit de la section et, secondement, pour préciser les altérations secondaires, principalement leur étendue dans la direction ascendante, ainsi que dans la direction descendante. — Pour la coloration des coupes, je me suis servi de trois réactifs : de l'hématoxyline (d'après

Weigert), du picrocarminate et du bleu soluble. — J'ai déjà mentionné qu'au niveau de l'ancienne hémisection de la moelle dans sa partie dorsale postérieure, on avait observé, pendant l'extraction de la moelle du canal vertébral, un étranglement, ou plutôt une impression semi-annulaire au côté gauche de la surface de la moelle; de là, la structure topographique de cet organe offrait à cet endroit certaines particularités; ainsi, sur la coupe, à l'endroit de la moitié gauche de la moelle — la substance blanche ainsi que les deux cornes grises du côté gauche — se trouve une cicatrice semi-lunaire de tissus conjonctifs; dans les préparations colorées par l'hémaxyline, elle est d'une couleur parfaitement jaune et sur ceux qui sont colorés par le picrocarminate d'un rouge intense; sa limite vers le côté sain de la coupe a une forme courbe, convexe vers la cicatrice. Dans cette dernière, dans toutes les préparations examinées sous différents grossissements, on n'a pu découvrir nulle trace d'éléments nerveux; il n'y avait ni cellules, ni fibres, mais seulement un tissu conjonctif avec une certaine quantité de noyaux, et ça et là, des amas sans forme précise, d'une substance non colorée. — La moitié droite de la moelle épinière dans ces préparations n'a pas subi de changements voulus dans la structure, si ce n'est une altération légère de la configuration normale en conséquence de la curvature de la ligne médiane centrale, dont j'ai parlé plus haut.

Les altérations de la moelle — dans ses parties adhérentes à la cicatrice de haut et d'en bas — offrent une ramification diffuse des éléments nerveux; des fibres nerveuses de la substance blanche et grise, ainsi que l'atrophie et la vacuolisation avec tuméfaction des cellules ganglionaires, et l'actus, à peu près; plus haut se présente un tableau gardant le même caractère jusqu'au bulbe rachidien, et provenant sans doute des altérations dégénératives secondaires, développées à la suite de l'hémisection du côté gauche de la moelle. Ces altérations se concentrent exclusivement dans la moitié gauche de la partie dorsale et cervicale de la moelle épinière et se localisent, d'un côté, dans la partie postérieure du cordon de Goll, en forme triangulaire nettement marquée, avec l'angle aigu dirigé vers la commissure, et le côté droit dirigé vers la périphérie postérieure de la moelle; d'un autre côté, elles se localisent dans la périphérie du cordon gauche latéral, en forme d'une bande semi-lunaire allant de la partie postérieure, presque du « apex cornu posterioris », vers la partie antérieure jusqu'au cordon antérieur, au bout postérieur plus marqué que le bout antérieur dont les altérations disparaissent peu à peu. — L'examen de ces parties montre que dans la partie dégénérée du cordon de Goll toutes les fibres ont disparu; dans la partie extérieure du cordon latéral, qu'on appelle faisceau direct du cervelet, la plus grande partie de fibres était dans le bout postérieur

et elle diminuait peu à peu vers la direction extérieure. Quant aux altérations dans le cordon latéral, je dois remarquer que je n'ai pu jamais apercevoir la dégénération décrite dernièrement par *Gowers* [1] dans les cas de dégénération ascendante de la moelle épinière et qui, en ce qui concerne la topographie, ne diffère en rien de ce que nous ont donné les recherches embryologiques.

Dans la partie lombaire de la moelle épinière, c'est-à-dire dans la région postérieure de l'hémisection, une dégénérescence secondaire est très peu marquée : elle se concentre en forme d'un petit îlot triangulaire dans la région postérieure du cordon latéral du côté gauche et présente une perte insignifiante de fibres blanches; dans ce cas, nous avons à faire, évidemment, à une dégénérescence descendante de certaines fibres, qui forment le faisceau pyramidal du côté gauche. — La région correspondante du côté droit (Hornen, l. c.), et de même les deux cordons antérieurs n'offrent aucun changement. — Dans le tronc cérébral, on n'a trouvé rien d'anormal. — Ainsi résumons : d'un côté, les phénomènes observés pendant la vie du cobaye, d'un autre côté, les altérations anatomo-pathologiques observées dans l'examen macrospique et microscopique de la moelle : *le cobaye n° 8 vécut après l'opération juste deux mois. L'opération du côté gauche latéral fut suivie d'une paralysie et de l'hyperesthésie de l'extrémité gauche postérieure et d'anesthésie de l'extrémité droite; en outre d'hyperesthésie dans la région postérieure du corps du côté gauche. — Trois jours après l'opération, on put observer le commencement d'une inflammation réactive dans les parties adhérentes à la section : une parésie de l'extrémité droite et en même temps, une diminution peu importante de la sensibilité de l'extrémité gauche, dans laquelle il y avait aussitôt après l'opération une hyperesthésie; ces phénomènes disparurent déjà au bout de six jours.*

Une semaine après l'opération se manifestèrent les premiers signes du rétablissement des mouvements volontaires dans la patte gauche inférieure, qui furent complètement rétablis cinq semaines après l'opération. — La sensibilité, deux semaines après l'opération, est redevenue la même qu'aussitôt après l'opération; et l'anesthésie (analgésie) cutanée de l'extrémité postérieure et des parties adhérentes du corps du côté droit et l'hyperesthésie cutanée des parties correspondantes du côté gauche — restèrent, dans tous les sens, sans changements jusqu'au moment de la mort de l'animal.

Pendant ces deux mois, les altérations suivantes se développèrent dans la moelle épinière du cobaye : les bords de la plaie, dans la partie gauche de la moelle épinière, avec les méninges adhérentes se cicatrisèrent au moyen d'une cicatrice du tissu conjonctif, dans la-

[1] Gowers. — *On the antero-lateral ascending tract of the spinal cord.* — *The Lancet.* 1886. V. 1, N. XVV.

quelle on ne put découvrir aucun signe de fibres dégénérées; en outre, dans la moitié gauche de la moelle épinière, se développa une dégénération ascendante dans la région postérieure du cordon de Goll et dans le faisceau direct du cervelet jusqu'au bulbe rachidien, et descendante dans le faisceau pyramidal latéral.

Dans cette opération, ainsi que dans toutes les opérations suivantes du même cas, après lesquelles après l'hémisection de la moelle épinière, après un certain temps on observait presque un rétablissement complet des mouvements de l'extrémité paralysée, — l'absence complète de la régénération des éléments nerveux doit avoir un sens particulier : vu qu'il n'y a, dans la cicatrice, point de fibres nerveuses, qui puissent conduire les fonctions motrices, ces dernières, pour atteindre l'extrémité dont les mouvements sont rétablis, doivent sans aucun doute chercher d'autres voies, — supposons, même dans la moitié lésée de la moelle épinière.

L'absence de fibres régénérées, démontrée dans un sens positif par l'examen des préparations acquises de la cicatrice, est pour nous d'une grande importance, surtout, parce que la question d'une régénération pareille, qui peut expliquer le rétablissement des facultés conductrices de la moelle épinière est depuis longtemps assujettie à des recherches nombreuses, à des discussions prolongées, et de là elle produisit une littérature assez riche, que je veux présenter dans cet ouvrage sans exceptions, quoique en abrégé.

Brown-Séquard[1] ayant fait une section complète de la moelle épinière chez un pigeon, put observer trois mois après l'opération une restauration peu marquée de la sensibilité et des mouvements volontaires; dans la cicatrice de la moelle épinière, il put découvrir à l'aide du microscope une certaine quantité de cellules ganglionnaires et de fibres nerveuses.

Une année plus tard, Brown-Séquard publia un autre ouvrage[2] sur plusieurs cas de cicatrisations des plaies, faites à la moelle épinière avec retour des fonctions perdues dans les cas d'hémisection unilatérale chez les cobayes; il résultait une régénération d'éléments nerveux dans la cicatrice.

[1] Brown-Séquard. — *Régénération des tissus de la moelle épinière.* (*Gaz. méd.* de Paris. 1850, p. 250.)

[2] Brown-Séquard. — *Sur plusieurs cas de cicatrisation des plaies, faites à la moelle épinière avec retour des fonctions perdues.* (*Gaz. méd.* de Paris. 1851, p. 477.)

H. Müller[1] assure qu'il a pu constater chez les tritons (triton *læniatus* et triton *cristatus*) et chez les lézards (*lacerta viridis*) une régénération complète des éléments de la moelle épinière après la résection de plusieurs vertèbres avec une partie de la moelle.

Les expérimentations de Masius et de Van-Lair[2] donnèrent les mêmes résultats; ils avaient fait, chez des grenouilles, la résection de morceaux de un à deux centimètres de long dans la partie dorsale inférieure de la moelle épinière, et au bout de six semaines environ, ils trouvèrent l'espace, qui fut restée, après l'opération, remplie de tissus moelleux consistant en fibres de Remak et cellules ganglionnaires.

Paul Dentan[3] dans sa thèse, écrite à l'aide de Naunyn, dont je pris connaissance dans un extrait détaillé et dans l'article de Schiefferdecker (voir plus bas) qui décrit trois expérimentations dans lesquelles il fit chez trois chiens la résection d'un morceau de la partie inférieure de la région dorsale de la moelle épinière, où au bout d'un certain temps les mouvements volontaires furent complètement rétablis; l'examen des coupes de la moelle épinière démontra dans la cicatrice des fibres nerveuses dégénérées.

Bientôt après, Naunyn avec Eichorst[4] publièrent des résultats analogues des opérations presque semblables, qui ne différaient des précédentes qu'en ce qu'il n'y avait chez les petits chiens point de résection de la moelle épinière, mais une section transversale et un écrasement; dans les cas où il y avait une simple section, les mouvements volontaires se rétablissaient beaucoup plus lentement qu'après un écrasement.

[1] H. Müller. — *Ueber Regeneration der Wirbelsæule und des Rückenmarks bei Tritonen und Eidechsen.* (*Abhandl. herausgeg. v. d. Senkenbergischen naturforschend. Gesellshafft.* Bd. V. 1864-5, s. 113.)

[2] Masius und Van-Lair. — *Anatomische und fonctionnelle Wiederherstellung des Rückenmarks beim Frosch.* (*Centralb. f. d. méd. Wissenschaft.* 1869. N° 39.)

[3] Paul Dentan. — *Quelques recherches sur la régénération fonctionnelle et anatomique de la moelle épinière.* (*Diss. inaug.* Berne 1873.)

[4] Naunyn und Eichorst. — *Ueber Regeneration und Verænderungen im Rückenmarke nach strekweiser totaler Zerstœrung desselben.* (*Arch. f. experim. Pathol. und Pharmakologie.* Bd. II. 1874. s. 225.)

G. Piccolo et S. Sirena[1] dans leurs opérations de section partielle de la moelle chez les chiens, de même dans l'opération n° XIX de l'hémisection chez un pigeon, chez lequel on trouva plus tard un certain rétablissement des mouvements dans l'extrémité paralysée, n'étaient jamais en état de trouver des traces quelconques de régénération des éléments nerveux. En outre, dans les opérations des n°s XXI et XXII où l'on faisait chez ces chiens une complète hémisection de la moelle épinière dans la région dorsale, il ne se développa aucun signe de mouvements volontaires dans les extrémités postérieures, et en examinant à l'aide du microscope la cicatrice de la moelle, on ne la trouvait formée que d'éléments conjonctifs.

Le grand ouvrage de Schiefferdecker [2] mérite une attention particulière, vu qu'il contient un examen soigné d'une grande quantité des moelles de chiens, auquels Freusberg [3] avait pratiqué une section complète de la moelle épinière, n'ayant pu découvrir, même après beaucoup de temps (après trois cent quatre-vingt-dix-sept jours), d'autres mouvements que des mouvements réflexes. Dans la cicatrice, formée à l'endroit de la section, Schiefferdecker ne trouva aucun signe de régénération des éléments nerveux.

Les opérations de N. Weiss [4] d'hémisection de la moelle et en gardant aussi un cordon latéral chez les chiens, donnèrent des résultats contradictoires à la théorie de la régénération de la substance de la moelle : l'auteur non seulement n'a pu démontrer une seule fois la présence d'éléments nerveux dans la cicatrice, mais au contraire, après des expérimentations supplémentaires, un fait devint clair, c'est que les voies pour les mouvements régénérés se concentrent dans le même cordon latéral, qui contient les voies de motilité de l'extrémité bien portante.

Eichorst protesta assez énergiquement contre Schiefferdecker

[1] Girolamo Piccolo et Santi-Sirena. — *Sulle ferite del midollo spinale. Giornale di science naturali ed economiche.* Vol. XI. 1875. — Estratto. Palermo 1876. — См. критическую статью въ Schmidts Jahrbücher. Jahrg. 1878. Bd. 177, s. 197.

[2] P. Schiefferdecker. — *Ueber Regeneration, Degeneration und Architectur des Rückenmarkes.* (Virch. Arch.) Bd. 67. s. 512. 1876.

[3] A. Freusberg. — *Reflexbewegungen beim Hunde.* (*Archiv. f. die gesammte Physiologie Pflüger.*) Bd. IX. H. 7. s. 358. 1874.

[4] N. Weiss. — *Untersuchungen über d. Leitungsbahnen im Rücken, marke d. Hundes.* (*Sitzber. d. k. Wiener. Akad. d. Wissenschaften.*) Bd. LXXX. s. 340. 1879.

qui l'avait blessé dans l'ouvrage nommé. Eichkorst fait mention de trois opérations d'hémisection de la partie dorsale de la moelle chez les chiens; un de ces chiens n'y survécut point, l'autre restait tout le temps sans mouvements volontaires et l'on ne put découvrir dans la cicatrice de régénération des éléments nerveux; chez le troisième, trente-cinq jours après l'opération, se fit un rétablissement complet des facultés conductrices de la moelle épinière dans la direction centripète et centrifuge.

C'est justement l'analyse de ce cas que fait H. Eickhorst, dans son ouvrage; il y décrit en détail les changements trouvés dans la moelle épinière, c'est-à-dire le développement de la cicatrice, contenant une assez grande quantité de fibres blanches et de cellules qui ressemblent beaucoup aux cellules multipolaires. Cette découverte sert à convaincre encore plus l'auteur dans son opinion ancienne de la possibilité d'une régénération de la moelle épinière.

W. Kusmine[1] qui s'occupait dans le laboratoire de Stricker de la question sur les voies conductrices dans la moelle du chien, put observer, quelque temps après l'opération d'hémisection, une régénération des mouvements. Quoique, malheureusement, il ne donne la description du tableau microscopique de la cicatrice de la moelle, on peut supposer avec certitude que l'auteur en question ne put y découvrir d'éléments régénérés; cette supposition peut provenir de ce qu'il ne fait mention de la régénération, secondement, parce qu'il se sert tout bonnement du mot cicatrice, et enfin, puisqu'il s'appuyait sur une expérimentation de contrôle, il admet la voie des impulsions motrices vers l'extrémité qui avait été paralysée dans la moitié opposée de la moelle épinière.

Dans son ouvrage déjà nommé, Hornéu (l. c. p. 32) constate que dans aucune de ses nombreuses opérations d'hémisection de la moelle épinière chez les chiens il ne put découvrir de régénération de fibres nerveuses; il faut donc admettre que les éléments de la moitié opposée non atteinte de la moelle épi-

[1] W. Kusmine. — *Experimentelle untersuchungen über die Leitungsbahnen im Rückenmarke des Hundes.* (*Medicinische Jahrb.*) Jahrb. 1882. II. b.

W. Kusmine. — *Mikroskopsche Untersuchungen der secundar. Degener. des Rückenmarkes.* (*Med. Jarhb.*) Jahrb. 1882, 2-4.

nière acquirent les fonctions des conduites des impulsions motrices de l'extrémité qui avait été paralysée.

Enfin, il faut encore mentionner les observations expérimentales de P. Fraisse[1], qui eut la chance d'observer une restitution complète de la forme et de la structure de la partie sectionnée chez les amphibies. Les opérations sur des reptiles donnèrent presque les mêmes résultats; la seule différence, c'est que la région régénérée de la moelle épinière n'avait pas l'aspect tout à fait normal.

D'après les indications littéraires que je viens de faire, la question sur la possibilité de la régénération des éléments nerveux de la moelle épinière n'est pas encore définitivement résolue : dans le sens affirmatif, elle n'est résolue que partiellement, c'est-à-dire en ce qui concerne seulement les amphibies et les reptiles, chez lesquels tous les auteurs (H. Müller, Masius et Van-Lair, P. Fraïsse) purent constater une régénération positive. En ce qui concerne les classes supérieures — les oiseaux et les mammifères, — cette question pourtant pourait être résolue plutôt dans le sens contraire, quoique par rapport à ces deux classes, il y ait aussi des opinions en faveur de la régénération.

Dans ce cas, les expérimentations les plus importantes sont celles où il y a une hémisection latérale complète de la moelle épinière. Le lecteur se rappelle probablement que des opérations pareilles furent faites par Dentan, Naunyn et Eichkorst, Freusberg, Schiefferdecker et Piccolo avec Santi-Sirena; les trois premiers auteurs se servaient de chiens nouveau-nés et les autres de chiens âgés; en outre, Brown-Séquard fit une expérimentation avec une hémisection pareille chez un pigeon; mais nous ne pouvons pas juger de cette opération dans laquelle l'auteur remarqua la restitution des fonctions et la régénération des tissus de la moelle épinière, car c'est la seule dans ce genre. Arrêtons-nous un peu plus sur les opérations faites sur les jeunes chiens et tâchons d'expliquer les résultats contraires des opérations sur les jeunes chiens et sur les lapins. (Dentan, Naunyn et Eichkorst) d'un côté, et sur les chiens âgés (Schiefferdecker, Freusberg, Piccolo et Santi-Sirena) d'un autre; est-ce le résultat des conditions naturelles qui ne sont pas les

[1] P. Fraisse. — *Die Regeneration von Geweben und Organen bei den Wirbelthieren, besonders Amphibien und Reptilien.* (*Kassel und Berlin*, 1865. *Biologisch. Centralblatt.* 1886, n° 8.)

mêmes pour les âges différents des animaux, ou celui d'une faute de l'observation clinique et de la recherche anatomique?

La première supposition est peu probable, parce que Eickhorst lui-même décrit dans son article deux cas qui avaient été observés plus ou moins longtemps : dans un cas, il n'y avait ni restitution des fonctions, ni régénération du tissu nerveux de la moelle épinière, et dans l'autre se produisirent tous les deux phénomènes. Une telle contradiction dans les résultats chez le même auteur qui défend une opinion quelconque n'inspire point de confiance en cette opinion. Sans nier complètement une différence possible des facultés productives des tissus d'un organisme jeune et adulte, je trouve pourtant la possibilité d'admettre une faute dans les observations en m'appuyant sur les bases suivantes:

Ce qui concerne les observations sur la sensibilité et sur la motilité des extrémités postérieures chez des animaux soumis à une section complète de la moelle épinière, on ne peut ignorer une circonstance très importante dans ce cas : comment ne pas mêler les mouvements volontaires avec les réflexes et ne pas méprendre des simples réflexes pour la réaction de sensations aperçues. Freusberg, dans un ouvrage spécial (l. c.), y donna un sens particulier en montrant encore une circonstance probablement oubliée par les auteurs qui se servaient pour de pareilles observations, d'animaux nouveau-nés, c'est que chez ces derniers, les réflexes sont beaucoup plus vifs et c'est pourquoi il est beaucoup plus facile de les confondre avec les mouvements volontaires. Je pense, en outre, que le fait marqué par Naunyn, Eickhorst (l. c. p. 230) n'est pas en faveur de la restitution des mouvements volontaires; ce fait démontre que les meilleurs résultats sont obtenus dans les opérations, où la moelle épinière avec ses méninges était écrasée à l'aide d'une baguette en verre. Nous sommes dans ce cas tout à fait d'accord avec Freusberg (l. c. p. 39) qui admet que dans cette manière d'opérer, il peut y avoir une certaine quantité de fibres plus au moins intactes et grâce auxquelles se facilite la restitution des voies de la moelle épinière. Une étude anatomique de la cicatrice ne peut être aussi garantie de différentes fautes; je ne sais si l'on pourrait positivement démontrer que dans les cas, où sur des préparations dissociées où sur les coupes prises dans la cicatrice, on trouve des fibres nerveuses; ces dernières s'étendent sans interruption à travers toute

l'épaisseur de la cicatrice : pourquoi ne pas admettre que les fibres qu'on y trouve se terminent dans la cicatrice en y entrant d'en haut et d'en bas?

Dans tous les cas, dans une suite d'opérations produites par d'autres auteurs sur des chiens âgés, on n'a pu constater ni la restitution des mouvements volontaires ni la régénération d'éléments nerveux dans la moelle épinière (Schiefferdecker, Freusberg, Piccolo et Santi-Sirena : opération nos XXI, XXII), donc ces faits, ainsi que l'impossibilité de prouver l'opinion contraire, nous font croire, qu'après une section transversale et totale de la moelle épinière chez les mammifères il est peu probable que la faculté conductrice de la moelle épinière puisse être rétablie et son tissu nerveux régénéré.

De là, il est facile de passer à d'autres cas lorsqu'on peut observer la restitution des fonctions après une section partielle, ou de la moitié de la moelle épinière et admettre que dans ce cas aussi il n'est point de régénération d'éléments nerveux, d'autant plus que les observations de Piccolo et Santi-Sirena, de Wusmine et surtout de Hornéu parlent en faveur d'un pareil phénomène, car ils ne trouvaient dans la moelle de leurs animaux point d'éléments nerveux régénérés (de même que dans nos opérations personnelles). Ce n'est que Brown-Séquard qui parle de régénération de fibres nerveuses trouvées dans les cas d'hémisection chez les cobayes.

De cette manière, nous voyons que les données de la littérature sont d'accord avec nos recherches anatomiques en ce qui concerne l'absence de régénération de la moelle à l'endroit de l'hémisection. En m'appuyant sur ce fait, comme je l'ai dit plus haut, j'ai pu conclure que, lorsqu'il n'y avait point de voies anatomiques pour la transmission des fonctions motrices à travers la cicatrice, ces dernières doivent naturellement passer par la moitié intacte de la moelle épinière. Cependant, j'aurais pu affirmer cette supposition par une série d'expérimentations de contrôle, c'est pourquoi nous avons posé la question suivante : Si chez le cobaye, un certain temps après l'hémisection de la moelle, il n'y a point de nouveaux conduits dans la cicatrice, et les impulsions de motilité se dirigent vers l'extrémité, qui avait été paralysée, à travers une région intacte de la moelle épinière; dans ce cas, une deuxième hémisection, faite un peu plus haut que la première, quoique du même côté que celle-ci, ne doit avoir aucune influence sur les mouvements

rétablis de l'extrémité postérieure, tandis que ces dernières doivent de nouveau disparaître après une troisième hémisection, mais déjà du côté opposé.

Les résultats très importants de ces expérimentations seront analysés plus tard. (*A suivre.*)

DE L'APPAREIL NERVEUX CENTRAL DE L'OLFACTION[1]

Par M. P. TROLARD,

Professeur d'anatomie à l'École de médecine d'Alger.

III. — CONNEXIONS DU CARREFOUR OLFACTIF AVEC LA MOELLE PROLONGÉE (*arc rachidien*).

Il s'agit maintenant de mettre le carrefour en relation avec la moelle, car le nerf olfactif, comme tous les autres nerfs, doit avoir une implantation médullaire, ce que l'on appelle une « *origine réelle* ». Le nerf facial étant le nerf moteur de l'appareil olfactif, c'est dans le voisinage de son noyau d'origine, — en dehors de ce noyau — que doit se trouver cette origine réelle « médullaire ». Un moment, j'ai désespéré de pouvoir remplir ce point de mon programme.

J'ai d'abord cherché le raccordement dans le pédoncule cérébral même. Les connexions du carrefour et du pédoncule étaient évidentes dans certains cas ; en soulevant la bandelette optique, il était aisé de voir quelques fibrilles émanant du pédoncnle venir se jeter dans l'épaisseur de la bande diagonale ; quelquefois le faisseau de raccordement passait même par-dessus la

[1] Voyez le n° 60, p. 335; n° 62, p. 183.

bandelette optique ; d'autres fois, j'ai rencontré comme un voile de substance blanche passant aussi par-dessus la bandelette et allant du pédoncule à l'espace perforé ; mais je ne pouvais suivre ces fibres dans le pédoncule, et de plus, elles ne me paraissaient pas avoir une importance en rapport avec les troncs olfactifs. J'ai fort heureusement rencontré un cas qui m'a conduit dans la bonne voie.

Faisceau médullaire. — Dans ce cas, le pédoncule cérébral présentait sur sa face interne un faisceau tellement saillant qu'il me frappa. Après avoir enlevé la bandelette optique, on le voyait constituer une couche de tissu blanc, se dirigeant en dehors ; il venait rejoindre par son bord antérieur le bord postérieur de la bande diagonale, constituant la couche profonde de celle-ci et pouvait être suivie à son extrémité externe jusque sous l'uncus.

Eminences mamillaires. Espace olfactif postérieur. — En suivant en arrière le faisceau pédonculaire, il allait s'attacher au tubercule mamillaire, s'en détachait ensuite en reprenant son trajet d'avant en arrière, formait une bandelette triangulaire dont le sommet aboutissait au bord supérieur de la protubérance. Cette bandelette, séparée de celle du côté opposé, formait avec cette dernière l'espace perforé postérieur. Les connexions de ce faisceau avec le champ olfactif étaient donc bien établies ; il importait de le suivre plus bas, c'est-à-dire au niveau de la protubérance.

Sur ce point, je ne saurais être affirmatif. Je me méfie trop de moi-même, et sais combien il est facile de se tromper en croyant suivre des faisceaux blancs au milieu d'autres. Je laisse à d'autres plus habiles et

mieux outillés que moi le soin de conduire jusqu'à leur origine réelle les bandelettes de l'espace perforé postérieur.

Je crois cependant y être arrivé : le faisceau peut être suivi assez facilement jusqu'à quelques millimètres de l'*eminentia teres*. Là, il m'a semblé se diriger en dehors de ce noyau. Je l'ai perdu à ce niveau.

La disposition anatomique des bandelettes médullaires, si nette dans les cas dont je viens de parler, je l'ai toujours retrouvée depuis que mon attention a été ainsi fixée. Elle n'est pas aussi apparente, aussi tranchée que dans ce cas, mais on ne peut s'y méprendre et on peut toujours la distinguer [1].

Le champ olfactif est donc mis en relations avec le plancher du quatrième ventricule ; le point d'origine de l'arc médullaire étant très probablement situé en dehors du noyau du nerf moteur, c'est-à-dire dans la situation des noyaux moteurs par rapport aux noyaux sensitifs.

Le faisceau, après avoir traversé la protubérance annulaire, constitue avec celui du côté opposé l'espace perforé postérieur. Il est constamment séparé du pédoncule cérébral adjacent par un interstice perforé, très mince mais très visible. Cette séparation contribue à rendre plus nette l'existence du faisceau compris ainsi entre deux espaces vasculaires. C'est dans ce

[1] Sur deux autres pièces, j'ai eu occasion, depuis que j'ai terminé mon travail, de voir sans préparation le faisceau mamillaire. Des deux côtés, il était représenté par deux tractus tranchant par leur couleur blanche sur la substance grise du corps cendré. Il m'a suffi de couper les bandelettes optiques à ce cerveau pour constater l'implantation de ces tractus sur le bord postérieur du champ objectif. Dans ce cas, les racines internes et externes des nerfs olfactifs étaient très développées.

sillon qu'apparaissent la substance grise du locus niger et l'origine extérieure du moteur oculaire commun. Ensuite il s'enroule autour du tubercule mamillaire — où il pénètre et s'en détache — puis, passant sous la bandelette optique, va concourir à former la bande diagonale, comme je l'ai dit à propos du cas particulier dont j'ai parlé.

Déjà est indiquée par ce fait la part que prend le tubercule mamillaire dans l'appareil de l'olfaction[1]. Placé sur le trajet du faisceau médullaire, il est l'analogue des renflements genouillés de l'appareil de la vision. J'aurai à y revenir plus loin; j'ajouterai que les auteurs enseignent que les tubercules mamillaires se développent en même temps que l'espace interpédonculaire, c'est-à-dire très probablement avec les deux faisceaux qui limitent cet espace (5e mois). De plus, on voit que l'espace perforé postérieur est lui-même comme l'antérieur, un espace olfactif.

Quoique je ne puisse affirmer l'existence du noyau d'origine du faisceau médullaire de l'appareil olfactif, elle ne saurait faire de doute pour moi. L'analogie avec les origines des autres nerfs, les observations de Serres au sujet de cette origine médullaire chez les poissons, les observations faites chez les anencéphales, observations que je relate plus loin plaident en faveur de cette hypoihèse, laquelle, du reste, pourra être jugée définitivemen; et assez vite par des anatomistes plus habiles que moi.

[1] Le faisceau rachidien ne va pas tout entier au tubercule mamillaire; une partie passe en dehors de lui pour aller directement au champ objectif — C'est entre le pédoncule cérébral et le pilier antérieur qu'il faut chercher le filet rachidien et dans l'épaisseur du *tuber cinerium* quand il n'est pas à découvert.

En résumé, les connexions entre la moelle et le carrefour olfactif sont constitués : 1° par quelques faisceaux qui apparaissent sur la face inférieure du pédoncule cérébral et qui sont très probablement une émanation du faisceau principal dont quelques fibres ont pénétré dans le pédoncule cérébral; 2° par un faisceau principal qui, prenant son origine sur le plancher du quatrième ventricule, forme avec son congénère du côté opposé l'espace perforé postérieur et se met en relations avec le tubercule mamillaire. Les deux faisceaux réunis, le principal et les fascicules, passent sous la bandelette optique et vont former la couche inférieure et postérieure de la bande diagonale.

Le premier arc périphérique — l'arc rachidien — étant établi, quoique non poursuivi *de visu* jusqu'à son origine réelle, passons au second.

Notes bibliographiques.—Foville, à propos de la « structure de la partie fondamentale du noyau cérébral » décrit en dedans du pédoncule cérébral deux faisceaux, un postérieur et un moyen, qu'il mène tous deux dans l'espace perforé antérieur : l'un, le postérieur, à la superficie; l'autre, le moyen, profondément au-dessous du premier.

Huguenin, dans une description peu claire, parle d'anses pédonculaires que l'on peut rapporter à celles de Foville.

Broca insiste beaucoup dans son mémoire sur le rattachement de l'appareil olfactif aux faisceaux inférieurs des pédoncules cérébraux. On voit qu'il désire amener au lobule olfactif, auquel il attribue des propriétés motrices, des fibres émanant du plan inférieur du pédoncule.

Mais il ne s'appuie que sur des faits d'anatomie comparée : ce n'est que par analogie qu'il conclut à l'existence de ces fibres motrices chez l'homme.

Nerfs olfactifs chez les anencéphales. — D'après Pressat, Breschet, à propos d'un hydrocéphale manquant de cerveau,

dit : « Les nerfs mis à nu, je vis distinctement la première paire ou nerfs olfactifs, dont le renflement antérieur était très marqué, et deux filets blanchâtres qui se dirigeaient en arrière vers la moelle épinière ; cependant je n'ai pu suivre ces cordons jusqu'à leur insertion ou origine. »

Un fait du même genre est fourni par Béclard (Pressat).— « Chez cet hydrocéphale, la moelle allongée était divisée en avant et présentait les pédoncules du cerveau terminés par des éminences qui paraissaient être les couches optiques et les corps striés. En outre, la moelle se prolongeait entre les pédoncules en deux petits cordons blancs qui se terminaient dans les gouttières ethmoïdales par les renflements olfactifs. »

Baron et Comte citaient des observations analogues.

Serres, d'après Frank. — « Chez quelques poissons cartilagineux, on peut suivre l'insertion du nerf olfactif jusque sur le pédoncule cérébral. »

Lebieff, d'après P. Berger, signale le faisceau médullaire, ou du moins une partie de ce faisceau. Il décrit un faisceau qui partant des cordons antérieurs de la moelle va se jeter dans la tubercule mamillaire.

Tubercules mamillaires. — Luys. — « Leur développement dans la série des vertébrés est proportionnelle à celui de l'hippocampe. »

Quelques auteurs classiques, Sappey entre autres, signalent dans l'espace interpédonculaire la présence d'un faisceau distinct du pédoncule, mais ils ne parlent ni de son origine, ni de sa terminaison, ses connexions avec le tubercule mamillaire.

Peut-être faut-il ajouter à l'arc rachidien un faisceau de fibres qui, issu aussi des petites masses ganglionnaires du tubercule mamillaire, irait, suivant Edinger, « en se recourbant à angle droit dans la calotte des tubercules quadrijumeaux, où on peut le suivre jusque dans les ganglions situés sous l'aqueduc de Sylvius. »

IV. — CONNEXIONS DU CARREFOUR OLFACTIF AVEC LA COUCHE OPTIQUE. (*Arc intermédiaire.*)

Dans quelques cas — assez rares il est vrai, — il existe, entre la base d'adhérence du crochet hippo-

campique et le bord externe de la bandelette optique, un espace libre rubané, dont la largeur peut aller jusqu'à 2 millimètres.

Ruban péri-optique. — Quand on détache avec précaution le crochet hippocampique de sa base d'adhérence, on constate que le ruban en question s'élargit et atteint 3 ou 4 millimètres.

En dedans et en avant, le ruban ainsi constitué se continue avec l'angle postéro-externe de la bande diagonale. Cette continuation se fait de la façon suivante : une partie se jette sur le corps même de la bande diagonale; l'autre partie se continue avec le bord postérieur de cette bande, c'est-à-dire avec les fibres qui viennent du faisceau médullaire juxta-pédonculaire qui est décrit plus haut. Le crochet hippocampique lui fournit une seconde origine à l'aide d'un faiseau, quelquefois divisé en deux piliers.

Que devient-il en arrière? Rien d'aussi simple que de le suivre, et sans aucune préparation : il s'élargit encore, s'étalant sur la face inférieure du plafond du diverticule ventriculaire, en cotoyant la bandelette optique; puis il s'éloigne de cette dernière au niveau du corps genouillé externe (il recouvre quelquefois ce tubercule, et semble alors en provenir, mais il est facile d'en faire la séparation). Devenant de plus en plus large, et par suite moins épais, il contourne le bord postérieur de la couche optique, s'étale sur la face supérieure de ce renflement; et enfin se termine en formant une large calotte blanche qui vient coiffer le tubercule antérieur du corps optique (centre olfactif de Luys).

Comment expliquer que le ruban péri-optique qui,

dans son trajet sus-optique, a jusqu'à 6 et 7 millimètres de largeur, et qui est souvent d'un blanc absolument pur, ne soit pas signalé par les auteurs? Aujourd'hui encore, après avoir constaté des centaines de fois ce fait anatomique (qui, du reste, m'avait frappé depuis longtemps, bien avant que je ne commence les recherches actuelles), je cherche encore l'explication d'une pareille omission.

On ne peut dire que la présence de cette large voie soit assez rare pour qu'elle ait échappé jusqu'à ce jour à la simple vue : elle est constante. Et, si dans quelques cas, elle est moins blanche et moins accusée, il est des plus faciles d'en démêler les faisceaux longitudinaux, entre-croisés entre eux et couverts, dans ce cas, d'un voile de substance grise.

Pour en avoir une idée nette, il faut l'examiner sur le bord interne de sa terminaison optique au point où elle reçoit l'*habena*. Là les deux bandelettes sont des plus distinctes.

Dans mon désir de trouver un rattachement entre le carrefour olfactif et le cerveau intermédiaire, ne me serais-je pas trompé? Ces faisceaux blancs que je décris comme une production à part ne sont-ils que « la couche fenêtrée » dont parlent quelques auteurs et qui serait une émanation de la capsule externe. J'avoue que j'aurais hésité, malgré la netteté des préparations, à être assez affirmatif, si je n'avais trouvé chez des auteurs, anciens il est vrai, la conformation de ce que j'avance [1].

[1] Il est possible, il est probable même, que parmi les faisceaux blancs du *stratum zonale*, tous n'appartiennent pas au ruban olfactif, et que les plus internes, par exemple, fassent partie de l'appareil optique. Ceux-là, en effet, pénètrent profondément dans la couche optique et vont

Je me demande s'il ne faut pas chercher l'explication de cette différence d'observation dans ce fait que je ne me suis servi à peu près que de cerveaux frais, c'est-à-dire non conservés dans un liquide quelconque. J'ai remarqué, en effet, sur les quelques cerveaux conservés dans l'alcool que j'ai eus à ma disposition, que cette disposition anatomique, comme bien d'autres, était beaucoup plus difficile à distinguer.

J'ai pris comme type de description le cas où le crochet de l'hippocampe laisse entre sa base d'implantation et la bandelette optique un certain intervalle[1]. Le plus souvent, le crochet est adhérent, jusqu'au niveau de la bandelette optique ; il faut alors séparer le crochet de la base d'adhérence et le ruban apparaît distinctement.

En arrière du crochet, le ruban devient plus large, comme je l'ai dit; nous verrons plus loin qu'à ce niveau, il entremêle ses faisceaux avec d'autres faisceaux, dont nous aurons à nous occuper (le faisceau sphénoïdal), séparé de ces faisceaux par la queue du noyau caudé qui s'étend beaucoup plus loin que ne le disent les classiques, puisqu'elle va jusqu'à l'extrémité antérieure de la paroi interne ventriculaire.

Après avoir dépassé le corps genouillé externe, il se

peut-être? au second noyau de Luys. Avant d'atteindre le tubercule quadrijumeau supérieur, ils rejoignent un faisceau profond de raccordement de ce tubercule avec la partie antérieure et externe de la couche optique. Ces deux faisceaux réunis constitueraient l'arc intermédiaire de l'appareil optique.

[1] Dans ce cas, le ruban qui occupe cet intervalle aboutit, au niveau de l'hiatus ventriculaire, au sommet d'une anse que l'on rend très apparente en tirant en dehors le crochet de l'hippocampe. L'arc supérieur de l'anse est la bandelette que je viens de décrire; l'arc inférieur est le corps bordant (voir la *figure* plus loin).

divise en deux faisceaux. La division principale, qui est la continuation du tronc d'origine, suit le trajet que j'ai indiqué pour aller coiffer le tubercule antérieur de la couche optique.

Filet du sillon opto-strié. Tænia. — La seconde division est un petit faisceau, qui, en remontant, va se placer dans le sillon opto-strié. Il va constituer ce que les classiques décrivent sous le nom de *tænia* ou de *bandelette demi-circulaire*. Ce tænia n'est en effet, qu'une dépendance du ruban péri-optique. Son origine d'abord le démontre; ensuite les échanges qui ont lieu fréquemment entre lui et le ruban péri-optique la confirment suffisamment.

La présence du tænia est loin d'être constante, au moins dans toute son étendue. Il est remplacé alors par le bord externe du ruban optique. Ce fait vient encore à l'appui de mon interprétation; il y a en quelque sorte balancement entre le ruban et le tænia.

Le tœnia se termine en avant non seulement dans le pilier antérieur et la cloison transparente, comme l'indiquent les auteurs, mais encore dans le tubercule antérieur de la couche optique. De plus, quand il contourne en dehors ce tubercule, quelques filets se détachent et vont s'anastamoser avec le pilier antérieur réfléchi de la voûte. Cette anastomose est signalée par Cruveilhier[1].

Pour en finir avec le ruban péri-optique, je mentionne les échanges de fibres qui ont lieu quelquefois entre lui et le pilier postérieur de la voûte, au moment

[1] Au sujet du tænia, je dirai que la lame cornée, lorsqu'elle présente un grand volume, notamment dans sa moitié antérieure, renferme des fibres nerveuses facilement distinguables à l'œil nu.

où ce pilier contourne le bord postérieur de la couche optique, revêtue du ruban. J'appelle aussi l'attention sur la connexion de l'origine du corps bordant avec celles du ruban, connexion qui a lieu par une anse en arrière de l'uncus. Ces connexions indiquent les rapports qui doivent exister entre le ruban et le centre cortical, dont le corps bordant et le pilier postérieur (continuation du corps bordant) sont des annexes.

D'après cette description, on voit par quelle large voie sont établies les connexions entre le carrefour e la couche optique. Je me demande, à ce sujet, si les anciens n'avaient pas mieux vu que nous, et si ce n'est pas réellement au ruban péri-optique qu'ils ont appliqué cette désignation de « tœnia », désignation assez inexplicable quand il s'agit du mince filet de sillon opto-strié.

En résumé, le carrefour olfactif se trouve relié au tubercule antérieur de la couche optique par le ruban péri-optique et par la bandelette opto-striée (tænia), laquelle va, de plus, jusqu'à la cloison transparente. Ainsi se trouve établi notre second arc (arc intermédiaire). Passons au troisième arc, l'arc cérébral.

Je n'ai pas la prétention de croire que ma description est à l'abri de toute critique et ne donnera pas lieu à des redressements ou à une description plus complète. Mais ce que je crois être en droit d'espérer, c'est qu'on admettra sous une forme ou sous une autre une communication évidente entre le carrefour et le tubercule antérieur de la couche optique.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES. — *Ruban péri-optique.* VICQ D'AZYR s'est beaucoup occupé de la partie de ce ruban, décrite sous le nom de tænia, bandelette demi-circulaire, etc., etc., et l'ap-

pelle la *bandelette striée*. Sur les dessins, où il la représente, elle dépasse notablement le sillon opto-strié : il la décrit comme n'étant recouverte par la lame cornée que dans sa partie antérieure.

En avant, il l'a fait s'épanouir « près du septum » ; d'après les figures, elle se jetterait entièrement dans ce septum. Dans un autre passage, il dit : « ... La terminaison de la bandelette striée se fait très près de celle de la bandelette de l'hypocampe ou *corpus fimbriatum* ; elle est seulement un peu plus élevée et leurs substances communiquent en plusieurs points ».

Quant à son origine, il en parle ainsi : « ... Pour bien le connaître, il faut ouvrir en dehors et sur le côté l'étui de l'hyppocampe, on aperçoit alors des lames blanches irrégulières faisant partie du plancher supérieur de ce prolongement des ventricules latéraux et qui sont placés à la partie externe des couches optiques. Dans ces lames, des filets blancs sont très rapprochés les uns des autres. Ces filets s'écartent plus bas et plus en devant, où ils s'épanouissent sur la paroi interne de l'espèce de loge qui est destinée à contenir l'élargissement de la corne d'Ammon ou grand hypocampe. »

Dans une autre planche, il a fait représenter une « variété du tænia » ... « Bandelette striée, dit-il, qui est évidemment fibreuse en 9.9.9 et de laquelle se détachent des filets particuliers en 11. 11. 12. Ces filets ne sont point constants. » Ces filets sont très probablement ceux que j'ai signalés comme établissant des anastomoses avec le ruban péri-optique.

Si Vicq d'Azyr n'a pas vu exactement l'origine et la terminaison de sa bandelette striée, il a au moins signalé l'existence de celle-ci.

Gratiolet. — « ... Le second faisceau (le premier est constitué par les *habenæ*) s'étale en une membrane mince autour de la couche optique. Les fibres clairsemées se recourbent d'avant en arrière autour d'elles, et se jettent successivement dans les rayons inférieurs de l'éventail pédonculaire. Elles composent essentiellement l'écorce de la couche optique. »

« ... Un troisième faisceau, mieux distinct, s'enroule sur le bord externe de la couche optique, dans un sillon qui la sépare de la couche optique. Ce faisceau, connu sous le nom de tænia semi-circulaire, borde la lèvre antérieure de la gouttière de l'anse dès l'origine de celle-ci, et se termine au niveau du bord postérieur du pavillon pédonculaire. » Plus loin, il

dit : « Nous avons distingué plus haut dans la couche optique trois éléments distincts, savoir : 1° son écorce formée de fibres en anse, qui appartiennent au même groupe que le tænia semi-circulaire... ».

Gratiolet distingue ainsi un faisceau « qui s'enroule en une membrane mince autour de la couche optique ».

Bandellette demi-circulaire. — Foville. « Une partie du prolongement du faisceau postérieur (du pédoncule), facile à suivre jusqu'à la pointe du calamus, s'arrondit en bas et en dehors et devient une partie du quadrilatère perforé, tandis qu'une émanation supérieure du même faisceau postérieur se porte dans l'intervalle du corps strié et la couche optique en décrivant une belle courbe connue sous le nom de la bandelette demi-circulaire. » En arrière et en bas, il la fait aussi aboutir à l'espace perforé ; elle est une partie de son système fibreux convergent.

Luys la mène à son centre olfactif.

Sappey la décrit ainsi : « Ses extrémités sont encore un objet de contestation pour les anatomistes. En avant, on la voit se perdre dans la substance grise de la couche optique. Son extrémité postérieure s'épanouit en un large pinceau de fibres qui s'étalent sur la paroi supérieure de la portion réfléchie des ventricules et qui disparaissent dans la substance grise du crochet terminal de la circonvolution de l'hippocampe. »

D'après Cruveilhier, « quelques-unes de ses fibres peuvent être suivies jusqu'à la partie inférieure de la corne d'Ammon ». Longet affirme qu'elle se bifurque pour aller, par une de ses branches, dans le pilier antérieur, et par l'autre, dans l'épaisseur de la couche optique.

La bandelette étant admise avec Vicq d'Azyr et Gratiolet, on voit que les premiers la font naître très près de la terminaison (origine) du *corpus fimbriatum* ; « elle est seulement un peu plus élevée et les deux substances communiquent en plusieurs points ».

Gratiolet, lui, la conduit à « l'éventail pédonculaire », ce qui n'est pas loin de l'origine que j'ai assignée à la bandelette. Foville fait partir le tænia de l'espace perforé, et Luys, du noyau amygdalien. Cruveilhier suit l'origine du tænia jusqu'à la corne d'Ammon, et enfin, Sappey l'implante « sur la paroi supérieure de la portion réfléchie des ventricules » et la fait disparaître « dans la substance grise » de l'uncus.

Au point de vue du caractère olfactif du tubercule antérieur optique, je n'ai à apporter à l'appui que l'observation de Hunter. Critiquée par les uns, elle est cependant considérée comme concluante par les autres, par Poincarré, entre autres. Il y a aussi les faits et l'opinion de Luys. On peut ne pas les accepter les yeux fermés, mais j'estime qu'on ne doit pas non plus les récuser de parti pris, et qu'il faut au moins les retenir jusqu'à plus ample recueil d'observations.

V. — CONNEXIONS DE LA COUCHE OPTIQUE (DU TUBERCULE ANTÉRIEUR DE LA COUCHE OPTIQUE) AVEC L'ÉCORCE CÉRÉBRALE. — (*Arc cérébral.*)

Ces connexions sont établies par les piliers de la voûte, dont je n'ai pas à donner ici la description. Seulement, au lieu de les faire se terminer dans le tubercule antérieur de la couche optique, je les fais y prendre leur origine, puisqu'il s'agit d'un appareil de conduction à courant centripète.

Né dans l'intérieur du tubercule, et après s'être anastomosé, comme je l'ai dit plus haut, avec des filets de la bandelette opto-striée (tænia), le pilier profond (de Vicq d'Azyr) va à l'éminence mamillaire, entre en connexion avec elle, et est continué par le pilier antérieur. Y a-t-il enroulement en huit de chiffre des deux piliers autour de l'éminence? Le pilier profond y pénètre-t-il et le pilier antérieur en part-il?

Peu importe! Ce qui est certain et ce que personne ne conteste, c'est qu'il y a connexité intime entre les éminences mamillaires et les piliers. Ceux-ci, après avoir formé la voûte, vont en arrière se jeter, d'une part, sur l'écorce de la corne d'Ammon et se continuer, d'une autre part, au corps bordant.

A la description classique de ces piliers, j'ajoute les importants détails suivants :

Chiasma olfactif. — Les piliers antérieurs ne font pas que se mettre en contact au-dessus de la commissure antérieure; *ils fusionnent;* leurs faisceaux internes s'entre-croisent de telle façon que les deux piliers n'en forment réellement qu'un seul.

Ce fait est des plus faciles à vérifier; il explique pourquoi les auteurs anciens n'avaient trouvé que trois piliers à la voûte, pourvue de quatre piliers par les modernes. Dans quelles proportions se fait l'entre-croisement des faisceaux? Très approximativement, je l'évalue au tiers de ces faisceaux.

La fusion est donc intime au niveau de la partie verticale des piliers. Dans leur portion horizontale, l'entre-croisement continue, moins épais, moins fourni, il est vrai. Son existence ne saurait être contestée non plus à ce point. A la face inférieure de la voûte, il y a bien un sillon de séparation; mais, en haut, même quand il y a une apparence de séparation médiane, on trouve un échange de faisceaux plus ou moins nombreux.

Le chiasma ne s'arrête pas là. Dans l'écartement des piliers postérieurs, existe une disposition particulière non encore décrite, ou du moins décrite incomplètement.

Sous le nom de lyre, de psaltérium, les auteurs décrivent une région triangulaire limitée en dehors et de chaque côté par les piliers postérieurs et remplie par des cordes transversales, qui seraient les faisceaux transversaux du corps calleux. Or, cela n'est pas exact.

Il existe, en effet, des fibres transversales, ou plu-

tôt des fibres dont la direction générale est transversale. Ces faisceaux de fibres, beaucoup plus fins, plus déliés que ceux du corps calleux, lesquels se laissent voir au-dessus des premiers, sont sinueux, contournés, tout en se dirigeant d'un côté à l'autre; quelques-

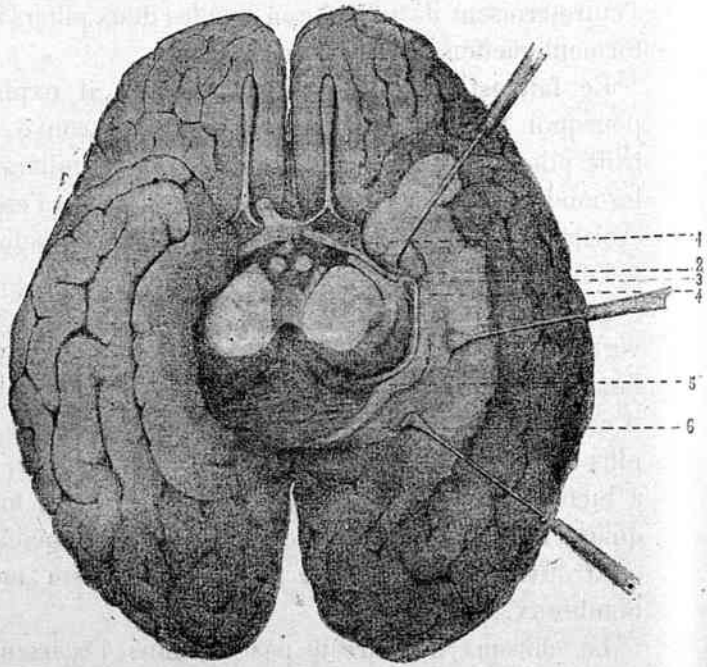


Fig. 13.

uns décrivent des arceaux complets à concavité postérieure; d'autres fois, l'entre-croisement est uniquement représenté par un faisceau plus ou moins large de fibres directement transversales. (Voir la *figure* 13.)

Ces faisceaux émanent, comme je l'ai déjà dit, de l'écorce de la corne d'Ammon, de la lame bordante ammonique et de la branche interne de bifurcation de

la circonvolution godronnée. Il en émane aussi du bord postérieur des piliers.

Je dois dire que cette disposition anatomique n'est pas toujours aussi nette que l'indique ma description et que celle qui est représentée dans la figure. Mais on en trouve toujours des traces plus ou moins tranchées; et j'ajouterai qu'il m'a semblé que lorsqu'à ce niveau les fibres entre-croisées et anastomosées sont peu nombreuses, les piliers sont plus larges, l'écorce ammonique se prolonge en fuseau plus ou moins loin en avant derrière les piliers, comme je l'ai indiqué plus haut; et les faisceaux échangés au niveau de la voûte et des piliers antérieurs sont plus nombreux et plus épais. Il y aurait une sorte de balancement entre le chiasma postérieur (lyre) et l'antérieur (piliers antérieurs).

Ce point établi, je n'ai rien à dire de la terminaison des piliers postérieurs; je dois toutefois rappeler que ces piliers, devenus corps bordants, peuvent, le plus souvent, être suivis jusque sur la face libre du crochet de l'hippocampe, reliés par un pinceau fibreux à la bande diagonale, et se continuant par une anse à concavité postérieure sur l'origine du ruban péri-optique.

Pour confirmer les relations étroites qui existent entre la voie de conduction constituée par les piliers et ce que nous connaissons déjà de l'appareil olfactif, je rappellerai que, dans certains cas, des échanges de fibres ont lieu entre le ruban péri-optique et les piliers, au moment où ceux-ci contournent en arrière la couche optique. Je dirai aussi qu'une seule fois, il est vrai, j'ai rencontré un faisceau très distinct, émanant d'un pilier, et qui, longeant le bord inférieur de la

cloison transparente, allait se jeter sur une racine olfactive interne portée par une circonvolution. J'ajouterai enfin qu'une autre fois, j'ai vu un faisceau large de trois millimètres se détacher de la partie moyenne de la voûte et aller se jeter sur le tubercule antérieur de la couche optique, en dedans de la terminaison du ruban péri-optique, auquel il s'accolait.

Faisceau supplémentaire sphénoïdal. — A cet appareil principal de conduction centripète, j'ai à ajouter une autre voie de communication.

C'est un faisceau fibreux qui part de l'extrémité antérieure de la corne d'Ammon, au-dessus et en dehors de l'origine du corps bordant, s'incruste dans le tapetum pour venir se terminer sur les piliers postérieurs au niveau de la lyre. Quand on coupe la paroi supéro-externe du ventricule à quelques centimètres en arrière du cul-de-sac antérieur, on voit que ce cul-de-sac présente en avant une paroi épaisse, se distinguant du restant du tapetum par une couleur blanche beaucoup plus tranchée, à tractus s'enchevêtrant et partant de l'écorce de la tubérosité du renflement de la corne d'Ammon.

Le faisceau, né de cette muraille, se dirige en arrière, séparé, ainsi que je l'ai dit plus haut, de l'origine du ruban péri-optique par la queue du noyau caudé. Il est placé, par conséquent, en dehors de celui-ci. Quelques-uns de ses fascicules s'entre-mêlent même avec ceux du ruban par-dessus le noyau caudé. Un peu plus en arrière, au niveau de l'hiatus du ventricule latéral, ces fascicules sont réunis par des fibres arciformes, quelquefois très apparentes, d'autres fois plus difficiles à constater.

Je reprends le trajet de notre faisceau. Appliqué sur la face inférieure du tapetum, il suit le bord externe du diverticule sphénoïdal; puis arrivé au coude de ce diverticule, il se relève et atteint par sa face inférieure le pilier postérieur au niveau de la partie moyenne de la lyre. Là, il fusionne avec le pilier et envoie des filaments dans l'intérieur de la lyre. Ce faisceau supplémentaire de renforcement pourrait être appelé « faisceau sphénoïdal ». Il n'est pas toujours très apparent, mais on peut en retrouver des traces. Je dois dire cependant que quelquefois, je ne l'ai pas rencontré.

Cloison transparente. — A la voûte à trois piliers, je rattache la cloison transparente comme autre élément de l'appareil olfactif. Cette connexité saute aux yeux quand on examine la voûte chez un animal osmatique, chez le chien ou chez le porc, par exemple. Chez ceux-ci, la cloison est représentée par deux énormes masses grises ellipsoïdales couchées sur les piliers antérieurs, avec lesquels ils font corps.

Chez l'homme, les classiques admettent que les piliers antérieurs envoient des filaments dans le septum lucidum. Mais ils n'insistent pas beaucoup sur ce fait, pourtant très important. En effet, ces filaments sont en très grand nombre et la couche médullaire de chacune des parois du ventricule de la cloison est pour ainsi dire constituée entièrement par l'étalement de ces filaments et de ceux du tænia. Le restant de cette couche blanche est formée par des fibres émanant d'une des divisions internes de la bande diagonale du carrefour. Je reviendrai sur ce point dans le chapitre suivant.

En résumé, les piliers de la voûte après avoir passé par les éminences mamillaires et après s'être entre-croisés, mettent en communication directe le tubercule de la couche optique dans laquelle ils prennent naissance, avec la formation godronnée.

Le tubercule antérieur de la couche optique est-il une station olfactive? Cela ne me paraît pas douteux si on tient compte de ses relations directes avec le carrefour olfactif, relations que j'ai établies plus haut, dans le chapitre précédent.

Ce point admis, la conséquence en est que les piliers de la voûte sont une dépendance de ce tubercule et par suite de l'appareil olfactif.

Si l'on considère les origines des piliers antérieurs et les échanges des piliers postérieurs avec les rubans périoptiques[1]; si l'on considère de plus la continuité des émanations des piliers antérieurs avec celles de la bande diagonale dans la couche blanche du septum et, comme on le verra plus loin, la continuité directe du faisceau à faisceau entre le pilier antérieur et la bande diagonale; si, en outre, on considère que les tubercules mamillaires font partie intégrante des piliers et que nous avons déjà rattaché ces éminences à l'appareil olfactif; si, enfin, on tient compte de ce que le septum lucidum se développe en même temps que le trigone, lequel se développe en même temps que la corne d'Ammon (les embriologistes ne parlent pas du corps godronné, mais ils le comprennent probablement dans la formation ammonique); on verra que je suis

[1] Le *tænia*, qui n'est qu'une portion du ruban péri-optique, est considéré par quelques auteurs comme faisant partie de l'appareil de l'olfaction.

bien fondé à comprendre les piliers dans cet appareil.

Ces piliers seraient, en définitive, des bandelettes olfactives avec un chiasma, en tout semblable à celui des bandelettes optiques. La cloison transparente serait l'analogue de ce que l'on appelle la racine grise des nerfs optiques, et les éminences mamillaires représenteraient les tubercules quadrijumeaux, avec cette différence qu'ils se confondraient avec le corps genouillé du même côté[1]. Enfin, les bandelettes olfactives mettraient en communication la station intermédiaire de la couche optique avec le centre nerveux.

Quant aux bandelettes olfactives, bien qu'ayant comme aspect, comme disposition et comme entrecroisement de grandes analogies avec les bandelettes optiques, je dois reconnaître cependant qu'elles s'en différencient en ce sens que les bandelettes optiques appartiennent au système de premier arc ou arc médullaire, tandis que les bandelettes olfactives appartiennent à l'arc supérieur ou cérébral.

La communication par le trigone est la principale ; mais il en est une autre, supplémentaire probablement. C'est le faisceau sphénoïdal qui, partant du pilier postérieur, va, en suivant la face inférieure du tapetum, se termine dans la substance blanche de la corne d'Ammon et du crochet.

Je ferai remarquer l'importance du chiasma olfactif qui explique les observations d'anosmie croisée inexplicables jusqu'à ce jour, car il importe de noter que, même en admettant chez l'homme — ce qui n'est

[1] Plus exactement, les tubercules mamillaires représenteraient les tubercules quadrijumeaux supérieurs et les corps genouillés externes superposés, les deux arcs, rachidien et cérébral, entrant en contact à leur niveau.

admis que par par analogie — les relations qui existent chez certains animaux entre la commissure blanche et les nerfs olfactifs, il ne s'agirait que d'une *commissure* et non d'un *chiasma*.

Jusqu'à présent il a été admis que le trigone avec ses piliers n'était qu'une commissure antéro-postérieure dont la courbure s'expliquait par l'évolution embryogénique. La masse cérébrale s'enroulant d'arrière en avant autour de l'axe intermédiaire, la commissure avait à suivre cet enroulement. Les rapports qu'ils établissent entre un noyau cortical et un noyau intermédiaire, leurs connexions avec des éléments qui font partie intégrante de l'appareil optiques, me semblent mieux expliquer leur raison d'être.

Il est probable que si les bandelettes olfactives n'avaient pas, par leurs évidentes connexités, imposé de suite leurs fonctions, on les eût rangées aussi dans le système des commissures antéro-postérieures.

En résumé, je crois pouvoir conclure que l'arc cérébral est constitué par les piliers du trigone ; que ces bandelettes olfactives possèdent un chiasma et que le septum lucidum est à ce chiasma ce que la racine grise des nerfs optiques est au chiasma optique.

Notes Bibliographiques [1]. — *Piliers de la voûte*, Gratiolet, à propos d'un cas d'anencéphalie : « les corps striés, le corps calleux, toute la partie antérieure et supérieure des hémisphères manquaient ; il n'y avait qu'un vestige des lobes inférieurs. La voûte, très irrégulière, n'avait en avant qu'un seul nerf olfactif, qui semblait naître du centre de l'une des couches optiques. » Ce fait me paraît très intéressant à noter : un seul nerf olfac-

[1] Voir plus haut, dans les notes relatives au centre cortical, les opinions des auteurs qui admettent des rapports proportionnels de développement entre le trigone et la corne d'Ammon.

tif et un seul pilier. Ils étaient très probablement situés du même côté, car la disposition contraire eût été signalée. Puisque la partie antérieure et supérieure des hémisphères manquait, comment expliquer, avec l'hypothèse en cours actuellement, le développement d'une moitié de la commissure antéro-postérieure ?

Chiasma. — Huguenin : « .. il existe de cette façon entre les deux cornes d'Ammon une commissure tranversale, qui à proprement parler, aurait dû être décrite ci-dessus avec les autres commissures transversales du cerveau. »

D'autres auteurs admettent aussi une *commissure* des nerfs olfactifs, mais le *chiasma* n'existe chez eux qu'à l'état d'hypothèse et pour expliquer les cas d'anosmie croisée. Et même cette commissure, évidente chez les animaux à flair développé — osmatiques de Broca — n'est acceptée que sous bénéfice d'inventaire, et l'invention reste encore à faire. Meynert, Luys sont avec Broca les seuls, je crois, qui le considèrent comme un fait accompli. Huguenin est cité comme partageant cette opinion, quoiqu'il dise très explicitement : « Si nous cherchons les faisceaux antérieurs analogues (à ceux des animaux) dans le cerveau de l'homme, nous voyons que ces faisceaux sont fort petits et en rapport avec le peu de développement des nerfs olfactifs. *Ils n'ont, du reste, été trouvés jusqu'ici que par Meynert* : d'autres auteurs en ont nié l'existence d'une façon absolue. »

Edinger, après avoir admis la commissure qu'il reconnaît être très petite, ajoute qu'elle existe *peut-être.*

Je ne m'explique guère la note suivante de Ferré : « Le faisceau qui descend dans la paroi du septum lucidum s'étale sur la tête du noyau caudé, et entre en communication avec le noyau lenticulaire, la capsule interne et l'avant-mur. »

D'après Vicq d'Azyr, le faisceau originel du pilier antérieur peut être suivi par quelques fibres jusqu'au tœnia. Cruveilhier a vu cette anastomose, mais l'interprète autrement. Une bifurcation profonde du tænia « s'enfonce dans la couche optique, se porte d'arrière en avant, gagne le tubercule mamillaire, qu'elle forme en s'enflant, et se recourbe de bas en haut pour constituer le pilier antérieur. »

Lyre. — Foville estime que ce sont les émanations de la corne d'Ammon qui forment les cordes transversales de la lyre.

LUYS. — Le système commissurant des circonvolutions de l'hippocampe et des corps godronnés est représenté par cet ensemble de fibres délicates transversales, qui font saillie à la face inférieure du corps calleux et que l'on décrit communément sous le nom de lyre. »

Cloison transparente. — FOVILLE : « Si les côtés de la voûte sont formés de ces piliers, je crois que les parties de son milieu et celles qui l'unissent au corps calleux viennent des productions du septum lucidum. »

LUYS. — « La substance grise centrale forme d'avant en arrière plusieurs intumescences qui méritent d'être signalées:

« 1° C'est d'abord la substance grise de la cloison, située sur les parois de la cloison. Elle se propage plus ou moins haut autour des piliers et remonte quelquefois jusqu'au pourtour des noyaux antérieurs. Elle reçoit la racine grise olfactive, et son développement dans la serie des vertébrés est proportionnel au volume de cette racine, ce qui implique des rapports intimes avec l'olfaction. » CRUVEILHIER : « La couche médullaire (du septum) est composée de fibres radiées qui, des piliers de la voûte, se portent au corps calleux. »

Tubercules mamillaires. — LUYS «... Leur développement dans la série des vertébrés est proportionnel à celui de l'hippocampe. »

Faisceau sphénoïdal. — VICQ D'AZYR. «... La concavité de cette loge ou étui est formée dans quelques endroits de substance grise, et dans d'autres de substance blanche. Différentes plaques ou stries, composées de ces substances sont interrompues les unes par les autres.... En 11-11-12 sont des stries ou fibrilles, dont la direction et l'entrelacement varient beaucoup dans les différents sujets... C'est pour faire connaître la structure intime de cette loge ou étui de grands hippocampes que j'ai publié ce dessin. » Ce dessin indique en effet les fibrilles que je considère comme l'origine du faisceau supplémentaire sphénoïdal.

Les lames de la cloison transparente, la voûte et les piliers, le corps godronné et le corps bordant constituent la circonvolution concentrique interne (*gyrus marginalis internus*) de Schwalbe, laquelle est rattachée à la circonvolution concentrique supérieure par le crochet. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS

DEUX NOUVEAUX CAS D'ASTASIE-ABASIE;

Par le Dr L. Bonamaison,
Directeur de l'Institut hydrothérapique de Saint-Didier
(Vaucluse).

Le syndrome astasie-abasie, nettement différencié ces dernières années par le Dr Charcot, n'est probablement pas aussi rare qu'on l'a cru jusqu'ici. Les observations, sans être encore très nombreuses, se sont cependant multipliées depuis la publication du Dr Blocq, qui a attiré l'attention sur cette variété de paralysie motrice passée jusqu'alors inaperçue, ou plutôt confondue avec des états analogues.

A mesure que la notion s'en vulgarisera, le syndrome nouveau se retrouvera probablement assez fréquemment dans le domaine de l'hystérie. Il semble résulter en effet des observations publiées jusqu'à ce jour, que l'astasie-abasie doit être considérée comme une des modalités de la paralysie hystérique. M. Jaccoud, qui l'a observée le premier, la rencontre seulement dans l'hystérie; plus tard, Weir-Mitchell la décrit sous le nom d' « ataxie motrice hystérique »; enfin, la plupart des malades qui font le sujet des observations publiées par le Dr Blocq, sont des hystériques avérés, porteurs de stigmates ou de manifestations non équivoques de la névrose.

Plus récemment, le professeur Grasset publiait l'histoire d'un hystérique, qui présentait très nettement le syndrome astasie-abasie, et, dans une communication au congrès international de Berlin, le Dr Thyssen note la fréquence des stigmates hystériques chez les malades porteurs du nouveau syndrome.

Nous avons à notre tour observé deux cas très nets d'astasie-abasie; dans l'un l'hystérie est probable, dans le second, elle est manifeste et l'astasie-abasie ne s'y présente qu'à titre de complication.

Il ne s'agit donc point d'une maladie nouvelle, à évolution indépendante, mais bien d'une manifestation de la grande né-

vrose dont la symptomatologie est cependant déjà si riche et si complexe.

Observation Ire. — Mlle V...., quatorze ans, nous est adressée en décembre 1888 par le Dr Comte, de Ch.... (Loire).

Antécédents héréditaires. — Arthritisme et névropathie chez les grands parents (goutte, rhumatisme, asthme, etc.) Le père, très bien portant, est d'une taille et d'une force bien au-dessus de la normale. La mère est nerveuse, sujette à des névralgies et des migraines. Un frère de la malade (dix-sept ans) est asthmatique.

Antécédents personnels : — Rien de particulier pendant la première enfance. Depuis un an environ, gastralgie se produisant fréquemment, par crises et s'opposant pendant plusieurs jours à l'alimentation. Manifestations douloureuses diverses : rachialgie, hyperesthésie au niveau des orteils, douleurs articulaires qualifiées de rhumatisme par les parents. C'est à la suite d'une attaque de rhumatisme que se seraient produits les troubles moteurs qui ont déterminé le transport de cette malade à Saint-Didier.

Etat de la malade à son arrivée (décembre 1888). Mlle V... est petite pour son âge, mais très forte et puissamment charpentée. Bien que non encore menstruée, elle présente tous les caractères extérieurs de la puberté. Depuis plusieurs mois, elle éprouve, à intervalles réguliers, certains troubles locaux et généraux qui font présager la prochaine apparition de la fonction menstruelle. Cette jeune malade présente un état névropathique assez mal défini mais qui nous paraît proche parent de l'hystérie, malgré l'absence de crises nerveuses proprement dites. Nous constatons en effet chez elle de la rachialgie, de l'hyperesthésie cutanée, de la gastralgie, etc., etc. Depuis deux mois, elle ne peut ni se tenir debout, ni marcher. A l'examen, les membres inférieurs ne présentent rien d'anormal, si ce n'est un certain degré d'hyperesthésie surtout localisée au niveau des orteils. Les réflexes sont intacts; il n'y a jamais eu de contractures. Couchée, la malade jouit de la liberté de tous ses mouvements et la force musculaire est à peu près normale dans cette position. Assise le plus souvent sur le tapis de sa chambre, notre jeune malade se traîne sur les mains et les genoux d'un bout à l'autre de l'appartement. Si on la relève, elle s'affaisse dès qu'on l'abandonne; il lui est impossible de faire un pas.

Mlle V... fut soumise au traitement hydrothérapique. Au bout de quelques jours déjà, elle pouvait, en s'appuyant avec les mains, se relever seule et sauter loche-pied d'une chaise à l'autre. Peu à peu, les mouvements devinrent plus faciles et au bout d'un mois de traitement, la malade courait dans les jardins et s'amusait avec les enfants de son âge.

Une première apparition menstruelle eut lieu pendant le traite-

ment et tout paraissait rentrer dans l'ordre, quand la malade quitta l'établissement.

Pendant l'hiver dernier, Mlle V... eut une atteinte assez sérieuse d'influenza qui fut suivie de la rougeole; pendant la convalescence, l'impotence motrice reparut. Une seconde cure faite au printemps dernier rétablit bientôt l'état normal et la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Observation II. — Mlle P..., dix-neuf ans. C'est une jeune fille forte et bien constituée.

Antécédents héréditaires : Consanguinité chez les ascendants directs (le père et la mère étaient cousins). Le père est mort d'une affection hépatique; la mère a une santé délicate; une sœur de la malade a eu quelques crises nerveuses; un de ses frères est arriéré. Nous avons soigné une cousine germaine de cette malade qui était atteinte d'hystérie gastrique.

Antécédents personnels. — Réglée à treize ans, Mlle P... a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de seize ans. A cette époque, à la suite des fatigues et des émotions causées par la maladie et la mort de son père, apparaissent les premiers phénomènes nerveux : modifications du caractère, crises convulsives, d'abord espacées, puis de plus en plus fréquentes. Ces crises se produisent par séries et durent parfois des journées entières. Enfin, depuis quatorze mois, un nouveau phénomène est venu compliquer la situation de cette malade; c'est l'impossibilité absolue de se tenir debout et de marcher. Cette impotence fonctionnelle a disparu subitement à plusieurs reprises pour reparaître après un certain temps.

Etat de la malade à son arrivée à Saint-Didier (juillet 1890). Mlle P... se tient indistinctement couchée ou assise sur son lit ou sur une chaise longue. En dehors des attaques convulsives, elle n'éprouve aucun malaise et se trouverait très bien si elle avait l'usage de ses membres inférieurs. Depuis six mois environ, l'impotence motrice a reparu pour ne plus disparaître. Nous constatons une légère hémianesthésie droite et l'existence de plusieurs zones hystérogènes; ovarienne et sous-mammaire droite; une zone symétrique sous-mammaire gauche. La malade se plaint en outre d'une douleur assez vive le long de la colonne vertébrale, surtout à la région lombaire. L'appétit est capricieux, le sommeil assez bon. La menstruation est régulière, mais la période menstruelle est toujours l'occasion d'une recrudescence des phénomènes nerveux.

Les attaques d'hystérie que présente cette malade, se rattachent au type classique de la grande attaque hystérique, avec prédominance de la période de clownisme. Nous n'insistons pas sur la description de ces attaques, qui n'offrent qu'un intérêt secondaire, pour nous occuper de l'état des membres inférieurs dans lequel réside tout l'intérêt de cette observation.

De prime abord, nous avons cru à l'existence d'une paraplégie hystérique vulgaire, mais un examen plus attentif nous a démontré que nous étions en présence d'un cas type d'astasie-abasie. Les membres inférieurs de cette malade ne présentent, en effet, ni atrophie ni contracture. Les réflexes tendineux sont conservés; il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Du côté de la sensibilité, nous constatons un certain degré d'hyperesthésie. Le sens musculaire est intact, la malade assise ou couchée peut déplacer ses membres avec facilité, fléchir les jambes sur les cuisses, les étendre, etc., etc.

Si on essaye de faire lever la malade, même avec le secours de deux aides, elle fléchit sur ses jambes et s'effondre complètement si on l'abandonne à elle-même. La station debout et la marche sont par conséquent impossibles.

Notre diagnostic d'astasie-abasie nous paraît donc bien établi; il se confirme chaque jour, à mesure que nous observons cette malade. Nous la voyons, à plusieurs reprises, marcher à quatre pattes, pour atteindre des objets placés loin d'elle, et, dans une soirée, battre la mesure avec le pied et agiter vivement ses jambes, tandis qu'elle voit danser des jeunes filles de son âge.

L'impotence motrice porte donc bien uniquement sur les mouvements associés de la station debout et de la marche, tous les autres mouvements étant parfaitement conservées.

Après un certain temps de traitement, Mlle P... commence à marcher appuyée sur deux aides. On dirait que l'éducation de la marche est à refaire; les pieds se détachent du sol avec difficulté; la malade fait de tous petits pas, le corps incliné en avant, comme une enfant qui apprend à marcher. Les progrès sont cependant rapides au début, mais bientôt la malade accuse des douleurs lombaires plus vives qu'elle attribue à la fatigue et la marche devient de nouveau impossible. Les attaques d'hystérie se sont espacées et ont fini par disparaître, tandis que l'astasie-abasie, en tant que localisation déjà ancienne de la névrose, persiste avec des alternatives d'impotence complète et de retours à l'état normal.

Les deux observations qui précèdent, nous paraissent devoir être considérées comme deux cas types d'astasie-abasie. Elles répondent en effet, l'une et l'autre, au complexus symptomatique décrit par Blocq.

Nous retrouvons, chez nos deux malades, l'impotence absolue pour les mouvements associés de la station debout et de la marche, coïncidant avec l'intégrité de l'énergie musculaire et de la coordination motrice appliquées à d'autres mouvements des membres inférieurs, même assez complexes, tels que ceux qu'exige le fait de battre la mesure avec le pied, suivant un rythme marqué (Observ. II).

Chez la malade de l'Observation Ire, l'astasie-abasie paraît être la manifestation la plus importante d'un état hystériforme développé chez une héréditaire, à l'occasion de l'établissement de la fonction menstruelle. La malade de l'Observation II, est une hystérique en pleine puissance de névrose et l'astasie-abasie n'apparaît chez elle qu'à titre de complication.

Au point de vue de l'étiologie, ces deux observations viendraient donc à l'appui de l'opinion émise par Charcot et Blocq, que l'astasie-abasie est un trouble de nature hystérique.

Quant au pronostic, il nous paraît être celui de toutes les manifestations hystériques, tantôt fugaces et intermittentes, par suite, faciles à modifier; tantôt au contraire plus stables et rebelles aux traitements les mieux appropriés.

REVUE CRITIQUE

L'ÉPILEPSIE CORTICALE;

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET ANATOMO-CLINIQUES DE L'ÉCOLE ITALIENNE,

Par Jules SOURY,

Maître de conférences à l'École pratique des Hautes-Études.

I.

L'étude expérimentale et clinique que les Italiens ont faite de l'épilepsie corticale a produit toute une littérature. Dans aucun pays, la théorie corticale de l'épilepsie n'a rencontré de plus nombreux et de plus ardents défenseurs. Mais, toujours fidèles à cet éclectisme éclairé et sage qui fait le fond de l'esprit scientifique de la plupart des Italiens, ils n'ont point banni absolument la théorie bulbaire: ils se sont efforcés de la concilier avec les faits nouveaux, et, en raison sans doute de ses longs services, ils lui ont conféré une sorte d'honorariat.

L'étude des convulsions partielles déterminées par l'excitation de l'écorce, appartient au même titre que celle des réactions

motrices simples, des phénomènes de parésie ou de paralysie d'origine corticale, au chapitre des fonctions motrices du cerveau. Les paralysies de la motilité et de la sensibilité, non seulement transitoires (paralysies motrices et sensitives post-épileptiques), mais permanentes, sont d'ailleurs très souvent associées à l'épilepsie jacksonienne. Tantôt les convulsions précèdent ces paralysies permanentes (c'est le cas ordinaire), tantôt les paralysies précèdent les convulsions, tantôt des phénomènes convulsifs et paralytiques apparaissent simultanément dans des régions différentes du corps. Une lésion destructive des deux tiers supérieurs des circonvolutions centrales, par exemple, peut abolir les fonctions sensitivo-motrices de ces parties et, en même temps, déterminer une lésion irritative du tiers inférieur de ces circonvolutions. Il en résultera simultanément : 1° une paralysie des membres ; 2° des convulsions de la face. Quant à la nature des lésions qui, chez l'homme, produisent ces convulsions, Seppilli a trouvé, dans les deux tiers des cas, des néoplasies, plus rarement des méningo-encéphalites, des ramollissements et des hémorrhagies. Le médecin du manicome d'Imola estime aujourd'hui que l'épilepsie partielle peut être aussi bien la conséquence d'une lésion anatomique organique de l'écorce que l'effet d'une lésion purement dynamique ou fonctionnelle.

Hitzig vit le premier, avec Fritsch (1870), que l'excitation électrique de l'écorce cérébrale peut provoquer des accès convulsifs sur le côté opposé du corps [1] ; ces accès débutaient par la contraction musculaire correspondant au point irrité et pouvaient s'étendre aux deux moitiés du corps. Quelques années après, Hitzig constatait que plusieurs des animaux qui avaient survécu aux opérations pratiquées pour déterminer les points moteurs du cerveau, présentaient de véritables accès d'épilepsie. « L'excitabilité de l'écorce, voilà la condition nécessaire et suffisante du phénomène. Selon que cette excitabilité s'exalte

[1] David Ferrier, on le sait, entreprit ses premières expériences dans le but de vérifier et de démontrer la justesse de vues de Hughlings Jackson sur la pathogénie de l'épilepsie, de la chorée et de l'hémiplégie. L'étude des convulsions épileptiformes unilatérales et partielles avait amené H. Jackson à conclure qu'elles étaient dues à l'irritation de certaines circonvolutions de l'hémisphère cérébral opposé, relié fonctionnellement au corps strié et en rapport avec les mouvements musculaires. D. Ferrier, *Experim. Researches in Cerebr. Physiology and Pathology.* — West Riding Lunatic Asylum Reports, 1873.

ou diminue, l'intensité et l'extension des convulsions varient[1]. »

La propriété épileptogène de l'écorce cérébrale, Albertoni avait cru pouvoir la localiser à la circonvolution postcruciale du chien ; là était la région de l'écorce dont l'excitation, même avec un courant très faible, détermine l'explosion d'un accès caractérisé : perte de conscience, convulsions toniques et cloniques, dilatation des pupilles, salivation, morsure de la langue, émission d'un cri, suivis d'obtusions, de vertiges ou de délires postépileptiques avec hallucinations. L'excitation des autres points de l'écorce ou ne provoquait pas d'accès, ou exigeait un courant d'une intensité et d'une durée beaucoup plus grandes, si bien que l'effet en pouvait être attribué à des phénomènes de diffusion et de propagation du stimulus à la véritable zone épileptogène. Cette zone était constituée par un grand nombre (molti) des centres excitables du cerveau découverts par Fritsch et Hitzig. Quels rapports soutenait cette zone épileptogène avec le reste de l'encéphale? Albertoni l'avait trouvée en connexion directe et unique avec les pédoncules cérébraux et leurs expansions. Après l'ablation de la zone épileptogène, il déterminait des accès d'épilepsie en excitant les faisceaux pédonculaires. Aussi l'écorce du cerveau n'était pas, pour Albertoni, un centre autonome de l'épilepsie, mais un centre d' « incidence ». En d'autres termes, les épilepsies d'origine corticale sont *réflexes*. Du cerveau part simplement l'excitation capable de mettre en jeu les *vrais centres moteurs*, probablement situés à la base et dans le bulbe, ca-

[1] Luciani et Seppilli. *Die Functions-Localisation*, p. 337 de l'édit. allem. seulement. Seppilli, après Albertoni et Tamburini, range sous les trois chefs suivants les modifications de l'excitabilité de l'écorce cérébrale : 1° le chloroforme, l'éther, le bromure de potassium, l'alcool, la réfrigération locale de la surface du cerveau (pulvérisation d'éther, etc.), diminuent l'excitabilité corticale jusqu'à la faire disparaître et arrêtent, par conséquent, la production de l'accès ; 2° l'absinthe, l'atropine, la cinchonidine, la picrotoxine, les processus inflammatoires de l'écorce, exaltent au contraire l'excitabilité corticale et favorisent ou provoquent l'accès ; 3° l'électricité, pourvu que les courants continus ou induits aient une intensité et une durée suffisantes, variables naturellement avec les animaux et les points de l'écorce excités, est le moyen le plus efficace d'irritation de l'écorce, et partant de production d'accès épileptiques. Certaines excitations mécaniques sont également capables de déterminer des convulsions (Franck et Pitres). Enfin, les irritations pathologiques, les traumatismes cérébraux, les lésions irritatives de la zone motrice provoquent la fonction épileptogène de l'écorce.

pables de provoquer bilatéralement les convulsions. Albertoni s'était même appuyé sur ces considérations pour affirmer, touchant la nature fonctionnelle des centres corticaux du mouvement, que ce ne sont pas de vrais centres moteurs autonomes, qu'ils ne provoquent des mouvements que par action réflexe, et que cette action s'exerce sur d'autres centres nerveux véritablement moteurs [1].

Dario Maragliano nia des premiers, au point de vue anatomo-clinique, l'existence de la zone épileptogène d'Albertoni [2]. De leur côté, Luciani et Tamburini écrivaient en 1878 : « Il n'y a de nouveau, dans le travail d'Albertoni, que le nom de « zone épileptogène » donné à la zone motrice des extrémités antérieures et postérieures de Hitzig et de Fritsch. » Déjà dans le Mémoire composé avec Tamburini, en 1878, sur les *Centres psycho-moteurs corticaux*, Luciani avait étudié l'épilepsie partielle déterminée artificiellement chez les animaux par l'excitation du cerveau et établi que, loin d'être confinée à une zone spéciale, la propriété épileptogène de l'écorce s'étendait à toutes les aires excitables.

La même année, il revint d'une façon spéciale sur le même sujet, dans un travail qui a fait époque, et publia les thèses suivantes : 1° la pathogénie de l'épilepsie, quel que soit son type, consiste dans un état anormal d'irritation ou de tension de l'écorce cérébrale, capable de troubler, sous forme de paroxysme, la fonction des centres psycho-moteurs ; 2° cet état peut se produire simultanément sur tout le système cortical, se localiser en un point circonscrit de la zone motrice, ou se propager d'un point au reste de l'écorce cérébrale ; 3° si l'excitation est suffisamment diffuse et intense, c'est la forme classique de l'épilepsie qui apparaît ; les convulsions toniques et cloniques débutent presque à la fois dans les divers groupes musculaires représentés dans les centres corticaux ; la sensibilité et la conscience sont temporairement suspendues ; 4° si l'excitation est circonscrite à un des centres psycho-moteurs, l'épilepsie peut consister en convulsions

[1] *Influenza del cervello nella produzione dell' epilessia. — Archivio ital. per le mal. nerv.*, 1876, 355 sq. C.-R. des recherches expérimentales exécutées dans le Cabinet de physiologie de l'Université de Sienne, dirigé par le prof. Pierre Albertoni.

[2] *Le localizzazioni motrici nella corteccia cerebrale... — Riv. sperim. di freniatria*, 1878, p. 25.

simples, limitées au seul muscle ou groupe de muscles correspondant au centre cortical lésé ; 5° si l'excitation de l'écorce s'étend d'un point initial à une partie ou à l'ensemble de la zone motrice, l'accès convulsif intéressera successivement les divers groupes musculaires dans l'ordre même où évolue le processus épileptogène dans les centres correspondants de l'écorce. La marche de l'accès d'épilepsie corticale suit une voie prédéterminée par la disposition anatomique des différents centres moteurs du cerveau. Bref, l'écorce cérébrale, et en particulier la zone motrice, est pour Luciani l'organe central des convulsions épileptiques. L'excitation morbide, directe ou indirecte, de cette zone, est la cause essentielle du processus. L'excitation morbide de la moelle allongée n'est qu'une cause accessoire et sans doute complémentaire, mais non nécessaire de ce processus.

Ne convient-on pas que ce qui caractérise l'accès d'épilepsie généralisée, c'est l'abolition complète de la conscience ? Or cette suppression de la conscience indique assez que le point de départ de l'accès est bien dans l'écorce cérébrale et que, contrairement à l'ancienne doctrine, le bulbe n'y prend part que secondairement. Les centres corticaux vaso-moteurs, dont l'excitation détermine, avec l'anémie cérébrale, la perte de conscience, coïncident précisément avec ceux de la zone motrice de l'écorce (Eulenburg et Landois). L'excitation cérébrale n'est donc pas circonscrite aux centres d'innervation motrice des muscles : elle atteint les centres vaso-moteurs qui se trouvent localisés dans les mêmes aires corticales. De là, l'excitation peut se transmettre aux centres vaso-moteurs du bulbe, mais toujours secondairement, et ainsi peuvent s'expliquer tous les phénomènes vaso-moteurs de l'accès d'épilepsie (pâleur, cyanose, perte de connaissance)[1].

Telle était, dès 1878, et telle est encore pour Luciani la pathogenèse corticale de l'épilepsie. Albertoni[2], Morselli[3],

[1] Luciani. *Sulla patogenesi della epilessia. Studio critico-sperimentale. Riv. speriment di freniatria*, 1878. Et réponse de Luciani à Morselli p. 31 de la *Communication* au 3e congrès de phréniatrie de Reggio (1880), sur le même sujet.

[2] Tout en reconnaissant fondées les critiques de Luciani contre la doctrine de l'existence d'une zone épileptogène, Albertoni conteste que l'écorce soit le centre exclusif des convulsions épileptiques, encore que, dans un grand nombre de cas, elles soient d'origine corticale. *Contributo alla patogenesi dell' épilessia. — Annali univers. di medicina*, vol. 249.

[3] *Patogenesi dell' epilessia. Sugli accessi epilettiformi consecutivi a*

Pitres et Franck surtout, dont les expériences sur ce sujet datent de 1877, objectaient à la nouvelle doctrine qu'en dépit de son importance dans la production du phénomène, l'écorce ne devait pas être considérée comme l'organe central des convulsions, qu'elle n'en était que le point de départ, au même titre que les surfaces sensibles périphériques dans l'épilepsie réflexe; la zone motrice ne faisait que donner le signal de l'attaque en provoquant la suractivité des vrais centres moteurs, des « véritables organes producteurs des convulsions et des agents de leur généralisation », c'est-à-dire, sans doute, des ganglions de la base, du bulbe et de la moelle. Cette interprétation des faits n'était pas celle de Luciani qui, convaincu de la genèse essentiellement corticale de l'épilepsie, répondait : « Affirmons une fois de plus que les aires corticales, dont l'excitation meut certains groupes musculaires, et dont la destruction entraîne la paralysie, sont de vrais centres moteurs, et non simplement des centres qui ne provoqueraient des mouvements qu'en agissant sur d'autres centres véritablement moteurs, situés dans d'autres régions du système nerveux central. » Non seulement l'épilepsie a toujours pour sphère essentielle l'écorce cérébrale : elle est toujours *directe*, jamais réflexe.

Deux ans plus tard, au congrès de phréniatrie de Reggio d'Emilie (1880), Luciani, après avoir insisté sur les effets épileptogènes des lésions destructives de l'écorce et des traumatismes cérébraux, effets dus au tissu fibreux cicatriciel remplaçant les pertes de substance, apportait un grand nombre d'observations de transmission héréditaire d'épilepsie corticale[1]. Brown-Séquard avait démontré la transmission hérédi-

lesioni traumatiche dei lobi anteriori... — *Sperimentale*, 1877. Cf. *Arch. ital. per le mal. nerv.*, 1881, 230.

[1] Luciani. — *Sulla epilessia provocata da traumatismi del capo e sulla trasmissione ereditaria della medesima.* Comunicazione orale. *Archiv. ital. per le mal. ner.* 1881, 206 sq. Cinquante chiens opérés des régions psycho-motrices ou psycho-sensorielles de l'écorce, c'est-à-dire des régions fronto-pariétales ou pariéto-occipitales, devinrent *tous*, les uns plus tôt, les autres plus tard, et jusqu'à un an et demi après l'opération, épileptiques (écume, convulsions cloniques d'abord circonscrites, puis généralisées à tous les membres). Luciani avoue que, lorsqu'il publia son mémoire: *Sulla patogenesi della epilessia*, ces faits d'épilepsie traumatique lui semblaient une éventualité rare et peut-être exceptionnelle. Ce qu'il considérait comme l'exception, était devenu pour lui la règle. « Ainsi, écrit-il, les chiens mutilés d'un segment quelconque du cerveau sont tôt ou tard sujets à des accès épileptiques progressivement croissants en intensité et en fréquence jusqu'à la mort. » P. 209.

taire de l'épilepsie d'origine périphérique. Luciani établit que des chiens nés de parents ayant subi des lésions circonscrites de la zone motrice, treize et neuf mois auparavant, mais qui n'avaient jusqu'alors présenté aucun accès convulsif, — avaient hérité d'une prédisposition à l'épilepsie qui se manifesta par des accès généraux bien caractérisés, quelques semaines après la naissance, par exemple chez cinq chiens survivant de la même portée [1]. Ainsi, une prédisposition à l'épilepsie pouvait être transmise héréditairement par des parents qui, sans être eux-mêmes épileptiques, avaient subi des pertes de substance de l'écorce cérébrale. Chez d'autres animaux (chats), l'épilepsie corticale elle-même, et non plus la simple prédisposition, a été transmise directement.

Aujourd'hui, Luciani formule ainsi sa théorie corticale de l'épilepsie, théorie nullement exclusive, d'ailleurs, nous l'avons dit, puisque ce physiologiste ne nie point la participation active de la moelle allongée dans la marche ordinaire du développement de l'accès :

1° Les accès uni ou bilatéraux d'origine corticale épargnent, dans les parties du corps qu'ils envahissent, les groupes musculaires dont les centres moteurs ont été détruits. Ce fait, qui est la pierre d'angle de la « théorie corticale », d'abord signalé par Luciani, a été vérifié bien souvent par Pitres et par Franck, par Unverricht, par Novi (dans le laboratoire de Florence);

2° A la phase initiale de l'accès, l'extirpation des centres moteurs préalablement excités peut arrêter les convulsions (Heidenhain, Munk, Novi).

Deux élèves distingués de Luciani, A. Rovighi et G. Santini, ont publié des études expérimentales et critiques sur les convulsions épileptiques d'origine toxique. Instituées dans le laboratoire de physiologie de Florence, ces recherches ont eu surtout pour objet de reprendre et de vérifier les expériences de Chirone et de ses collaborateurs, Curci et Testa, sur les effets épileptogènes de la cinchonidine et de la picrotoxine [2].

Ces jeunes chiens moururent quelques jours après, les accès augmentant de fréquence et de durée. Seppilli, qui en fit l'autopsie, ne trouva ni lésion organique appréciable du cerveau, ni anomalie de développement, ni asymétrie. *L. L.*, p. 211.

[2] Rovighi et Santini. *Sulle convulsioni epilettiche per veleni.* Ricerche critico-sperimentali... fatte nel laboratorio di fisiologia diretto dal prof. Luciani. Pubblicazioni del R. Istituto di studi superiori... in Firenze. — Firenze, 1882.

Chirone avait cru pouvoir conclure de ses expériences sur des pigeons que ces substances déterminaient des accès d'épilepsie en agissant l'une sur l'écorce cérébrale, l'autre sur le bulbe et la moelle. La différence du siège d'élection de ces poisons expliquait les formes différentes des convulsions, cloniques dans un cas, toniques dans l'autre. En somme, Chirone ressuscitait et maintenait la distinction entre l'épilepsie corticale et l'épilepsie bulbaire. Après Albertoni [1], Rovighi et Santini ont fait évanouir ce qu'il y avait de spécieux dans les expériences de Chirone. A la dose minima de 1 à 2 milligrammes de picrotoxine et de 14 centigrammes de sulfate de cinchonidine pour chaque kilogramme du poids de l'animal, en injection hypodermique, ces auteurs ont pu provoquer des accès convulsifs complets, mais sans noter aucune différence dans l'action des deux substances. L'intensité moindre des effets de la cinchonidine explique les différences que Chirone avait cru observer. Sans nier que ces poisons, répandus dans la circulation, agissent sur le bulbe et la moelle épinière, Rovighi et Santini soutiennent que cette action est secondaire, tandis que l'écorce cérébrale est primitivement atteinte. Si les centres moteurs du bulbe subissaient les premiers l'action convulsivante de ces poisons, les convulsions, au lieu d'affecter successivement les différents groupes musculaires, seraient d'emblée générales. De même, et à plus forte raison, si la moelle épinière était d'abord atteinte, les contractions seraient toniques et générales, elles ne seraient point cloniques ni limitées au début à certains groupes de muscles. Enfin, ce qui achève de prouver que la cinchonidine et la picrotoxine excitent primitivement, comme tant d'autres poisons de l'intelligence, la substance grise de l'écorce cérébrale, et en particulier les centres moteurs, ce sont les trois arguments suivants, qui résultent bien des expériences : 1° avant de se propager et de devenir générales, les convulsions débutent par des groupes musculaires circonscrits, comme dans l'épilepsie expérimentale et la forme clinique de l'épilepsie partielle; 2° ces convulsions, accompagnées de perte de connaissance, sont suivies d'un véritable délire postépileptique; 3° elles sont de plus en plus frustes à mesure que, descendant l'échelle zoolo-

[1] *Azione di alcune sostanze medicamentose sull' eccitabilità del cervello e contributo alla terapia dell'epilessia.* — Sperimentale, 1881. Albertoni a expérimenté, non pas sur des pigeons, et pour cause, mais sur un singe et sur des chiens.

gique, l'importance des centres moteurs corticaux va en diminuant. Ces études expérimentales d'épilepsie toxique témoignent donc hautement, comme les recherches de Luciani sur la pathogénèse de l'épilepsie, en faveur de la théorie corticale.

II

Les accès d'épilepsie partielle sont-ils toujours déterminés par des lésions circonscrites de l'écorce cérébrale, ainsi qu'on le suppose d'ordinaire? Seppilli, dans une *note clinique* publiée en 1888, a cité quatre cas dans lesquels les accès convulsifs avaient bien les caractères de l'épilepsie partielle (monospasme brachial, facial, etc.), où l'on ne trouva, à l'autopsie, aucune lésion organique de l'écorce cérébrale, mais seulement une méningite chronique diffuse sans adhérences de l'écorce avec les méninges. Ce serait donc une erreur de croire que, chaque fois qu'on observe l'épilepsie partielle, il doit exister une lésion organique de l'écorce cérébrale (adhérences, ramollissement de l'écorce, néoplasie). Dans les cinquante cas d'épilepsie partielle qu'il a recueillis, Seppilli a toujours noté, il est vrai, des lésions de l'écorce, mais c'est que, selon lui, les observateurs n'ont publié que des cas où des lésions bien nettes se rencontraient à l'autopsie. La vérité est que la lésion qui provoque l'épilepsie partielle peut être de nature organique ou fonctionnelle [1]. Dans les quatre cas de Seppilli, la cause prochaine des accès aurait bien toujours été, conformément à la théorie de Luciani, un état d'irritation des centres moteurs corticaux. Seulement ce n'était pas une lésion organique qui avait déterminé l'affection, mais sans doute certains changements survenus dans les cellules de l'écorce par suite de ces désordres circulatoires qu'on observe chez les déments paralytiques. De nouvelles observa-

[1] Seppilli. — *L'epilessia corticale.* Reggio-Emilia, 1884. — *Studio anatomico-clinico e dottrina intorno all' epilessia d'origine corticale.* Reggio-Emilia, 1886. — Ces deux importantes publications sont devenues la troisième partie du ch. II de la IIe section de l'édition allemande du livre de Luciani et de Seppilli sur les *localisations fonctionnelles de l'écorce cérébrale.* V. encore *Sullo spasmo clonico della lingua. Nota clinica* (Riv. speriment. di freniatria, 1885, 476). — *Contributo al significato semiologico dell' epilessia parziale. Nota clinica* (Riv. speriment. di fren., 1888, 274 sq.) Cf. *La chirurgia cerebrale* (Riv. speriment. di fren., 1889, p. 26.)

tions de D. Ventra ont confirmé ces vues de Seppilli[1]. A côté du complexus symptomatique de la paralysie générale progressive, des accès d'épilepsie jacksonienne s'étaient produits ; pourtant à l'autopsie on ne découvrit aucune lésion en foyer, mais une méningite diffuse, sans adhérences des méninges avec l'écorce. Donc, l'épilepsie partielle, loin d'être un symptôme exclusif d'une lésion organique, et plus spécialement d'une néoplasie, peut exister sans lésions en foyers appréciables, et dépendre d'une lésion purement fonctionnelle, — ce qui n'est, à la vérité, qu'une manière de parler, car toute lésion fonctionnelle paraît bien impliquer une altération de la nutrition des tissus nerveux (Gowers).

N'importe quelle région de l'écorce peut-elle provoquer, sous l'action d'une excitation suffisante, un accès d'épilepsie partielle ou générale? Nous avons vu que l'hypothèse d'Albertoni n'avait trouvé aucun écho, et que, pour la plupart des auteurs italiens[2], la zone épileptogène s'étend à toute la zone motrice, c'est-à-dire aux centres des extrémités, de la face, de la nuque et du tronc. Mais il faut ajouter que, d'après ces auteurs mêmes, l'excitabilité de différents points de cette zone est loin d'être uniforme. C'est ainsi que Luciani et Tamburini ont observé (1878) que le courant le plus faible, capable de provoquer une réaction motrice des membres, est incapable de déterminer une réaction du même genre dès qu'on l'applique aux centres de la nuque et de la tête. Les centres les plus excitables sont ceux qui correspondent aux muscles les plus habituellement mis en mouvement. Inversement, les centres qui perdent le plus rapidement leur excitabilité sont les plus excitables. Les aires motrices des extrémités perdent donc leur excitabilité avant ceux de la face, qui résistent les derniers. On sait en outre que, si l'épilepsie jacksonienne est bien le résultat de décharges des éléments moteurs de l'écorce cérébrale, les lésions irritatives qui provoquent ces décharges peuvent siéger, soit aux confins, soit en dehors des zones motrices proprement dites. Dans le premier cas, écrit M. le pro-

[1] D. Ventra. *Sul valore semiologico della epilessia jacksoniana. Nota clinica.* — (Il manicomio mod. 1888, IV, 81.)

[2] Fenoglio (Cagliari). *Epilessia, lesione della zona motrice destra ; trepanazione.* — *Lo Sperimentale*, déc. 1884. Cf. *Arch. per le mal. nerv.* 1885, 83 : « La zone dite motrice chez l'homme peut être aussi considérée comme épileptogène. »

fesseur Pitres[1], les phénomènes épileptoïdes seront représentés seulement par des troubles de la motilité (épilepsie jacksonienne exclusivement motrice) : la démonstration anatomo-clinique est faite. Dans le second cas, ces phénomènes seront caractérisés par des troubles de la sensibilité générale et spéciale et de l'intelligence, avec ou sans convulsions concomitantes, selon le siège et l'étendue des lésions provocatrices, mais ici la démonstration anatomo-clinique n'est pas encore faite.

Luciani et Tamburini avaient, dès leurs premières expériences, déterminé des accès épileptoïdes en excitant les régions de l'écorce qui, pour Ferrier, étaient les centres de la vision et de l'audition mentales. Albertoni de même. On se rappelle que l'excitation du gyrus angulaire répond au stimulus électrique par des mouvements des bulbes oculaires et des paupières, et que, loin de voir, dans ces réactions motrices, des mouvements réflexes provoqués par des sensations subjectives, les auteurs italiens les ont considérées comme résultant de l'excitation directe des centres moteurs spéciaux, contenus dans le gyrus angulaire, des muscles oculo-palpébraux.

Unverricht, dans ses *Recherches expérimentales et cliniques sur l'épilepsie* (1883), avait montré aussi qu'on peut provoquer des accès d'épilepsie en excitant les régions postérieures du cerveau en rapport avec le centre de la vision. Récemment, il a repris ce sujet et émis l'opinion que ces régions possèdent des propriétés épileptogènes[2]. François Franck et Pitres (1883), Danillo, Rosenbach, ont tous produit des accès d'épilepsie en excitant le lobe occipital. Pour être efficace, l'excitation portée sur cette région doit être plus intense que sur la zone motrice; les accès convulsifs sont moins forts et apparaissent surtout très tardivement (40 à 60 secondes après le passage du courant). Comme, après l'ablation de la zone motrice, les excitations du lobe occipital ne provoquent plus de convulsions, on en conclut que les accès résultent de la propagation du processus à la zone motrice. Mais, d'accord sur les faits, les auteurs diffèrent quant à leur interprétation.

Voici les résultats généraux des recherches faites par Danillo

[1] A. Pitres. — *Etude sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou jacksonienne.* — *Rev. de méd.*, 1888, 609 sq.

[2] *Die Beziehungen der hinteren Rindengebiete zum epileptischen Anfall.* — Deutsches. Arch. f. Klin. Med. 1888.

dans le laboratoire de Munk, et présentés par ce savant à la Société physiologique de Berlin, le 26 octobre 1883 : 1° l'excitation électrique des régions motrices suffisante pour provoquer des convulsions épileptiformes, ne suffit pas lorsqu'on l'applique aux régions occipitales; 2° ce n'est qu'avec des courants d'une plus grande intensité et d'une plus longue durée que l'épilepsie suit l'excitation de la sphère visuelle de Munk; 3° l'ablation de l'écorce de la zone motrice met fin aux convulsions; celle de la sphère visuelle ne met pas fin aux convulsions. L'excitation portée sur les régions occipitales se propage horizontalement à travers l'écorce, non par les ganglions de la base. Un autre disciple de Munk, Ziehen, a noté que, pour la production des accès consécutive à l'excitation du lobe occipital, la durée est plus importante que l'intensité du courant. Il ne lui a pas échappé que le seul fait qu'on pourrait faire valoir en faveur de l'hypothèse d'Unverricht, c'est que les accès d'épilepsie sont souvent précédés d'hallucinations de la vue.

Le nom de Danillo rappelle encore de remarquables observations d'hypertrophie des cellules nerveuses de l'écorce, surtout des grandes cellules pyramidales, de la névroglie et des vaisseaux, dans l'épilepsie partielle. Depuis, la théorie de la *sclérose névroglique* dans l'épilepsie « essentielle » a été soutenue avec éclat, on le sait, par M. Chaslin[1].

Après Danillo et Munk, Rosenbach s'élève contre la prétendue propriété épileptogène autonome que Unverricht semble accorder aux lobes occipitaux[2].

Unverricht soutient que de pures affections locales (tumeurs, abcès) des régions postérieures du cerveau, peuvent naître, sans action à distance, des accès convulsifs, et que l'excitation des mêmes régions peut même déterminer des accès d'épilepsie *unilatérale* lorsque, sur l'hémisphère excité, les centres moteurs ont été enlevés, Mais comme les convulsions se limitent, dans ce cas, aux groupes musculaires innervés par la région motrice laissée intacte, il ne peut toujours être question que d'une action à distance. Aussi bien, suivant les nouvelles expériences de Rosenbach, entreprises pour contrôler celles

[1] Comptes rendus de la Société de biologie, 2 mars 1889. — Cf. Pierre Marie. *Note sur l'étiologie de l'épilepsie.* — *Progrès médical*, 1888, 333, et les remarquables travaux de M. Bourneville et de ses élèves.

[2] Rosenbach. — *Zur Frage über die « epileptogene Eigenschaft » des hinteren Hirnrindengebietes.* — *Neurol. Centralbl.*, 1889, 1er mai

d'Unverricht, après l'ablation *bilatérale* des centres moteurs de l'écorce, l'excitation des régions postérieures du cerveau ne provoque pas de convulsions. Seule, la déviation latérale des yeux persiste encore dans ce cas lorsqu'on excite un certain point de la sphère visuelle de Munk. En somme, Unverricht n'a pas démontré que l'excitation de ces régions puisse, sans irradiation aux éléments moteurs, produire des accès convulsifs : le lobe occipital n'a pas de « propriété épileptogène » spéciale.

Luciani qui, d'après les théories, exposées en commun avec Tamburini, sur l'existence probable de centres moteurs confondus avec les centres sensoriels de l'écorce, pourrait pousser bien plus loin qu'Unverricht les conséquences de cette doctrine, admet pourtant aujourd'hui que la fonction épileptogène de l'écorce appartient exclusivement aux centres moteurs. En d'autres termes, il adopte les résultats expérimentaux bien connus de Pitres et Franck, de Rosenbach, de Danillo, sur ce sujet.

C'étaient au contraire des remarques originales que celles qu'ont faites, après Albertoni, Luciani et Tamburini sur les différents états consécutifs aux accès d'épilepsie corticale chez les animaux. Tantôt, pris d'un violent état d'agitation, de manie impulsive, de fureur et de délire, ils couraient sans repos comme poussés par une force irrésistible, ils donnaient de la tête contre les obstacles, se heurtaient aux objets et paraissaient en proie à des hallucinations terrifiantes. Dans d'autres cas, ils tombaient au contraire dans un tel état d'épuisement et de torpeur qu'ils ne réagissaient plus qu'avec peine; incapables de se tenir debout, ils présentaient une parésie des membres du côté opposé à l'hémisphère excité. L'inexcitabilité passagère des régions motrices après plusieurs attaques provoquées expliquait très bien ces faits.

Des expériences du même genre, méthodiquement instituées, et portant successivement ou à la fois sur les différents territoires corticaux des deux hémisphères, surtout chez le singe, avanceraient fort notre connaissance du mécanisme de l'intelligence. Nul doute que l'intelligence ne soit, comme l'enseigne Meynert, une fonction des faisceaux d'association qui unissent d'une manière si complexe les divers éléments dont se compose une image mentale, un groupe d'images, un raisonnement, un jugement, et cela grâce à la longueur des fais-

ceaux de cet ordre, reliant les lobes cérébraux les plus éloignés[1]. Il faut surtout songer au faisceau unciforme et au faisceau arqué, qui unissent le lobe frontal aux lobes temporal, pariétal et occipital, au faisceau longitudinal inférieur, au faisceau du cingulum. Quoique les lobes frontaux et préfrontaux renferment des centres d'innervation des muscles du tronc, et que le développement de cette partie de cerveau chez les anthropoïdes et l'homme soit sans doute en rapport avec la station verticale (Munk, Meynert), il est possible qu'il s'y trouve d'autres centres, toujours de nature sensitive ou sensitivo-motrice, en rapport avec l'ensemble des processus de l'écorce cérébrale, centres d'arrêt, de tension cérébrale, d'innervation des muscles qui se contractent dans le phénomène général de l'attention, de la réflexion, de la concentration de la pensée, conditions de la synergie fonctionnelle des appareils et des organes de la machine animale.

Parlant des fibres nerveuses d'association, Edinger s'exprime ainsi à son tour : « Les associations multiples d'idées, de souvenirs, de sensations, de mouvements, qui rentrent dans la physiologie cérébrale, ont peut-être là leur substratum anatomique. Il n'y a rien d'impossible à ce que ces *fibres nerveuses aient un rôle important dans la propagation de l'accès épileptique*[2]. »

L. Bianchi s'est demandé naguère si tous les processus psychiques ont uniquement pour substratum anatomique les aires sensitives et sensorielles de l'écorce cérébrale (Munk, Luciani), ou si d'autres territoires corticaux encore ne sont point nécessaires au fonctionnement normal de l'intelligence[3]. Par ceux-ci, Bianchi entend les régions du lobe frontal, que quelques auteurs ont considéré en effet comme n'ayant point de fonction connue en rapport avec la sensibilité et la motilité volontaire. Cependant, si les expériences de Munk sur le lobe frontal, expériences dont Meynert reconnaît la haute valeur, sont fondées en fait, les lobes frontaux font partie de la sphère sensitive ou « sensitivo-motrice » de l'écorce cérébrale. Il paraît bien, toutefois, que les lésions pathologiques ou expé-

[1] Meynert. — *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns* I. H. 1884.

[2] Edinger. — *Anatomie des centres nerveux*. Trad. par M. Siraud (Paris, 1889), 57-58.

[3] L. Bianchi. — *La psicologia in rapporto alle ultime nozioni di fisiologia* [*e di anatomia*] *del cervello*. Milano, 1890.

rimentales de ces lobes altèrent beaucoup plus l'intelligence que celles de n'importe quelle zone sensorielle. Quelques nouvelles expériences d'ablation du lobe préfrontal du chien et du singe, mais dont les résultats sont encore très incomplets, ont confirmé le physiologiste italien dans cette manière de voir.

Bianchi suppose donc que, en vertu des lois de l'association, des processus de plus en plus complexes de coordination des activités psychiques (perception, image, etc.) « ont pour siège un organe distinct des organes de perceptions simples », en d'autres termes, des aires sensitives et sensorielles de l'écorce. Cet organe, siège des plus vastes associations intellectuelles et des plus délicates coordinations psychiques, recevrait des centres de la sensibilité générale et spéciale les matériaux de ses élaborations supérieures. C'est ainsi que les coordinations psychiques de la sensibiliié et du mouvement croissent en complexité, des ganglions de la moelle épinière à ceux des corps opto-striés et de ceux-ci aux différents centres du manteau. « Cet organe serait donc, écrit Bianchi, aux aires corticales de la sensibilité et du mouvement ce que sont ces centres aux thalamus opticus et aux noyaux du corps strié, et ce que sont les ganglions de la base à la moelle épinière. » Lussana avait situé dans les lobes frontaux le centre de la connaissance des personnes et des lieux. Or ce n'est pas parce qu'elle possédait une faculté spéciale de ce genre, que la chienne de Lussana ne reconnaissait plus ni les gens ni les lieux, mais parce que la mémoire et l'attention (Ferrier) étaient lésées, c'est-à-dire « cette vaste coordination qui est le fondement et la condition de l'intelligence ».

Les troubles de la sensibilité générale et spéciale ne sont pas moins nets que ceux de la motilité, chez les épileptiques, dans les périodes qui suivent et séparent les accès convulsifs. Si l'on compare ces malades avec des individus normaux, comme l'a fait Agostino, la sensibilité générale paraît alors fort diminuée, en particulier sur le côté du corps opposé à la moitié la plus asymétrique du crâne. Le goût et l'odorat sont très émoussés, surtout après les attaques, tandis que la sensibilité thermique, la sensibilité à la douleur et le sens musculaire étaient à peine altérés. L'acuité de l'ouïe, toujours moindre du côté opposé à la plagiocéphalie [1], était diminuée, alors que celle

[1] Cf. Silvio Venturi. — *Sull'udito degli epilettici.* Archivio di psichiatria, 1886, 401.

de la vue ne l'était presque pas. Il existe, il est vrai, immédiatement après les accès, un rétrécissement visuel ; les sensations chromatiques ne paraissent pas influencées ; les pupilles, de grandeur tantôt normale (47 p. 100), tantôt anormale (31 p. 100), réagissent lentement. La sensibilité électrique, de même que l'excitabilité électrique des muscles, a été trouvée amoindrie et plus émoussée encore après les accès. Le réflexe patellaire, toujours exagéré, l'est encore plus après les convulsions. Tous les autres réflexes, en général, sont affaiblis dans les périodes qui séparent les accès, mais ils s'exaltent après ceux-ci [1].

Lombroso a souvent noté, on le sait, l'obtusion de la sensibilité, non seulement chez les délinquants, mais dans l'épilepsie et la folie morale. Il croit qu'on pourrait expliquer la longévité des criminels par cette espèce d'anesthésie et par l'analgésie qui les caractérise. Les tracés sphygmographiques pris pour étudier les réactions vaso-motrices que provoquent chez ces individus les excitations de nature différente, ont montré que, tandis que l'application de forts courants électriques n'était guère suivie de réaction, la vue d'une photographie de femme nue, d'un verre de vin, d'une pièce d'or, mais surtout un compliment capable de flatter leur vanité, modifiaient au contraire la courbe d'une manière de plus en plus sensible [2]. Avec Morselli, Lombroso a aussi étudié le rapport de l'épilepsie larvée avec la folie morale : ces auteurs estiment que très souvent, les explosions de la folie morale ne sont en réalité que des manifestations d'épilepsie larvée, et que ces deux affections sont les symptômes des mêmes états pathologiques du cerveau [3]. Au nombre des caractères de régression que présentent, avec les criminels et les dégénérés, certains épileptiques féroces, à tendances bestiales, L. Frigerio a étudié les anomalies du pavillon de l'oreille et de l'angle auriculo-temporal [4].

[1] Agostino. — *Sulle variazioni della sensibilita generale, sensoriale e reflessa negli epilettici nel periodo interparossistico e dopo la convulsione.* (*Riv. speriment. di fren.*, 1890, XVI, 36.)

[2] Lombroso et Cougnet. — *La reazione vasale nei delinquenti e nei pazzi.* (1884), p. 1, sq. (*Archiv. di psichiatria*, vol. V.)

[3] Lombroso. — *Identità dell' epilessia colla pazzia morale e delinquenza congenita.* E. Morselli et Lombroso. — *Epilessia larvata-pazzia morale.* Arch. di psichiatria, 1885, VI, 1 et 29.

[4] L. Frigerio (d'Alexandrie). — *L'oreille externe, étude d'anthropologie criminelle.* (*Archives de l'anthropologie criminelle*, Lyon, 1888, 438.)

Au sujet d'un cas fort curieux d'épilepsie observé par S. Venturi [1], il est permis de se demander quelle est l'influence de la ligature des artères cérébrales sur l'excitabilité des centres moteurs de l'écorce cérébrale. Les résultats des expériences instituées par Krüdener, d'après les conseils mêmes de Mierzejewski, ont été négatifs [2]. Mais les observations de Knies, de Fribourg, sur l'état de la rétine et du nerf optique chez l'épileptique, avant, pendant et après l'accès, ne laissent guère de doute sur la nature des troubles vaso-moteurs de l'écorce qui déterminent ou accompagnent l'attaque. Dix à vingt secondes avant chaque accès, en effet, et pendant toute la durée des convulsions, Knies a noté un spasme des artères rétiniennes et une pâleur extrême de la papille du nerf optique. Le spasme artériel des vaisseaux de l'écorce cérébrale provoque l'accès par une perturbation de la nutrition locale et par une intoxication d'acide carbonique. Les phénomènes convulsifs prennent fin avec le spasme vasculaire, et l'hyperhémie veineuse secondaire de la rétine et du nerf optique, — hyperhémie si bien étudiée par d'Abundo, et plus ou moins intense et persistante selon la violence et la fréquence du mal, — reflète aussi bien que le spasme initial l'image des processus vaso-moteurs de l'écorce cérébrale [3].

Les convulsions épileptiformes, accompagnées de perte de conscience, que des injections de cocaïne à la dose de 0,12 à 0,18 provoquent chez le chien, ont paru à Feinberg être indubitablement d'origine corticale [4]. Ces expériences sur l'ac-

[1] S. Venturi. — *La epilessia vaso-motoria.* Arch. di psichiatria, 1889, x, 28. L'accès débutait par un spasme musculaire d'une région, toujours circonscrite, du tronc, de la face ou des extrémités, auquel succédait une vive sensation de chaleur qui, de la région intéressée, montait et envahissait la tête « comme un brasier de feu »; elle était accompagnée du côté correspondant de la tête, de violents bruits d'oreille, d'hyperhémie cutanée et d'hypersécrétion de sueur. Durant ces accès, qui avaient lieu plusieurs fois par jour, la conscience était pleinement conservée. L'acuité de la vue et celle de l'ouïe était diminuée sur la moitié de la tête hyperhémiée.

[2] *Zur Frage der experimentellen Epilepsie.* Dissert. St-Pétersb., 1889. En russe. Analysé dans le Neurol. Centralbl. 1890, 174.

[3] Knies (Freiburg)- — *Ueber Augenbefunde bei Epilepsie* (Congrès de neurologie et de psychiatrie de Fribourg en Br., 9-10 juin 1888). Neurol. Centralbl., 1888, 392.

[4] Feinberg. — *Weitere Mittheilungen zur physiologischen Cocainwirkung.* Berl. klin. Wochenschr. 1887, 166.

tion physiologique de la cocaïne, ont démontré que ces convulsions étaient sûrement le résultat d'une anémie cérébrale, consécutive à un processus de contraction vaso-motrice. Les substances qui abaissent l'excitabilité de l'écorce cérébrale agiraient comme la cocaïne.

Vetter maintient encore la distinction classique entre l'épilepsie dite idiopathique et l'épilepsie jacksonienne. L'épilepsie dérive-t-elle d'une névrose des vaisseaux sanguins ? Cette névrose, en déterminant, un spasme artériel, provoquerait, avec l'anémie cérebrale, la perte subite de conscience. Mais ce spasme des artères cérébrales peut résulter de l'excitation réflexe du centre vaso-moteur de la moelle allongée. D'après ce que suppose Vetter, l'accès d'épilepsie idiopathique débuterait par les centres sous-corticaux, excités par un stimulus morbide parti de l'écorce même, soit des zones sensorielles, soit des zones sensitives, et ce n'est qu'ensuite que la zone corticale motrice serait affectée. Dans l'épilepsie jacksonienne, au contraire, l'accès convulsif serait primitivement provoqué par la zone motrice corticale, et ce n'est qu'éventuellement, par le fait de la généralisation du processus, que les ganglions sous-corticaux entreraient en activité. Bref, l'écorce cérébrale participerait au processus dans les deux formes de l'accès ; mais la participation des centres sous-corticaux serait primitive dans l'épilepsie commune, secondaire et éventuelle dans l'épilepsie jacksonienne [1].

Jusqu'ici, nous avons vu détermimer des convulsions épileptiques par l'excitation directe des hémisphères cérébraux ou des ganglions sous-corticaux. On arrive au même résultat, d'une manière indirecte, au moyen d'excitations périphériques. Cette méthode a été trouvée par Alex. v. Koranyi et Fr. Tauszk [2]. Sur un point de l'hémisphère gauche, par exemple, d'un lapin, ces auteurs déposent de l'extrait de Liebig ; il en résulte des contractions cloniques des muscles de la face, mais point de

[1] A. Vetter. — *Ueber die Pathogenese der Epilepsie auf Grund der neueren Experimente.* Deutsches Arch. f. klin. Med. XL, 17.

[2] Alex. Koranyi und Fr. Tauszk. — *Breitræge zur Physiologie der von der Grosshirnrinde ausgelœsten Bewegungen und Krœmpfe.* Aus d. Laborat. der Klinik des Prof. Koranyi in Budapest. Internat. Klin. Rundschau. IV. Iahrg. Pendant son séjour à Strasbourg, Koranyi a publié un travail intitulé : *Ueber die Folgen der Durchschneidung des Hirnbalkens* (Pflüger's Archiv, vol. XLVII), où il est parlé des convulsions générales consécutives à la section du corps calleux.

convulsions générales. Or, si l'on excite mécaniquement la peau des joues, des oreilles ou du dos de l'animal, des convulsions éclatent dans le membre supérieur droit ; après des excitations plus fortes, toujours périphériques, les convulsions s'étendent au membre postérieur droit, puis aux extrémités gauches ; enfin se produisent des convulsions générales. Des bruits, des excitations lumineuses, agissant sur les organes des sens, provoquent les mêmes phénomènes. D'abord inhibés lorsqu'on enlève des parties de l'écorce, puis les hémisphères cérébraux, ces réflexes convulsifs reparaissent ensuite : l'épilepsie se produit de nouveau. Ces auteurs, dont l'un a travaillé dans le laboratoire de Goltz, à Strasbourg, en concluent que le centre de l'épilepsie ne peut pas être dans l'écorce cérébrale. Ce centre, ils le cherchent dans le cerveau moyen. L'excitabilité des centres réflexes de cette région déterminerait, sous l'influence de l'excitation de l'écorce cérébrale, les mouvements et les convulsions observés dans ces expériences.

III

Tous les signes caractéristiques qui accompagnent et suivent, chez les animaux, les accès provoqués d'épilepsie corticale, reparaissent, avec plus de netteté, dans les observations cliniques recueillies par Seppilli. Quant au siège des lésions, il résulte de ces observations que, souvent exclusivement localisées dans la substance grise, elles peuvent aussi intéresser à la fois l'écorce et les faisceaux blancs sous-jacents, mais qu'il est très rare qu'elles occupent ceux-ci uniquement. Le processus morbide, qui peut se rencontrer dans toutes les parties du manteau, a pourtant une région d'élection, et, à peu d'exception près, tous ces cas d'épilepsie corticale sont la conséquence d'une lésion plus ou moins étendue des circonvolutions de l'aire sensitivo-motrice des auteurs italiens, c'est-à-dire de FA, PA, LP, P_1 et P_2. Voici la conclusion que Seppilli tire de ces faits anatomo-cliniques : « Chez l'homme, comme chez le chien et le singe, la sphère sensitivo-motrice représente l'unique partie de l'écorce cérébrale capable de provoquer par soi l'accès d'épilepsie. »

L'analyse de ces observations, au nombre de quarante-cinq, n'a pas permis à Seppilli de découvrir un rapport fixe et cons-

tant entre le siège cortical de la lésion provocatrice et les groupes musculaires où l'accès convulsif débute et peut rester limité. Déjà Seppilli n'avait pas cru pouvoir assigner une localisation anatomique exacte aux différents centres de perception de la sensibilité générale, les altérations de la sensibilité cutanée ou musculaire n'étant pas en rapport constant avec le siège des lésions corticales. Ce nouveau résultat négatif est dû aux mêmes causes. Charcot et Pitres ont d'ailleurs fait remarquer que « les lésions corticales susceptibles de provoquer l'épilepsie jacksonienne doivent avoir une topographie moins fixe que les lésions capables de provoquer des paralysies permanentes[1] ». Mais la raison principale de cette incertitude dérive toujours, en réalité, chez les auteurs italiens, de la doctrine de la diffusion des effets d'une lésion, même circonscrite, qu'implique la théorie de l'engrenage.

La pathogénèse de l'épilepsie corticale chez l'homme s'accorde-t-elle avec celle que la physiologie expérimentale a proposée pour les animaux? L'épilepsie jacksonienne est-elle d'une autre nature que l'épilepsie idiopathique ? Ne sont-elles, l'une et l'autre, que deux formes différentes d'une même affection? Que l'on compare quelques-uns des caractères qui servent d'habitude à les différencier.

L'unitéralité des convulsions n'est pas plus un signe absolu de l'épilepsie partielle ou jacksonienne que le mode de début des convulsions sous forme de spasmes localisés à un groupe musculaire. Seppilli cite des cas d'épilepsie dite idiopathique où ces processus ont été observés. De même pour ce qui a trait à l'invasion simultanée des convulsions dans les deux moitiés du corps. « Il existe, dit Seppilli, des cas d'épilepsie jacksonnienne, dans lesquels, par la répétition fréquente des accès, un moment arrive où les convulsions se propagent sur tout le corps, avec tant de rapidité et de violence, qu'il est impossible de distinguer cette épilepsie de l'autre. » Enfin, dans l'une comme dans l'autre, l'accès peut présenter une aura de même nature, telle que sensation de froid ou de chaleur, formication, torpeur, pesanteur, douleur dans les parties envahies par le spasme musculaire. La nature du spasme non plus n'a rien de caractéristique. Il ne débute pas toujours par les convulsions cloniques de l'épilepsie partielle ; il peut être d'abord

[1] Charcot et Pitres.—*Etude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices*, 1883, p. 70.

tonique, puis clonique, comme dans l'épilepsie idiopathique.

Cette étude comparée des caractères prétendus différentiels des deux formes d'épilepsie a été très bien faite, en Italie, par Silvestrini[1], professeur à l'Université de Sassari. Après une revue exacte des symptômes respectifs de l'épilepsie partielle et du grand mal comitial, Silvestrini en était arrivé à conclure, dès 1880, que le mécanisme de développement d'un grave accès total ou d'un accès d'épilepsie partielle doit être identique, la différence ne consistant que dans le degré et l'extension des convulsions. « Si tous les malades ne réagissent pas de la même manière contre une lésion capable de produire une forme nosologique bien définie, nous faudra-t-il admettre, demande Silvestrini, une diversité de formes entre les accès convulsifs limités à quelques régions et les accès diffus? »

Ainsi, ce clinicien italien croit aussi à l'identité de nature des deux formes d'épilepsie. La seule division qu'il admette est celle d'une forme *générale* et *partielle* de l'épilepsie. Il repousse la distinction de l'épilepsie en essentielle et symptomatique. Car, avec nos connaissances anatomo-cliniques actuelles, le moyen de soutenir qu'il existe une forme d'épilepsie essentielle? L'épilepsie doit toujours être symptomatique de quelque lésion anatomo-pathologique. Silvestrini admet toutefois, — et il est intéressant de rapprocher ses vues à cet égard de celles de Luciani,—qu'il existe une forme d'épilepsie d'origine centrale et une forme d'origine périphérique, car « on ne peut nier, dit-il, que tantôt l'épilepsie dépende de lésions des centres nerveux proprement dits, tantôt d'une irritation périphérique anormale. » La pathogénèse de l'épilepsie peut donc être diverse; elle ne dépend pas exclusivement d'un état de tension ou d'irritation de la substance grise du cerveau; l'écorce cérébrale, et en particulier la zone motrice, n'est pas l'unique centre épileptogène; l'excitation qui détermine l'accès peut partir de n'importe quel point du système nerveux. Que l'on songe aux cas d'éclampsie ou d'épilepsie aiguë par irritation de l'utérus, des intestins ou d'autres organes, sans

[1] *Contribuzioni allo studio della patologia cerebrale. Emiplegia, emiepilessia, afasia, trapanazione del cranio.* — Riv. speriment. di freniatria, 1880, 1 et 245. Dès 1878, année où il publia son travail intitulé : *Diagnosi delle malattie cerebrali*, Silvestrini avait, comme Dario Maragliano, à la même époque, quoique avec moins de puissance, porté sur le terrain de la clinique les résultats des études nouvelles sur les localisations fonctionnelles du cerveau.

qu'il existe aucune altération (appréciable tout au moins, ajouterai-je) des centres nerveux. Mais, si l'origine diffère, dans l'un comme dans l'autre cas, « le mécanisme de l'accès est identique. »

Seppilli aussi conclut, avec Luciani, que l'épilepsie partielle et l'épilepsie générale ne sont que deux formes différentes d'un même processus morbide (1886). L'accès d'épilepsie est toujours, comme pour Luciani, la suite d'un état de tension et d'hyperexcitabilité des centres cérébraux; la limitation ou la généralisation des convulsions dépend de l'intensité et de la diffusion des décharges des éléments moteurs de l'écorce, origine du processus convulsif. Pour Unverricht, également, l'épilepsie idiopathique ne différerait de l'épilepsie corticale que par un état plus labile et plus instable de l'équilibre moléculaire des cellules nerveuses. Voilà pour la nature et les analogies de l'épilepsie partielle et de l'épilepsie générale.

Qu'enseignent maintenant les observations cliniques recueillies par Seppilli relativement à la pathogénèse du processus ? Avant tout, la nature de l'aura[1] qui précède l'accès, consistant souvent en troubles de la sensibilité cutanée et musculaire, implique bien que le point de départ des convulsions est, dans ces cas, l'aire sensitivo-motrice de l'écorce cérébrale. L'hypothèse la plus probable est donc que cette région est la seule qui soit douée de propriété épileptogène. L'ancienne théorie « bulbaire » ou « médullaire » de l'épilepsie, celle qui constitue dans les centres de la moelle allongée et du pont de Varole le point de départ et le mécanisme de l'accès convulsif (Kussmaul, Tenner, Nothnagel), a sans doute encore des défenseurs. Binswanger, entre autres, a essayé naguère de la renouveler au congrès de médecine interne de Wiesbaden (1888)[2]. Au cours de la discussion, Nothnagel a même cru devoir rappeler qu'il avait recommandé, il y a quatorze ans, de se montrer prudent quant à la « théorie corticale ». « On peut sans doute, dit-il, en excitant l'écorce cérébrale, provoquer des accès d'épilepsie, mais non toutes les formes diverses de l'épilepsie. »

Th. Ziehen, qui a travaillé dans le laboratoire de Munk,

[1] Cf., sur la nature des auras sensitives, sensorielles, psychiques, vasomotrices et motrices, Berbez, *Epilepsie jacksonnienne*. Gaz. des Hôpitaux, 1888.

[2] Binswanger. *Experimentelle und kritische Untersuchungen über die Pathogenese des epileptischen Anfalls*. Compte rendu du *Neurol. Centralbl.*, 1888, 277.

soutient que, des périodes de convulsions toniques et cloniques qui constituent l'accès d'épilepsie, les premières dérivent de l'excitation des ganglions sous-corticaux, les secondes de celle de l'écorce cérébrale. L'excitation mécanique ou faradique du noyau caudé et du noyau lenticulaire, des couches optiques et des tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs provoque, comme celle de la moelle allongée et du pont (Binswanger), si l'intensité et surtout la durée sont suffisantes, des convulsions toniques. Si on laisse en place les hémisphères, les phénomènes sont les mêmes : ils ne doivent donc pas être attribués à l'abolition des centres d'arrêt. Quant aux convulsions cloniques, qui suivent l'excitation de l'écorce, elles disparaissent du tableau symptomatique de l'épilepsie avec l'extirpation du manteau. Ainsi, chez un animal dont la région corticale d'une extrémité a été enlevée, l'excitation cérébrale ne détermine plus de convulsions cloniques, mais toniques, de ce membre. Ziehen ajoute que la succession rapide des contractions cloniques, d'origine corticale, n'arrive que rarement, en additionnant les effets de ces contractions, à produire une convulsion tonique [1]. Mendel avait fait d'expresses réserves sur ces conclusions expérimentales appliquées à l'épilepsie humaine ; Ziehen en a tenu compte dans le dernier travail qu'il a publié sur ce sujet.

D'autres critiques ont été adressées à Ziehen par Unverricht. Ce savant, loin de considérer les convulsions cloniques et toniques de l'épilepsie comme fondamentalement différentes, résultant de l'excitation de régions également distinctes du système nerveux central, n'y voit qu'un symptôme complexe. Unverricht nie donc l'origine uniquement corticale des convulsions cloniques, et, appuyé sur les recherches graphiques de Pitres et de Franck ; il rapporte à l'excitation de la substance blanche les convulsions toniques que Ziehen fait résulter de la transmission des courants aux ganglions infra-corticaux [2].

Dans une observation clinique, suivie d'autopsie, Toma-

[1] Th. Ziehen. — *Ueber die Krœmpfe in Folge elektrischer Reizung der Grosshirnrinde.* Inaug.. Dissert. Berlin, 1885. — *Zur Physiologie der subcorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall.* (XIII Congrès des neurol. allem. à Frib. en Brisgau, juin 1888.) *Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh*, 1890.

[2] Unverricht.— *Ueber tonische und klonische Muskelkrœmpfe.* Deutsches Arch. f. klin. Med. 1890, XLVI, 413.

schewski a insisté aussi sur le caractèrediffèrent des contractions provoquées par l'excitation de la substance grise ou de la substance blanche. Cette observation est une brillante confirmation de la théorie corticale de l'épilepsie. Il s'agit d'un épileptique de vingt ans, depuis longtemps hémiplégique du côté gauche, et dont les convulsions affectaient en même temps, non successivement comme dans l'épilepsie jacksonienne, tous les muscles du corps. Or la nature et l'intensité des phénomènes convulsifs différaient fort sur les deux côtés du corps. Du côté opposé à l'atrophie cérébrale, laquelle occupait les parties postérieures des F_1 et F_2, de presque toute la FA (à l'exception du tiers inférieur), de la partie moyenne de la PA et d'une partie du LP de l'hémisphère droit, l'extrémité inférieure gauche se contractait plus faiblement et l'extrémité supérieure gauche, tout en présentant des contractions musculaires, ne participait point aux convulsions générales. Au contraire, les muscles de la face et du tronc y participaient pleinement, ce qui s'accorde avec l'absence d'atrophie corticale, chez ce malade, du tiers inférieur de la FA gauche. Ainsi, les membres dont les centres d'innervation corticale avaient été détruits, ne participaient que peu ou point du tout aux convulsions épileptiques [1].

Seppilli demande comment, dans l'hypothèse ancienne, une irritation du bulbe pourrait déterminer des convulsions limitées à un groupe musculaire ou à un seul côté du corps, les expériences d'Owsianikow ayant établi que la moelle allongée est le siège d'un centre de mouvements réflexes généraux? La théorie bulbaire ne saurait expliquer davantage l'ordre suivant lequel l'accès d'épilepsie partielle se propage, et peut passer d'une moitié du corps à l'autre moitié. La large surface de l'aire épileptogène, c'est-à-dire de l'aire sensitivo-motrice, permet de concevoir au contraire l'autonomie relative des différents centres moteurs et l'ordre dans lequel ils sont successivement atteints, — tandis que dans le bulbe, la proximité de ces centres rendrait impossible l'indépendance et la succession des accès. Donc, au point de vue clinique aussi, la zone exci-

[1] B. Tomaschewski. — *Zur Frage über die Betheilung der Hirnrinde an der Entstehung des epileptischen Anfalls*. Sep. Abdr. aus den Verhandlungen der Aerzte-Gesellschaft in Odessa, 1887. L'auteur appelle encore l'attention sur deux observations semblables de Macleod et de Noel-Paton (*Brain*, 1882 et 1886), qui confirment la théorie corticale de l'épilepsie.

table du cerveau apparaît comme l'organe central des convulsions épileptiques.

Toutefois, à l'instar de Luciani, Seppilli ne nie pas que les ganglions de la base, le pont de Varole, le bulbe et la moelle épinière ne puissent participer au processus et augmenter l'intensité et la diffusion de l'accès[1]. Pour être applicable à tous les cas cliniques possibles, la théorie corticale de l'épilepsie doit sans doute être formulée en des termes plus larges et moins exclusifs. Si, dans la majorité des cas, l'épilepsie jacksonnienne est toujours provoquée par une lésion corticale, elle peut l'être aussi quelquefois par une lésion sous-corticale[2]. Du moins un cas, probablement unique, que Seppilli a eu l'occasion d'observer, a modifié en ce sens les idées du médecin d'Imola :

Femme de trente ans, épileptique depuis l'âge de treize ans, entrée au manicome d'Imola à cause de la fréquence de ses accès; elle y est restée du 20 août 1882 au 8 mai 1883. Hémiatrophie gauche, surtout du bras, qui était complètement paralysé, avec une légère contracture des fléchisseurs; la jambe gauche présentait aussi un léger degré de paralysie et de contracture. La sensibilité tactile des extrémités du côté gauche, du bras surtout, était également diminuée. L'accès débutait par une sensation de formication dans les doigts de la main gauche; presque en même temps survenaient des convulsions cloniques sur le bras gauche tout entier. Puis l'accès se propageait à la jambe gauche et à la moitié de la face du même côté, restant limité à ces parties; il durait de deux à trois minutes, sans perte de conscience. Quelquefois, après avoir évolué, comme il vient d'être dit, sur le côté gauche du corps, les convulsions passaient subitement à droite. D'autres fois encore elles envahissaient au début, simultanément, les deux moitiés du corps, et étaient alors accompagnées de perte de conscience. Après l'accès, les membres du côté gauche restaient tout à fait flasques, et la malade tombait dans un état d'agitation avec angoisse précordiale. — *Autopsie.* Crâne asymétrique, le côté droit moins développé que le gauche. L'*hémisphère gauche*, du poids de 495 grammes, n'offrait rien de remarquable. L'*hémisphère droit*

[1] « L'épilepsie peut être provoquée par une lésion de n'importe quel point du manteau cérébral ou des autres régions de l'encéphale (capsule interne, pédoncules, pont), mais elle a toujours pour organe central, constituant l'élément essentiel de sa pathogénèse, le complexus des centres moteurs de l'écorce cérébrale. » G. Seppilli, *Tumori cerebrali*, 32.

[2] L. Bianchi. *Semeiotica delle malattie del sistema nervoso* (Milano, 1890), 235 sq.

pesait 268 grammes. Les méninges s'enlevèrent très facilement, excepté sur une vaste zone comprenant, à droite, la partie postérieure des trois frontales, les deux circonvolutions ascendantes, le lobule paracentral et les circonvolutions pariétales. Les lésions s'étendaient à la substance blanche et atteignaient la paroi supérieure et externe du ventricule latéral droit. La consistance du cerveau était très faible dans toute cette zone. L'écorce, aussi bien que les faisceaux médullaires, était transformée en un tissu fibreux, formé de nombreuses cloisons qui, en s'intriquant, constituaient de petites cavités remplies d'une substance semi-gélatineuse. A l'examen microscopique, il n'existait dans cette zone aucun élément nerveux, mais une quantité considérable de corpuscules amyloïdes et de granulations graisseuses et pigmentaires. Les cloisons, qui donnaient à ce foyer l'aspect d'un tissu aréolaire, étaient formées d'éléments connectifs ; au milieu rampaient de nombreux vaisseaux sclérosés, dont la lumière était obstruée par des grains de pigment accumulés. En outre, dégénérescence du faisceau pyramidal droit, que l'on suivait dans la capsule interne du même côté, dans le pédoncule cérébral, dans la pyramide bulbaire et dans le cordon latéral gauche de la moelle épinière. Les ganglions opto-striés étaient normaux.

Des considérations cliniques et anatomo-pathologiques auxquelles pourrait donner lieu l'analyse de ce cas, Seppilli ne veut retenir que le fait suivant : l'épilepsie partielle peut exister même en l'absence des centres moteurs corticaux du côté opposé. L'hémiépilepsie gauche avait fait supposer qu'une partie au moins de l'aire sensitivo-motrice droite était conservée ; or, cette aire était complètement détruite ici, en surface comme en profondeur. La seule hypothèse qui, suivant Seppilli, pourrait rendre raison d'un pareil fait, hypothèse d'ailleurs en accord avec la doctrine des suppléances fonctionnelles soutenue par Luciani et par Tamburini, c'est que, dans l'épilepsie comme dans la paralysie, dans les phénomènes d'exagération fonctionnelle des régions sensitivo-motrices du cerveau, comme dans ceux d'abolition ou de diminution de la motilité, les centres moteurs sous-corticaux (les corps striés) peuvent suppléer, dans une certaine mesure, les aires motrices détruites de l'écorce cérébrale. Ces ganglions de la base, dont les fonctions motrices ne différeraient qu'en degré, non en nature, de celles du manteau, et que les auteurs italiens invoquent pour expliquer la disparition des parésies ou des paralysies de la motilité consécutives aux lésions destructives de l'écorce, Seppilli les invoque à son tour pour expliquer la persistance

d'accès d'épilepsie partielle en l'absence complète de la zone motrice opposée ; il leur attribue les mêmes propriétés épileptogènes, et croit qu'ils peuvent devenir le point de départ de convulsions limitées au côté opposé du corps.

En somme, pour la plupart des cliniciens et des physiologistes italiens, l'organe central de l'épilepsie, et qui est la condition nécessaire et suffisante de sa pathogénèse, ce sont les centres moteurs de l'écorce cérébrale ainsi que les ganglions sous-corticaux, de nature homologue, et cela, de quelque manière que le processus évolue, quelle que soit la cause de l'accès convulsif, que l'irritation provocatrice soit directe ou réflexe.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Un symptôme observé dans les processus morbides de la fosse postérieure du crane ; par H. Oppenheim. (*Neurol. Centralbl.* 1889.) — Deux cas de tumeur de la fosse postérieure du crane ; par R. Wollenberg. (*Arch. f. Psychiat.* XXI. 3).

Il s'agit en résumé de trois observations. Deux d'entre elles concernent une tumeur cérébelleuse. Dans le cas d'Oppenheim, la tumeur avait aplati le bulbe et la protubérance et atrophié le pneumo-gastrique et le spinal ; le voile du palais, les cordes vocales, les muscles externes et internes du larynx avaient été pendant la vie animés de convulsions. Dans celui de Wollenberg, on constatait les symptômes caractéristiques : l'hémisphère cérébelleux gauche était atteint. La troisième observation est celle d'une tumeur du lobe occipital droit (Wollenberg) ; vertiges, attaques épileptiformes, vomissements, excitation maniaque avec hallucinations, tendance a tomber en arrière et à gauche, hémianopsie gauche homonyme, hémiplégie gauche graduelle, papille étranglée bilatérale ; tels furent les accidents. P. K.

II. Un cas de polio-encéphalo-myélite progressive ; par Seeligmueller. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.)

Type clinique de poliomyélite chronique avec polioencéphalite supérieure (ophthalmoplégie nucléaire) et polioencéphalite infé-

rieure (paralysie bulbaire). Lésion symétrique des noyanx des nerfs moteurs qui prennent naissance dans le cerveau et le bulbe, combinée à une lésion symétrique des noyaux des nerfs spinaux, cervicaux et lombaires (muscles des membres et muscles abdominaux. P. K.

III. HÉMORRHAGIE SOUS-DURE-MÉRIENNE ISSUE DE VEINES ENCÉPHALIQUES A TRAJET ANORMAL; par MITTENZWEIG. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.)

HUGUENIN s'exprime ainsi : « Les veines cérébrales au niveau du sinus longitudinal supérieur sont souvent dilatées, variqueuses; leurs parois sont amincies et prêtes à se déchirer..... » On s'explique que, si ces veines présentent un trajet anormal, si, par exemple, on rencontre à quatre centimètres de la grande scissure interhémisphérique deux troncs veineux arachnoïdo-dure-mériens, ce trajet extraordinaire augmente la prédisposition à la déchirure et fournit l'explication de la genèse de l'hémorrhagie sous-dure-mérienne. En effet, sur deux cents dure-mères, M. Mittenzweig a rencontré cinquante-neuf exemples d'anomalies semblables pour les veines cérébrales supérieures et neuf exemples pour les veines cérébrales postérieures; les veines passaient brusquement de l'arachnoïde à la dure-mère, se soudaient intimement au feuillet interne de celle-ci et finalement, s'ouvraient dans le sinus longitudinal supérieur. Ces anastomoses dangereuses des deux feuillets tiennent à la persistance de la circulation fœtale intercurrente.
P. K.

IV. SYRINGOMYÉLIE ET SCOLIOSE; par M. BERNHARDT. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1889.) — UN CAS DE SYRINGOMYÉLIE AVEC CONTRIBUTION A L'EXAMEN DE LA SENSIBILITÉ; par RUMPF. (*Neurol. Centralbl.* 1889.) — CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA FORMATION DE CAVITÉS DANS LA MOELLE; par P. KRONTHAL. (*Ibid.*)

L'observation de M. Rumpf est surtout intéressante par l'étude de la sensibilité et de ses modes. En outre des phénomènes de la sclérose latérale amyotrophique, on constatait une anesthésie complète de la partie moyenne et inférieure de la moitié droite du tronc et de la parésie des fonctions sensitives sur la moitié gauche du tronc; ces accidents portaient surtout sur les impressions douloureuses et thermiques. M. Rumpf en conclut que les grandes cellules multipolaires des cornes grises antérieures de la moelle cervicale sont détruites, que les cordons latéraux sont scléreux, qu'il y a syringomyélie. — Le mémoire très substantiel et très instructif de Kronthal analyse la pathogénie de la syringomyélie; il montre que, toutes les fois que la circulation de la moelle se trouve gênée par une tumeur de la colonne vertébrale, par de la méningite spinale,

par une incurvation des vertèbres, il se fait une dilatation du canal central de l'organe intra-rachidien avec les lésions classiques; expériences à l'appui chez les animaux.— Inversement, M. Bernhardt prouve que sur soixante-dix cas de syringomyélie, il a trouvé seize à dix-huit exemples (près de 25 p. 100) de déviations de la colonne ; il tendrait à les considérer comme secondaires, par troubles trophiques des os. P. K.

V. Une méthode simple de durcissement et de conservation du cerveau pour démonstrations ; par O. Rosenbach. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1889). — Note relative a la coloration des coupes encéphaliques; par B. Baginsky. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.)

La méthode de Rosenbach est surtout appliquée à la morphologie extérieure. On prend le cerveau frais recouvert de sa pie-mère, on le plonge dans une solution aqueuse et légèrement alcoolique d'acide phéniquée à 10 p. 100, en ayant soin de pratiquer quelques incisions à la méninge pour faciliter l'imbibition cérébrale, on place l'organe sur un lit d'ouate et on écarte les grandes scissures naturelles à l'aide de petits tampons. Un jour ou deux après, le cerveau est blanc, la pie-mère, ridée; on détache celle-ci. Trois à cinq jours plus tard, le durcissement est parfait. On transporte la pièce dans une solution phéniquée à 5 p. 100 ; on l'y laisse un temps illimité. — On peut toujours, dit M. Bagmsky, utiliser de vieilles pièces en combinant le cuivrage, par lequel on commence, à la méthode de Pal. (*Voy. Jahrbüch. med. Wien*, 1886, p. 627.)

P. Keraval.

VI. D'une paralysie périphérique isolée du nerf sus-scapulaire droit, dont l'étiologie est digne de remarque; par M. Bernhardt. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1889.) — Cas isolé de dystrophie musculaire progressive (*type facio-scapulo-huméral*), par Sperling. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.) — Deux cas de dystrophie musculaire progressive (*type facio-scapulo-huméral*), par Bielschowsky. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

L'observation de Bernhardt concerne un homme de quarante-six ans; il fit une chute sur la tête de 3 mètres de haut, mais en se préservant le chef à l'aide des bras; l'épaule droite porta. C'est à la suite de cet accident qu'il se développa une paralysie périphérique isolée avec atrophie des muscles sus et sous-épineux. Les observations de Sperling et Bielschowsky ont trait à des jeunes filles (16 ans) et à une femme de quarante-cinq ans. P. K.

VII. Contribution casuistique aux troubles trophiques secrétoires de la peau dans la névrite ; par A. Erlenmeyer. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1889.)

L'observation I se résume ainsi : névrite infectieuse aiguë du

nerf médian droit avec anidrose et ichthyose symptomatique de l'épiderme au niveau de la paume de la main et de la face interne des doigts. Atteinte des filets sudoraux, trophiques et vasodilatateurs. — Obs. II. Névrite infectieuse (?) à récidives du nerf médian gauche avec ichthyose diffuse de la face interne de la main et des doigts. Anesthésie limitée à un côté, qui a guéri complètement en peu de temps. P. K.

VIII. DES NOYAUX ARCIFORMES; par G. JELGERSMA. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, 1889.)

Etude des noyaux arciformes et de leurs connexions avec d'autres parties du bulbe, basée sur l'anatomie comparée, l'histologie, l'anatomie pathologique D'après ces documents, les noyaux de la protubérance sont les homologues des noyaux arciformes des pyramides, ou, plus exactement, les noyaux de la protubérance sont les générateurs des noyaux arciformes, ou encore, les noyaux arciformes sont les stations éloignées des noyaux de la protubérance.

La protubérance, en somme, est un ganglion intercalé entre le système intellectuel et les centres du bulbe. Elle suit, dans la série animale, un développement parallèle à celui de l'encéphale, parallèle à celui du manteau du cerveau et des hémisphères cérébelleux. Inversement, chez l'homme, les noyaux arciformes représentent les noyaux de la protubérance projetés et développés à une certaine distance sous l'influence du développement de l'encéphale. Physiologiquement les uns et les autres sont homologues aussi bien qu'au point de vue anatomique. P. KÉRAVAL.

IX. QUELQUES VARIÉTÉS QUALITATIVES DU PHÉNOMÈNE DU GENOU ; par M. BENEDIKT. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.)

L'auteur en décrit quatre formes :

1° Une forme chronique (l'épithète se conçoit de soi) dans la paralysie myélitique et dans les affections spinales spasmodiques; — 2° une forme paradoxale dans le sens de la flexion, dans un cas de tumeur du toit du quatrième ventricule, au niveau des stries acoustiques; il en existe un sous-genre, caractérisé par une extension excessive suivie sur-le-champ d'une flexion extrême; — 3° une forme irradiée, l'exagération du réflexe gagnant, par le tronc, l'autre côté du corps sur les deux extrémités; — 4° une forme tonique, la jambe, à la suite du réflexe, demeurant raide en extension.

P. K.

X. UN CAS DE TUMEUR ISOLÉE DE LA GLANDE PINÉALE; par E. KNY. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.)

Observation avec autopsie. Elle ne révèle aucun autre symptôme que les accidents classiques. Comme l'a dit Virchow, le diagnostic

ne peut être établi que lorsque la tumeur comprime les tubercules quadrijumeaux et les organes sous-jacents. Ces symptômes sont : des troubles de coordination, — des troubles moteurs dans le domaine de l'oculomoteur commun, de l'oculomoteur externe, du pathétique. La compression de l'aqueduc de Sylvius, et de la grande veine de Galien, détermine les phénomènes en rapport avec une élévation quelconque de la pression intra-crânienne (hydrocéphalie — papille étranglée — attaques épileptiformes), mais de meilleure heure que dans les autres cas. P. K.

XI. Un cas de tumeur cérébrale; par Oppenheim et Remak. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.)

M. Oppenheim diagnostique une tumeur cérébrale originaire de la zone motrice du côté gauche, sans pouvoir localiser avec plus de précision, en raison de l'alternative des points de départ des convulsions, du vague de la céphalalgie, de l'absence de sensibilité à la percussion, de l'uniformité de la parésie sur le bras, la jambe et le facial inférieur. On trouve à l'autopsie un sarcome à cellules rondes occupant la région comprise entre le sillon de Rolando et la scissure perpendiculaire externe d'une part, la moitié supérieure de la pariétale ascendante, le lobule pariétal supérieur, la partie postérieure du lobule paracentral, l'avant-coin, la circonvolution du corps calleux, le segment postérieur de ce dernier organe, d'autre part. On discute rétrospectivement les chances qu'eût pu donner une intervention chirurgicale. Remak cite à ce propos un cas heureux; un an après un traumatisme, la trépanation, longtemps différée, paraissait nécessaire, quand, par le repos au lit, l'application de glace sur la tête, l'administration simultanée de 0.50 de K I. et de 2 grammes de Na Br. la guérison définitive s'effectua en dix jours. P. K.

XII. Des résultats de l'ablation de la glande thyroïde chez le chien; par Schultze. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.)

Six expériences réussies. Comme dans la tétanie de l'homme, qui succède à l'ablation du goitre, on constate chez le chien, à la période convulsive consécutive à l'extirpation du corps thyroïde, une exagération de l'excitabilité électrique. P. K.

XIII. Contribution a la question de la propriété épileptogène de la zone postérieure de l'écorce cérébrale; par P. Rosenbach. (*Neurol. Centralbl.*, 1889). — Un cas d'épilepsie partielle, par Roller. (*Ibid.*) — Contribution a l'étude de l'épilepsie jacksonienne et de ses équivalents cliniques; par L. Lœwenfeld. (*Arch. f. Psych.*, XXI, 1, 2.)

Nous signalons rapidement l'étude critique des mémoires publiés

sur l'épilepsie expérimentale (Rosenbach) pour arriver au long et substantiel travail de Lœwenfeld. Types cliniques divers de l'épilepsie partielle (douze observations); analyse minutieuse de ses éléments morbides et de ses lésions, bibliographie consciencieuse, rien n'y manque. Les équivalents sensoriels de la maladie, et ses équivalents paralytiques (y compris les troubles de la parole) nous ont particulièrement frappé. Un dernier chapitre est consacré aux rapports entre l'épilepsie jacksonienne et l'épilepsie franche. Nous noterons ce qui suit :

La plus faible convulsion d'origine corticale contient en substance un élément épileptique aussi bien que les formes les plus effacées de petit mal, que les obnubilations de la connaissance d'une durée minime de quelques secondes, que les auras fugitives isolées.

L'observation avec autopsie de Roller confirme cette proposition. L'auteur fait ressortir comme constituant une anomalie la perte de connaissance au début des accès, et il en conclut qu'il s'agissait d'une simple épilepsie partielle plutôt que du type de Jackson; il insiste sur l'absence de convulsions musculaires isolées. L'autopsie révéla des lésions microscopiques expliquant comment l'écorce pouvait être irritée sans qu'il se produisît d'infirmités grossières persistantes ; il s'agissait de fines apoplexies ou thromboses capillaires par athéromes ayant déterminé des anémies miliaires.

P. KERAVAL.

XIV. DES ALTÉRATIONS DE LA SUBSTANCE GRISE DE LA MOELLE DANS LES LÉSIONS DES CORDONS LATÉRAUX; par FUERSTNER. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.)

Quand les faisceaux pyramidaux sont dans les cordons latéraux plus ou moins altérés, quelle qu'ait été la forme de la lésion initiale (dégénérescences descendantes, paralysie générale), on voit, au niveau de la partie supérieure de la moelle dorsale ou de la partie inférieure de la moelle cervicale (indépendamment de la propagation du processus primitif), la corne latérale correspondant au côté malade s'atrophier, diminuer de volume et d'épaisseur ; ses cellules et ses fibres blanches (coloration de Weigert) se recoquiller, se tasser, jaunir, disparaître; finalement la substance intermédiaire s'éclipse; c'est en réalité l'altération des fibres myéliniques qui ouvre la marche. P. K.

XV. LE STRABISME DANS LA RIGIDITÉ ARTICULAIRE SPASMODIQUE DE L'ENFANCE INDIQUE-T-IL LE SIÈGE CÉRÉBRAL DE LA LÉSION; par Fr. ZIEHL. (*Neurol. Centralbl.*, 1889.)

C'est un symptôme très illusoire qui exige l'examen précis de l'œil et notamment de l'état de sa réfraction, de son acuité visuelle.

Il faut appeler à son aide l'électricité; il n'est pas rare de voir la galvanisation de la moelle produire une amélioration manifeste.

P. K.

XVI. Contribution a la physiologie du ruban de Reil. (*Observation de gliomatose d'une corne postérieure de la moelle*); par G. Rossolimo. (*Arch. f. Psych.*, XXI, 3.)

Etude clinique et anatomopathologique consciencieuse, avec planche à l'appui, de laquelle il résulte que la partie médiane du ruban de Reil contient surtout des fibres destinées à conduire la sensibilité de la moitié opposée du corps, C'est du reste la seule observation de gliomatose rigoureusement limitée à la substance grise de la moelle. P. K.

XVII. De la dégénérescence kystique de l'encéphale; par A. Pick. (*Arch. f. Psych.* XXI, 3.)

Etude de la genèse de l'état criblé, accompagnée de deux planches. Les documents anatomiques sont les suivants : 1° un cerveau dont on ne connaît pas la provenance; — 2° un cerveau d'une prostituée de dix-huit ans, morte d'affection fébrile; — 3° un cerveau de paralytique général de vingt-cinq ans; — 4° un cerveau de paralysie générale tabétique chez une femme; — 5° un cerveau de paralysie générale typique; — 6° un cerveau de mélancolique (femme morte phthisique); — 7° un cerveau de paralysie générale probable chez l'homme; — 8° un cerveau de paralysie générale tabétique (femme). — La conclusion est que ces kystes ont pour origine des stases lymphatiques sous-arachnoïdiennes.

P. K.

XVIII. Du genre et de la fréquence des lésions de la moelle dans la paralysie progressive; par Kœberlin. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* XLVI, 5.)

Vingt-trois cas d'anatomie pathologique avec histologie. On y trouve deux cas de dégénérescence des faisceaux latéropyramidaux, six observations de dégénérescence des cordons postérieurs, quatre faits de dégénérescense des deux espèces de faisceaux, un cas d'hydromyélie, soit 56 p. 100 d'altérations de la moelle. La syphilis antérieure était certaine chez six d'entre eux, probable chez quatre. Sur les six cas précédents, il y avait quatre exemples de lésions médullaires. P. K.

XIX. Contribution a la théorie de l'entrecroisement des fibres nerveuses dans le chiasma des nerfs optiques; par A. Delbrueck. (*Arch. f. Psych.*, XXI, 3.)

Voici une *autopsie*, sans étude clinique préalable, où l'on voit :

1° une dégénérescence totale du nerf optique gauche; 2° une dégénérescence de la moitié du nerf optique droit; ici il y a intégrité du faisceau droit non entre-croisé, dans le chiasma et la bandelette : les fibres non entre-croisées sont réunies dans le nerf en épais trousseaux qui occupent le côté droit de l'organe; dans le chiasma et la bandelette, elles se mélangent aux fibres croisées : cependant elles ne se répartissent pas uniformément dans l'épaisseur de la coupe transverse de la bandelette, d'abord elles laissent de côté le quart interne et inférieur de ce segment, puis elles se mêlent peu à peu à ses fibres.

Il est donc certain, conclut l'auteur, que les fibres non entre-croisées forment dans le nerf optique un trousseau plus ou moins séparé : dans la bandelette, elles fusionnent avec les fibres croisées. P. K.

XX. CONTRIBUTION A LA PHYSIOLOGIE DES GANGLIONS INFRA-CORTICAUX ET A LEURS RELATIONS AVEC L'ATTAQUE D'ÉPILEPSIE; par TH. ZIEHEN. (*Arch. f. Psych.*, XXI, 3.)

Expériences effectuées sur cinquante-trois lapins auxquels on enlève les hémisphères cérébraux et le trigone pour agir sur les ganglions de la base. Voici la conclusion de ces interventions :

1° L'excitation mécanique et faradique du corps strié, ou sa section transverse, produit du côté opposé, soit une convulsion unique, soit une série de convulsions toniques qui ne survivent pas à l'excitation. Ces convulsions ont le caractère de celles qui succèdent à l'excitation de la région corticale motrice antérieure. Le noyau lenticulaire n'est pas accessible à une excitation isolée directe; — 2° l'excitation mécanique et faradique de la couche optique produit soit une, soit plusieurs convulsions toniques du même côté et du côté opposé du corps; ces convulsions ne survivent pas non plus à l'excitation. La section transverse du segment postérieur de la couche optique et du tubercule quadrijumeau antérieur, à la base, dans le territoire du chiasma et de la moitié antérieure de la protubérance, provoque des mouvements de course impétueux avec locomotion et cris : c'est la région de la calotte et du corps genouillé interne qui est la plus sensible. L'excitation mécanique et faradique de la surface du tubercule quadrijumeau antérieur est suivie de l'accélération de la respiration, de nystagmus, de mouvements impétueux de la locomotion; — 3° l'excitation du tubercule quadrijumeau postérieur engendre des convulsions tétaniques qui survivent de plusieurs minutes a l'excitation, sans mouvements de locomotion. Ces convulsions sont plus fortes du côté lésé que du côté opposé.

Tous ces phénomènes sont d'ordre réflexe. Le tractus sensitif qui préside aux mouvements de course et de locomotion occupe la bandelette optique. La genèse des convulsions tétaniques sans mouvements de locomotion n'a rien à voir avec le pied du pédoncule, mais il est possible que le réflexe passe par la

calotte en prenant le chemin des fibres acoustiques. Le transport de l'excitation des voies sensitives aux voies motrices a lieu, non par les tubercules quadrijumeaux, mais par les noyaux de la calotte ou les corps genouillés. Les tractus moteurs qui conduisent l'excitation ne sont pas les pyramides, car, chez le lapin, elles ne sont pas en connexion avec les tractus sensibles de la calotte, et d'ailleurs, les mouvements se produisent surtout du côté de l'excitation. — Quand on conserve les hémisphères, les résultats sont, en certains cas, les mêmes; donc l'excitation n'a pas pour simple effet d'annihiler les phénomènes d'arrêt. — *La convulsion tétanique paraît résulter de l'irritation des ganglions infra-corticaux, tandis que la convulsion clonique est d'origine corticale.* — Il est probable que les convulsions clonicotoniques que l'on obtient par faradisation du cerveau du lapin sont, pour leurs composants toniques, à rattacher à l'irritation indirecte de la protubérance ou du tubercule quadrijumeau postérieur. — Quant à appliquer ces résultats expérimentaux à l'explication de la genèse de l'épilepsie humaine, il convient de se montrer prudent. Le mémoire contient en outre une analyse complète de toutes les expérimentations antérieures. P. KERAVAL.

XXI. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA NÉVRITE ALCOOLIQUE MULTILOCULAIRE; par R. THOMSEN. (*Arch. f. Psych.*, XXI., 3.)

Observation I. — Homme de vingt-quatre ans; névrite aiguë avec tachycardie, blépharoptose de la paupière gauche, double parésie de l'oculomoteur externe, nystagmus; paraplégie flasque; mort en trente jours de pneumonie. Intégrité de la moelle, du bulbe, des racines des nerfs craniens, dégénérescence des nerfs périphériques; légère dégénérescence des muscles. — *Observation II.* Allures cliniques de l'ataxie locomotrice progressive : douleurs en ceinture, incontinence d'urine, absence persistante du phénomène du genou; amblyopie, alcoolisme, nystagmus, paralysie de l'oculomoteur commun, délire, tremblements, crampes musculaires. Intégrité de la moelle et des noyaux des nerfs craniens, dégénérescence caractéristique des nerfs périphériques. — *Observation III.* Homme de quarante-quatre ans : névrite alcoolique aiguë caractéristique, blépharoptose, nystagmus, tachycardie. Intégrité de la moelle ; dégénérescence atrophique des nerfs périphériques, lésions inflammatoires, hémorrhagiques et scléreuses du noyau postérieur du pneumo-gastrique et du noyau d'origine de l'oculomoteur commun. P. KERAVAL.

XXII. Etudes relatives a l'anatomie pathologique de l'encéphalite aigue ; par M. Friedmann. (*Arch. f. Psychiat.*, XXI, 3.)

Après l'expérimentation (voyez *Archives de Neurologie*, t. XIX, p. 270) la clinique. Cette seconde partie du mémoire (voy. *Archives de Neurologie*, t. XXI, p. 283) traite de *l'encéphalite aiguë spontanée non suppurée chez l'homme*. Le premier groupe dont il est question ici embrasse des types anatomiques qui se rapprochent de l'encéphalite caustique. Ils sont caractérisés par l'existence de grosses cellules épithélioïdes, de même que le ramollissement cérébral a pour élément anatomopathologique la cellule granuleuse ordinaire. De treize observations empruntées aux auteurs (Hayem, Messner, Meyer et Beyer, Leyden, Kahler et Pick, Welt, Kiewlicz) et de quatre cas personnels, M. Friedmann conclut ainsi :

Le processus commence par un stade aigu de deux à trois semaines, les cellules normales prolifèrent en grosses cellules épithéliocides. On constate en même temps les phénomènes de l'inflammation : hyperémie — tuméfaction des cylindraxes et des cellules de la névroglie — exsudation de cellules rondes — prolifération des parois vasculaires. Pendant les mois qui suivent, les produits morbides tendent à se résorber, finalement, ils s'organisent en un tissu de fibres fines conjonctives qui circonscrivent les grosses cellules en question, et les étouffent par rétraction (sclérose aboutissant en plusieurs années à la cicatrisation du foyer.) P. K.

XXIII. Les circonvolutions ascendantes constituant l'organe central des cordons postérieurs ; par P. Flechsig et O. Hœsel. (*Neurolog. Centralbl.*, 1890.)

De l'étude anatomique très détaillée du cerveau d'une hémiplégique depuis cinquante-deux ans à l'autopsie de laquelle on trouva un *trou* occupant le domaine des ascendantes (porencéphalie), les auteurs concluent que les cinq sixièmes au moins des fibres qui, des noyaux d'origine des cordons postérieurs gagnent, en traversant la couche intermédiaire des olives, l'organe central, aboutissent aux circonvolutions ascendantes et, suivant toutes probabilités, à la pariétale ascendante ainsi qu'au lobule paracentral. La zone motrice du cerveau est donc également un centre sensitif (centre de réflexions des cordons postérieurs). L'ataxie qui se montre dans le cas de foyers des lobes pariétaux est donc identique à celle qui se rattache aux lésions des cordons postérieurs. Cette dernière se complique de phénomènes tenant à l'interruption des fibres des cordons latéraux qui ne sont pas reliées aux ascendantes (exemple : les mouvements saccadés). Les ascendantes sont unies aux hémisphères cérébelleux, mais on ne sait si cette connexion d'ailleurs non précisée, a pour but de soumettre les ascendantes à

l'action du cervelet ou si elle constitue une seconde voie motrice adjacente à celle des faisceaux pyramidaux. P. K.

XXIV. Deux altérations remarquables de la moelle ; par E. Kronthal. (*Neurol. Centrabl.* 1890). — Contributions casuistiques a la connaissance des anomalies de développement de la moelle; par Buchholz. (*Arch. f. Psych.* XXII, 1.)

A. Sorte de *diplogénèse* de la moelle chez un bœuf n'ayant présenté aucune anomalie, due à la persistance des fentes fœtales et, par suite, à une métastase de substance nerveuse. La moelle a pour ainsi dire tourné autour de son axe normal en se développant (Kronthal).

B. Chez un jeune lapin, lipome occupant, dans le renflement lombaire, l'angle intermédiaire à la corne antérieure et à la corne postérieure droite; la tumeur est accolée à la partie latérale de cette dernière. Elle n'a pas plus de deux millimètres et demi dans sa portion la plus large. Elle s'est développée dans le tissu muqueux embryonnaire (Kronthal).

C. Chez un paralytique général affecté de dégénérescence marquée des cordons latéraux, moindre des cordons postérieurs, la moelle cervicale présente l'anomalie morphologique suivante. La corne antérieure droite est successivement (de haut en bas) bitriangulaire, ovoïde, cunéiforme, effilée en un arc de cercle dont la convexité est tangente à la corne postérieure (Buchholz) ; enfin elle reprend sa forme normale. P. Keraval.

XXV. Contribution a la question de la fonction du cervelet ; par W. Bechterew. (*Neurol. Centralbl.* 1890.)

L'auteur combat le mémoire de Gowers (voy. *Archives de Neurologie*, t. XXI, p. 288) au profit de ses travaux. Il insiste sur les points suivants, seuls vrais, d'après lui,

I. *Il y a plus de deux systèmes de faisceaux ascendants de la moelle au cervelet.* — D'abord, les cordons postérieurs se composent de plusieurs pièces. Puis, les zones moyennes du cervelet (notamment le vermis supérieur) sont reliées aux noyaux des cordons latéraux qui reçoivent d'en bas une partie des fibres des cordons latéraux.

II. *Il existe des systèmes de faisceaux descendants du cervelet.* — D'abord, le faisceau spinal du pédoncule cérébelleux moyen, qui entre, dans la partie inférieure de la protubérance, en connexion avec des cellules, d'où, par l'intermédiaire du raphé, ces fibres gagnent le noyau réticulaire de Bechterew (voy. *Archives de Neurologie*, t. XIII, p. 81; — t. XII, p. 105, 107) et les zones voisines de la formation réticulaire. Puis, le faisceau unissant les noyaux du toit cérébelleux avec les olives supérieures.

III. *Le cervelet fournit au cerveau trois systèmes de fibres.* — 1° un trousseau qui va du centre des hémisphères cérébelleux aux olives infé-

rieures; de ces olives part, vers le cerveau, le faisceau central de la calotte de Bechterew qui prend fin à la base, dans la région du troisième ventricule; — 2° le trousseau cérébral du pédoncule cérébelleux moyen dont la partie principale vient des segments postérieurs des hémisphères cérébelleux et subit une interruption de la part des éléments de la partie antérieure de la protubérance. Ces éléments-là sont en contact avec l'écorce des lobes frontaux et avec la partie postérieure des hémisphères cérébraux; — 3° les fibres du pédoncule cérébelleux antérieur contiennent quatre différents trousseaux; trois d'entre eux viennent de la région du noyau rouge de Stilling qui, de son côté, envoie des fibres à la couche optique, au noyau lenticulaire, à l'écorce du cerveau. P. K.

XXVI. DURCISSEMENT RAPIDE DE LA MOELLE AU MOYEN DU COURANT ÉLECTRIQUE par L. MINOR. — *Même sujet* par E. WIEDMANN. — COUPES EN SÉRIE A LA PHYTOXYLINE OU CELLOÏDINE; par AL. OBREGIA. (*Neurol. Centralbl.* 1890.)

A. — Une moelle est plongée dans la solution classique de bichromate de potasse. On plonge comparativement deux morceaux du même organe dans un autre vase contenant la même solution soumise à l'action d'un courant continu. Or, au bout de quatre à cinq jours, l'action simple du bichromate a à peine déterminé de durcissement tandis que les segments de moelle soumis à l'action du pôle positif sont aussi durcis que s'ils avaient séjourné dans le liquide depuis deux à trois mois, et colorés en brun foncé. La structure histologique en est admirablement préparée (Minor). M. Wiedemann attribue cet effet à la pénétration endosmotique du réactif sous l'impulsion de l'électricité et rappelle les recherches de Kuehne (*Reichertu du Bois-Reymond's Archiv*, 1860, p. 842); — du Bois-Reymond (*Monatsber. d. Berl. Akad*, 1860, p. 885); — (*Wiedemann's Elektricitœt*, II, p. 176.)

B. — Sur un porte-objet imprégné d'un vernis de sucre et de dextrine (formule dans le Mémoire), vous rangez vos coupes à l'alcool à l'aide d'un papier de soie satiné et du pinceau; elles adhèrent au porte-objet. Vous l'imprégnez doucement, comme si vous versiez du collodion, de la solution de photoxyline (6 gr. pour 100 cent. cubes d'alcool absolu et 100 c. cubes d'éther pur); vous numérotez à l'huile de chrome. Vous plongez ensuite le porte-objet dans l'eau pure qui dissout le vernis de sucre; vos coupes se trouvent incluses dans une fine membrane de celloïdine et deviennent incassables. On les traite ainsi en bloc à l'hématoxyline et au carmin sans que la photoxyline soit colorée. P. KERAVAL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 23 mars 1891. — Présidence de M. Bouchereau.

Les aliénés criminels (suite de la discussion). — M. Christian n'avait pas l'intention de prendre part à la discussion sur la criminalité des aliénés, car il ne peut fournir aucun argument nouveau; mais, mis en cause par M. Marandon de Montyel, il se voit forcé d'intervenir. Ce qui fait que la discussion s'éternise c'est qu'on ne s'entend pas sur la signification exacte des mots *aliénés criminels*. M. Marandon dit que la folie porte à leur apogée les dispositions criminelles antérieures; ce n'est qu'une simple affirmation dont la preuve reste à faire. M. Christian croit aujourd'hui, comme il le croyait en 1881, que la folie peut avoir pour résultat de changer complètement la manière d'être habituelle de l'individu. On ne peut jamais préjuger avec certitude de ce que sera un aliéné, d'après son passé de raison. De même que l'homme vertueux peut se changer en un meurtrier, le criminel le plus endurci peut devenir doux et inoffensif! Voilà ce que M. Christian a toujours pensé mais, sans aller plus loin, ainsi que M. Marandon semble le croire. Ce qui prouve d'ailleurs surabondamment qu'à un certain moment tous les aliénés peuvent devenir dangereux, c'est qu'on les enferme.

Le secrétaire général donne lecture d'une observation de M. Brignier-Corbeau sur un cas de paralysie compliqué de délire aigu. M. B.

Séance solennelle du 27 avril. — Présidence de M. Bouchereau.

Prix Esquirol. D'après les conclusions du rapport de M. Arnaud, le prix Esquirol (200 francs et les œuvres d'Esquirol) est décerné à M. Bonnet, auteur d'un travail sur les *Rapports de la syphilis et de la paralysie générale*. Un seul mémoire avait été présenté.

Prix Aubanel. Le prix n'est pas accordé, mais sur la demande du rapporteur, M. Collineau, une récompense de 1,400 francs est

remise à MM. Mabille et Lallemand co-auteurs d'un travail sur la *Folie des vieillards*. Un seul manuscrit avait été déposé.

Le sujet du prix Aubanel pour 1892 est le suivant : *Etudier la fréquence du délire des grandeurs dans le délire des persécutions.*

Prix Belhomme. De la vision chez les imbéciles et les idiots, tel était la question que les concurrents avaient à traiter. Après le rapport de M. Vallon, le prix est accordé à M. Marie. Deux mémoires avaient été présentés.

M. Ritti, secrétaire général, prononce l'éloge de A. Foville.

M. B.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES A MOSCOU.

Séance du 21 octobre 1890 [1].

Après un discours du président, M. le professeur Kojevnikof, sur la tâche de la Société et l'histoire de sa formation, le secrétaire, M. le Dr Korsakof, lit le compte rendu de la composition et de l'organisation de la Société; puis viennent les communications suivantes :

1. M. V. R. Poutzke. — *Projet d'un nouvel hospice d'aliénés à Moscou.* Cet établissement, pour 300 malades, couvrira une étendue de terrain de 53 déciatines [2] et se composera de 14 sections qui, réunies entre elles par des corridors chauffables, formeront comme autant de petits hospices indépendants et contiendront chacune des places pour les malades de toutes les catégories; de cette manière, on évitera l'accumulation excessive dans un même lieu de malades agités, malpropres, etc.

2. Dr L. S. Minor. — *Quels résultats avons-nous atteints dans le traitement des maladies nerveuses?* Le rapporteur, examinant la question sur toutes ses faces, dirige une attention particulière sur les succès de la thérapeutique en liaison avec les nouvelles données sur la névrite disséminée et sur les progrès de la chirurgie du cerveau.

[1] Cette séance a inauguré l'ère d'activité de la nouvelle Société, composée de vingt et un membres fondateurs. Seuls les spécialistes, neuropathologistes et aliénistes peuvent être membres actifs de la Société. Les séances ont lieu tous les mois, à huis-clos (à l'exception des séances annuelles).

[2] La déciatine vaut 1,092 hectares.

3. M. G. Rossolimo. — *Du rôle de l'hypnotisme dans la thérapeutique.* L'hypnotisme peut être employé, s'il n'y a pas de contre-indications : 1) quand les symptômes nerveux, principalement les symptômes hystériques, ne cèdent à aucun autre traitement; 2) quand il faut agir rapidement pour éviter des symptômes hystériques dangereux; 3) dans un but diagnostique, dans certains cas obscurs.

Séance du 16 novembre 1890.

1. Le Dr Rossolimo présente une femme de quarante-huit ans qui, selon lui, est atteinte de chorée sénile héréditaire. Dans le courant de quatre années, parallèlement à un affaiblissement de la mémoire et du raisonnement, à des frayeurs fréquentes et à une impressionnabilité exagérée, s'est développée une certaine difficulté dans les fonctions musculaires (depuis la station jusqu'aux plus légers mouvements des doigts, à la suite de mouvements choréiformes continuels des muscles du tronc et des extrémités, mouvements qui s'accentuent encore davantage lorsque la malade est agitée. Les muscles de la face et du cou ne sont pas atteints. Les symptômes morbides vont en progressant. L'étiologie est restée obscure; pas de preuves ou d'indices d'hérédité, de syphilis, d'intoxication. MM. les Drs Korsakof, Minor, Kornilof et Chatalof ne sont pas d'accord avec le diagnostic du rapporteur et ne trouvent pas que les troubles des mouvements aient chez la malade le caractère de la chorée.

2. Le Dr Egorof communique un cas de *gliomatose* de la partie cervicale de la moelle épinière, et expose une série de coupes microscopiques de cet organe, qui présente aussi en maint endroit des anomalies dans le développement du renflement cervical : dédoublement du canal central, de la fissure antérieure, et une tumeur adhérente à la dure-mère. A cet endroit (entre la 7e racine cervicale et la 2e racine dorsale), la tumeur s'est étendue à la dure-mère; plus haut, elle s'est prolongée le long de la moelle épinière jusqu'à la 1re racine cervicale, dans la substance grise comme dans la blanche. La maladie qui a duré quatre mois chez une jeune fille de dix-neuf ans, a présenté les symptômes d'une paralysie atrophique progressive des extrémités supérieures et des muscles du cou. La mort a été causée par une hémorragie dans les membranes de la moelle épinière. Il n'est pas possible de développer dans un compte rendu concis les détails cliniques et anatomiques de ces cas, ainsi que les conclusions de l'auteur et la discussion à laquelle ces dernières ont donné lieu.

3. M. Repmann, étudiant la question du remplacement dans l'*électrothérapeutique* du courant de batterie par le courant d'une

machine dynamique, trouve que ce changement n'est ni avantageux ni facile, en quoi MM. les Drs Minor, Kornilof et d'autres ne sont pas d'accord avec lui.

Séance du 14 décembre 1890.

M. G. Rossolimo. Contribution à l'étude de la symptomopathologie des tumeurs du cerveau.

Chez une femme de soixante-dix ans, se sont développées, après une attaque d'apoplexie, une parésie du nerf facial et une aphasie amnestétique et motrice avec des symptômes d'apraxie; cette dernière se manifestait en ce que la malade avait de la peine à commencer une action quelconque qui auparavant lui était facile et familière. Au bout d'un mois et demi, hémiparésie droite qui se transforme en hémiplégie. A l'autopsie, on a trouvé dans le lobe frontal gauche, dans la région des 2e et 3e circonvolutions frontales, une tumeur sphérique, de 4 centimètres, qui a été reconnue pour une « endothelioma cylindromatode ».

Discussion. Le Dr Korsakof, rappelant les divers modes de manifestation de l'apraxie dans différents cas, considère comme possible de rattacher la forme observée par le rapporteur aux lésions des lobes frontaux du cerveau.

M. Roth, rappelant que dans les tumeurs, il faut toujours tenir compte des influences dites éloignées, s'élève contre une localisation aussi déterminée. M. Kornilof désirerait qu'on ne rangeât sous le nom d'*apraxie* que les cas dans lesquels la faculté de faire quelque chose est troublée. M. le professeur Kojewnikof, au contraire, trouve qu'il est plus exact de comprendre sous le nom d'*apraxie* tous les cas dans lesquels existe un trouble de la faculté d'accomplir une action quelconque.

M. N. Chatalof. — *Contribution à l'étude de l'hystérie épidémique.* Le rapporteur relate deux épidémies d'hystérie observées à Moscou. La première, qui dura environ un mois, se produisit dans une école de la ville, parmi des filles de dix à treize ans. La deuxième a été observée dans une fabrique de dentelles, parmi des jeunes ouvrières de dix-neuf à vingt-six ans; elle dura cinq jours, et vingt personnes en furent atteintes. Dans le développement de ces deux épidémies, l'élément religieux, si fréquent dans les cas de ce genre, manquait totalement.

3. M. S. Kiriltsef. *Contribution à la casuistique des affections de la couche optique.* Les symptômes suivants ont été remarqués chez le malade, homme de dix-huit ans, sept mois après un coup reçu à la tête dans une chute faite d'assez haut : hémiparésie droite; ataxie des mouvements de la jambe et du bras droits; démarche

chancelante; ptosis peu prononcée à gauche; réaction faible des pupilles à la lumière; affaiblissement de la vue; disparition complète du sens musculaire et un certain affaiblissement des autres formes de la sensibilité dans les extrémités droites; absence complète des mouvements mimiques dans la moitié droite de la face avec conservation des mouvements spontanés. *Exitus letalis*. A l'autopsie, on a trouvé, dans la couche optique gauche, une tumeur (gliosarcoma) de la grosseur d'un gros œuf, s'étendant à la moitié gauche du corps quadrijumeau. Se basant sur ce cas et rappelant des observations anatomiques puisées dans la littérature médicale, le rapporteur conclut que les couches optiques ont un rapport intime avec l'origine des mouvements mimiques et avec le sens musculaire.

M. Kornilof dit qu'il a pu observer un cas de tumeur de la couche optique, dans lequel il n'y avait pas de paralysie des mouvements mimiques.

Séance du 18 janvier 1891.

1. M. Doubrovine. — *Cas d'une affection psychique post-typhoïde.* Un prêtre, âgé de 41 ans, sans hérédité psychique ou nerveuse ni syphilis dans l'anamnèse, mais ayant abusé des spiritueux, est atteint, à la suite du typhus abdominal, de parésie des extrémités, d'une amnésie prononcée, surtout en ce qui concerne les événements des derniers temps, mais avec une grande quantité de pseudo-réminiscences; le cercle des idées est rétréci et leur cours est lent; le malade est accablé; toutes ses actions, de même que sa conversation sont de caractère stéréotypique; douleurs dans le ventre, donnant naissance à une série d'illusions qui, à leur tour, causent un délire hypocondriaque. Au bout de six mois, légère amélioration dans l'état de la mémoire. Le rapporteur considère ce cas comme une psychose polyneuritique, dans laquelle l'alcool a joué le rôle de cause prédisposante et le typhus celui de cause déterminante.

Dans la discussion qui suit cette communication, quelques-uns (MM. Serbstey, Ouspiensky) considèrent ce cas comme une paralysie alcoolique pure; d'un autre côté (M. Karsakoff), on attire l'attention sur le fait que la psychose est plus accentuée que les parésies et sur les illusions viscérales caractéristiques causant le délire hypocondriaque, comme sur des phénomènes appartenant plus particulièrement aux affections post-typhoïdes. Le Dr Korsakof saisit cette occasion pour démontrer la nécessité d'introduire dans la nomenclature psychiatrique le terme de *psychose polyneuritique*.

2. M. Repmann. — *Sur le remplacement du courant de batterie* par celui d'une machine dynamique. Le Dr Repmann estime que le nombre invariable des volts dans la machine dynamique la distingue d'une manière capitale du courant de batterie, dans l'action physiologique. La machine dynamique, calculée dans un certain but, pour l'éclairage, par exemple, ne peut être employée dans un but médical de même qu'elle a été reconnue inutilisable pour les télégraphes. Le rapporteur fait en même temps ressortir quelques petits inconvénients de l'emploi du courant d'une machine dynamique et doute, enfin, du bon marché de l'utilisation de ce courant, car l'abaissement de l'intensité du courant, au moyen d'un rhéostat est accompagnée d'une perte de la force électrique qu'il faudra cependant payer. Le rapporteur estime en même temps que théoriquement et pratiquement, le remplacement du courant de batterie par des accumulateurs sera plus avantageux dans la pratique électrothérapeutique.

Dans la discussion qui s'ensuit, M. le professeur Kojewnikof fait remarquer l'intérêt de la question en ce que la clinique des maladies nerveuses est éclairée à l'électricité et aura en outre une batterie d'accumulateurs.

MM. Roth et Minor font remarquer que le nombre des volts des machines dynamiques dont on parle, est trop peu considérable pour qu'il soit possible de parler de la différence dans l'action physiologique entre le courant de nos batteries et celui d'une machine dynamique.

M. Repmann ne nie pas la possibilité de remplacer le courant de batterie par celui d'une machine électrique, mais tient pour non rationnel le mode actuel de dérivation du courant (comme chez M. Brôse, à Berlin) : il promet de développer prochainement son opinion plus en détail.

3. M. Egorof. — *Cas de syringomyélie.* Sous ce titre, le Dr Egorof cite le cas d'un syphilitique chez lequel on remarquait (pendant la vie) une paraplégie inférieure avec atrophies, perte des reflexes rotuliens, anesthésies et abolition de la réaction des pupilles à la lumière. Après la mort du sujet, à côté d'une dégénérescence tabétique, d'une méningite de la région lombaire et d'une altération syphilitique des vaisseaux, l'autopsie a fait constater l'existence dans la moelle épinière de quelques lacunes ayant évidemment la même origine que l'hyperphasie de la neuroglie trouvée dans la même moelle.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 15 décembre 1890 [1]. — PRÉSIDENCE DE M. LŒHR AINÉ.

Le Président, après avoir fait l'éloge du Congrès international, exalte les mérites de tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à son succès.

M. NÆCKE. *Contributions à l'anthropologie et à la biologie des criminelles aliénées.* En examinant comparativement 100 gardiennes et les malades en question, on trouve la proportion de 1 à 41 psychopathies chroniques, — 2,45 aliénées ayant subi déjà une condamnation ou ayant été l'objet d'une instruction rogatoire, mais dans ce nombre, 20 p. 100 n'étaient pas coupables, — 3,53 transférées de divers établissements pénitentiaires, dont 15 p. 100 étaient évidemment aliénées à l'époque du crime ou du délit, plus de 20 p. 100 ne présentant auparavant qu'un esprit troublé. La jeunesse domine chez les femmes normales examinées, et chez une partie des délinquantes. La capacité cranienne paraît supérieure chez les gardiennes. Chez elles, on rencontre plus souvent que chez les aliénées la prééminence en volume du sinciput sur l'occiput. La face mongole existe chez 18 p. 100 des gardiennes; on l'observe sur 61 p. 100 des délinquantes.

Les signes de dégénérescence physiques n'ont aucune valeur séméiologique au point de vue de la criminalité; ils sont souvent plus nombreux et plus fréquents chez les gardiennes. L'estimation des difformités craniennes exige une judicieuse prudence de la part du médecin; il ne faut pas perdre de vue que l'étendue de certaines régions peut compenser les anomalies de certaines autres en ce qui concerne le fonctionnement du cerveau, cet organe s'accommodant assez fréquemment très bien de la sous-microcéphalie et de l'hydrocéphalie.

Voici douze crânes de criminelles, parmi lesquels : quatre meurtrières, cinq voleuses. Six sont nettement pathologiques. Les sutures sont plus ou moins effacées dans la moitié des cas au moins. La plupart d'entre eux cubent moins ou plus que la normale. Impossible d'établir de différence entre les voleuses et les meurtrières; au fond, ces crânes eussent pu aussi bien appartenir à des aliénées.

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, séance du 14 juin 1890.

C'est chez les délinquantes que l'on note le plus de naissance sillégitimes, l'abandon moral, la débilité intellectuelle ; elles présentent les signes de la folie morale, l'instinctivité et les anomalies du caractère les plus choquantes et les plus impulsives.

Il n'existe donc pas de type criminel, pas plus que de criminel congénial. Que l'individu, affecté de tares héréditaires, suive dans certaines circonstances, une pente qui le pousse au crime, cela est exact, mais les éléments précités sont simplement prédisposants ; ce sont les agents extérieurs qui en font un criminel. Il convient de ne pas généraliser non plus l'importance des signes de dégénérescence, de ne pas les rattacher à l'atavisme. Le criminel n'est pas davantage un épileptique.

Lombroso, néanmoins, a fait œuvre utile en émettant de nouveaux points de vue scientifiques, en posant sous une forme originale des problèmes auxquels il fournissait des éléments de solution précis et étendus, enfin et surtout en prouvant qu'une partie des criminels (presque tous, d'après lui) sont des malades, à n'en pas douter ; théorie hardie d'un pionnier de génie qui a déjà imprimé une tournure différente à quelques nouveaux codes pénaux et qui a inspiré aux criminalistes une direction prophylactique.

Discussion. — M. Leppmann. La criminalité procède de la combinaison des caractères spécifiques de l'individu et des causes extérieures. Les premiers sont les éléments prédisposants : telles surtout la débilité mentale et la tendance au délire systématique. Les signes de dégénérescence physique y compris le tatouage se retrouvent chez l'homme tout à fait normal. Les services de l'Ecole italienne sont cependant considérables, parce qu'elle adapte la pénalité à l'individu et crée l'orthophrénie pénitentiaire.

M. Mendel se rallie aux idées de M. Leppmann. — M. Neuendorff. L'anthropologie des criminels italiens n'est pas celle des criminels allemands, voilà tout. — M. Richter. Il y a quatre types de criminels : 1° contre la morale ; 2° contre la propriété (voleurs à des degrés divers) ; 3° les faussaires et escrocs ; 4° les meurtriers.

M. Cramer vient soutenir le mémoire lu par lui à la dernière séance. *D'un groupe déterminé d'hallucinations sensorielles dans les anomalies primitives de l'humeur.*

M. Nœcke. Meynert a depuis longtemps essayé d'expliquer la manie et la mélancolie par des troubles de la circulation cérébrale. Seuls un ou deux cas ont rendu cette théorie extrêmement probable. L'année dernière le *Journal of mental science* a tenté d'expliquer la mélancolie par la théorie darwinienne. Enfin il est rationnel d'admettre que les sueurs des mélancoliques sont produites par accumulation d'acide carbonique due à une dyspnée.

M. Jolly. Il n'est pas démontré qu'il existe chez les mélancoliques une contracture des vaisseaux du cerveau, et que ceux-ci soient pa-

ralysés chez les maniaques, Une partie des phénomènes attribués par M. Cramer aux muscles lisses se rattachent à l'émotivité. La seule forme dans laquelle il se produit constamment une contracture vasculaire permanente est un argument contre l'opinion de M. Cramer, car elle existe également dans la stupeur non mélancolique. Quant aux hallucinations, on ne comprendrait pas comment les images motrices de la parole inférieure engendreraient des hallucinations, on ne le comprendrait même pas pour les images verbales acoustiques.

M. Mendel. La genèse des troubles intellectuels par l'hyperémie ou l'anémie cérébrale a contre elle les trois sortes de constatations suivantes. A l'autopsie des mélancoliques et des maniaques, nous trouvons de très variables réplétions vasculaires; il n'est pas rare de constater de l'hyperémie ou de l'anémie cérébrale alors que pendant la vie il n'y avait eu ni mélancolie, ni manie; enfin que de malades présentent des signes de l'anémie ou de l'hypérémie cérébrale sans être affectés de manie, ni de mélancolie. Les recherches sphygmographiques enseignent qu'il n'y a rien à édifier sur les oscillations de la chasse d'irrigation sanguine.

M. Mœli. Il est difficile d'admettre que la contracture des vaisseaux soit la cause de la psychopathie. Les expériences relatives à la contracture des fibres lisses nous montrent en effet ce phénomène passager et rapidement passager. On ne s'explique pas la genèse des hallucinations sensorielles, dont le tableau est si spécial, dans ces conditions.

M. Cramer. J'ai mentionné les travaux de Meynert. J'ai montré en invoquant les expériences de Luchsinger comment, malgré la contracture vasculaire, les glandes sudorales peuvent sécréter. J'ai signalé la genèse des troubles de la sensibilité affective par le développement de la théorie de la descendance. Enfin, pour répondre à M. Jolly, on voit tous les jours un individu en parfait état de nutrition devenir mélancolique; il peut y avoir contracture vasculaire localisée sans anémie générale. Inversement un anémique peut être atteint de manie par genèse partielle d'une ectasie vasculaire intra-cérébrale; ces mécanismes n'ont rien à voir avec la nutrition de l'ensemble de l'économie. D'ailleurs, quand la mélancolie se prolonge, la nutrition générale finit par souffrir. De même le maniaque, à la longue devient autophage par excès d'usure. Enfin les stupides ne sont pas tous mélancoliques; il est du reste possible que la contracture vasculaire observée par M. Jolly chez les stupides affecte un mécanisme différent de celui que nous acceptons pour nos observations personnelles.

On remarquera d'autre part que l'autopsie ne fournit pas la photographie de ce qui se passe pendant la vie sous l'influence des troubles fonctionnels.

Si le sphygmographe ne permet pas de reconnaître une évidente différence entre la mélancolie et la manie, cela ne veut pas dire que nous ayons tort. En effet, prenons le seul fait où cet argument aurait quelque poids, prenons un cas de folie circulaire dans lequel, sur un seul et même individu, on ne constate aucune différence dans les trois phases de la maladie. Ne sait-on pas qu'il est impossible de prendre son tracé pendant le stade de la manie? Par conséquent on manque de l'élément principal de comparaison. Ce qu'il faudrait, c'est prendre la pression du sang; or, il n'est pas de méthode à l'abri de tout reproche capable de répondre à ce desideratum.

La chair de poule que l'on constate pendant les paroxysmes de l'angoisse prouvent bien la contraction des fibres musculaires lisses; mais je n'ai pas entendu dire par là que les cheveux des mélancoliques fussent constamment hérissés; c'est une relation de cause à effet que j'ai mise en relief.

Je répète que les hallucinations sensorielles émanent, dans l'espèce, du sens musculaire de l'appareil du langage. En effet, les conceptions représentatives que peut ralentir ou accélérer un ensemble de phénomènes pathologiques ou physiologiques, sont principalement celles qui ont pour facteurs les sensations des mouvements de l'articulation verbale; la pensée en un mot est une parole intérieure. Il nous est impossible de voir un rayon de lumière sans nous formuler en *à parte* ces questions : d'où vient la lumière? quelle espèce de lumière est-ce? etc. Les sourds-muets eux-mêmes n'échappent pas au courant irrésistible du langage intérieur, formulé par symboles équivalents aux nôtres bien entendu. De quelque façon qu'on envisage le fonctionnement de l'activité mentale, fatalement on arrive à rencontrer l'intime association des images motrices du langage avec celles qui proviennent des autres territoires sensoriels. Il est donc juste de penser que des troubles de l'irrigation sanguine déterminent une excitation pathologique, d'où se formeront des conceptions représentatives anormales; ces conceptions anormales se produiront sous forme d'hallucinations sensorielles et, d'après ce que nous venons de dire, d'hallucinations sensorielles portant sur le sens musculaire de l'appareil d'articulation. Ce qui ne veut pas dire que, par exception, d'autres hallucinations ne se puissent effectuer. Mes théories s'appuient sur l'observation générale que, d'ordinaire, le mélancolique est pâle et a un pouls tendu, tandis que le maniaque est congestionné et a un pouls dépressible. Elles ne sauraient être exclusives pas plus que toutes les théories.

M. Hebold. *Traitement au lit et cellule.* — Dans le service des hommes de l'asile de Sorau, sur trois cents hommes, nous en avons cinquante qui sont constamment couchés, deux seulement sont alités, à raison de maladies physiques anciennes n'ayant rien à voir

avec les troubles intellectuels; les autres sont maintenus au lit à cause de leur psychopathie et de ses conséquences. Voici les motifs de cet alitement forcé. Tantôt il s'agit de malades faibles présentant des troubles vaso-moteurs dans les extrémités inférieures. Tantôt, et c'est la majorité, ce sont des déments, parmi lesquels beaucoup de paralytiques, qui supportent difficilement les changements de saison. A ce propos, des attaques congestives, qui chez les paralytiques généraux eussent pu être mortelles, se dissipent rapidement à la suite du séjour au lit, fût-il court.

Le même traitement est appliqué aux sitiophobes, malades déprimés pour la plupart, aux épileptiques en état de mal, aux aliénés malpropres et gâteux; le lit est à la fois un agent thérapeutique, à la fois un moyen de surveillance.

Mais il n'y a pas lieu de généraliser l'emploi de ce système. Tantôt il est préférable à l'emploi de la cellule, tantôt au contraire celle-ci est supérieure à l'alitement forcé. Il y a des malades qui, même au lit ne peuvent reposer ni se calmer à cause du bruit fait par les voisins, qui restent réfractaires aux bains et aux médicaments, tandis que l'isolement fait merveille. D'autres au contraire, notamment les masturbateurs, voient leur affection s'aggraver par la solitude. C'est au fond une question d'espèces.

Discussion. — M. Alter. Effectivement, il y a des cas où il faut faire de l'isolement. Mais à Leubus, la durée n'en dépasse pas trois semaines; nous y évitons la réclusion permanente.

M. Nœcke, doute que, dans les psychopathies chroniques, le traitement au lit soit de notable utilité. C'est avant tout une question d'espace et de personnel. Lorsque, comme à Hubertusbourg, il y a encombrement, il n'est guère praticable; ajoutons que nous y avons trop peu d'infirmiers. Quant à la gangrène par décubitus, il est impossible de toujours l'éviter.

M. Alter. Le traitement au lit a un autre avantage, celui de montrer aux infirmiers qu'il s'agit de malades.

M. Neuendorff. L'alitement convient aux mélancolies récentes. Les résultats obtenus par ce procédé chez les maniaques et les paralytiques à Leubeus et à Sorau sont merveilleux.

M. Mueller. Le traitement au lit a également une grande importance dans la thérapeutique des maladies nerveuses, notamment dans les légers états d'angoisse avec excitation intellectuelle. On régularise ainsi l'action du cœur par le décubitus horizontal. Mais il faut augmenter l'activité de la nutrition par le massage.

M. Hebold. Ma communication a eu surtout pour but de mettre en pleine lumière deux succédanés, le traitement au lit et la réclusion en cellule. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVII, 5.)

P. Keraval.

IVe CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

RÉUNIS A MOSCOU LE 15 JANVIER 1891[1]

SECTION DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES.

Séance du 20 Janvier.

(Maladies nerveuses.)

Présidence de M. le Professeur KOJEVNIKOFF.

Présidence d'honneur de M. MOTSCHOUTKOVSKI (Odessa).

M. MINOR a fait une communication « *sur les affections symétriques et pseudo-systématiques de la moelle épinière* ». Ce travail est fondé sur ses recherches antérieures dans les cliniques de Charcot et de Westphal et une nouvelle observation provenant de l'hôpital de Jaouse.

Parmi les signes convaincants du caractère systématique de la lésion médullaire, le plus important est la disposition symétrique de la lésion. Cependant ce signe ne doit pas être considéré comme absolu, car des méningites simples et des processus nettement périvasculaires et par conséquent se rattachant à des lésions diffuses possèdent également une tendance, non seulement de se localiser dans les régions où se développent les légions systématiques (notamment dans la moitié postérieure de la moelle épinière), mais aussi de se disposer par des foyers symétriques séparés. Ces foyers occupent souvent dans les cordons latéraux une très petite étendue le long de la moelle épinière et donnent alors naissance à des scléroses descendantes sur les trajets pyramidaux qui, si on n'y regarde pas de près, peuvent être prises pour des scléroses primitives. Dans les cordons postérieurs, ces foyers forment quelquefois des figures tellement semblables à certaines scléroses tabétiques qu'ici également on pourrait les confondre avec le tabes véritable. Des scléroses symétriques semblables étant surtout fréquentes dans les cas de syphilis du système nerveux (et peut-être aussi dans l'alcoolisme) et les symptômes oculaires étant possibles dans cette affection à titre d'un phénomène indépendant, on peut supposer l'existence chez les anciens syphilitiques des symptômes semblables à ceux du tabes où la lésion médullaire n'est pas primitive parenchymateuse, mais seulement symétrique, périvasculaire. Dans la syphilis du système nerveux, on peut observer des névri-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, n° 63, p. 460.

tes dégénératives absolument semblables à celles qu'on rencontre dans le tabes, l'alcoolisme et les autres affections toxiques du système nerveux. La méningite syphilitique (et toute autre, peut-être), exerce une influence énorme sur la nutrition de la moelle épinière, non seulement par la propagation du processus sur la substance médullaire, mais d'une façon purement mécanique en comprimant et en déformant la moelle avec une intensité plus ou moins grande. Cette déformation peut aller dans certaines régions de la moelle grêle et libre comme au niveau du cône médullaire, par exemple, jusqu'à une inflexion complète de la moelle sur son axe longitudinal et simuler de cette façon une anomalie très rare de la moelle — son dédoublement.

A propos de cette communication, M. le professeur KOJEVNIKOFF a attiré l'attention de la section sur l'activité excessivement productive et absolument indépendante de M. Minor, qui a déjà doté la littérature spéciale russe d'une série de travaux très importants relativement à la pathologie de la moelle ; aussi, proposa-t-il à la section de remercier M. Minor, ce qui a été unanimement accepté par l'assemblée.

M. EPOFF a lu ensuite une communication « *sur la structure des nerfs périphériques* » . Les recherches de l'auteur ont trait à la structure très fine, principalement de l'enveloppe de myéline et du cylindre-axe; elles mettent sous un jour nouveau et indépendant les particularités histologiques de ces éléments en tissu nerveux. L'enveloppe de myéline est constituée, d'après l'auteur, de cinq à six couches concentriques absolument égales. Jusqu'à présent, on voyait cette division en couches de la myéline, mais on la considérait comme étant un produit artificiel tenant à l'action de l'acide osmique: il est très probable que la division en couches n'était pas très nette, car les méthodes employées pour la mettre en évidence étaient tout autres chez l'auteur que chez les histologistes précédents. Le cylindre-axe mesure, d'après M. Epoff, de 3/5 à 4/5 de l'épaisseur entière de la fibre nerveuse ; on sait, cependant, que dans les manuels courants, l'épaisseur approximative du cylindre-axe s'évaluait jusqu'à présent à 1/5 de la fibre, ce qui s'explique, d'après l'auteur, par l'action des bichromates. La substance intermédiaire entre les fibrilles constitutives du cylindre-axe dans un nerf vivant est, d'après l'auteur, dans un état gélatineux. La disposition régulière des couches dans l'enveloppe de myéline permet de supposer que cette enveloppe se développe, non pas du noyau de la gaîne de Schwann, comme le pense Ranvier, mais de la substance gélatineuse du cylindre-axe. En se fondant sur ses recherches, l'auteur émet des doutes sur l'existence de l'axolemme. Enfin, M. EPOFF pense que les fibres de Remack ne se ramifient pas en réalité et consistent, de même que le cylindre-axe, des fibrilles secondaires très fines.

M. Rossolimo a fait une communication « *sur la physiologie et la pathologie du réflexe anal* ». L'état du réflexe anal peut (au milieu d'autres signes) aider le diagnostic différentiel entre les affections anatomiques et fonctionnelles du système nerveux.

M. Tokarski a lu les principales conclusions de son travail « *sur l'application thérapeutique de l'hypnotisme* ». En se fondant sur ses observations personnelles nombreuses, l'auteur se déclare convaincu que l'état hypnotique et la suggestion sont des facteurs thérapeutiques très importants. Leur rôle est suffisamment élucidé à l'heure qu'il est et il devient possible d'apprécier leur véritable valeur. La possibilité d'utiliser l'hypnotisme comme moyen de traitement se détermine complètement par la personnalité même de l'hypnotisé. Actuellement, il n'existe pas encore de moyens de rendre tout le monde, sans exception, susceptible à l'action de cet agent. Le domaine principal de l'application de l'hypnotisme est constitué par des affections nerveuses fonctionnelles dans lesquelles il peut être considéré comme un moyen radical. L'hypnotisme peut donner des résultats favorables dans les affections présentant des troubles locaux ayant pour cause une perturbation dans la nutrition ou dans la circulation par influence purement nerveuse. Mais dans les cas où la maladie est entièrement déterminée par une perte de substance, l'hypnotisme est complètement impuissant. Dans les cas mixtes, où à côté des phénomènes qui dépendent de la perte de substance se trouvent d'autres déterminés par une influence réflexe du système nerveux, on peut, à l'aide de l'hypnotisme, ramener les symptômes au cadre exigé seulement par la perte de substance. C'est ainsi qu'on peut expliquer la guérison des maladies qui paraissent déterminées par des lésions organiques et qui en réalité se trouvent sous la dépendance d'un trouble réflexe d'une fonction nerveuse. A côté de la possibilité d'écarter au moyen de l'hypnotisme l'ensemble des symptômes morbides, il faut encore ne pas oublier qu'il peut servir à titre symptomatique et contribuer ainsi à la guérison par une voie indirecte. Parmi les symptômes les plus importants susceptibles d'être combattus au moyen de l'hypnotisme, l'auteur cite: l'insomnie, la douleur, le refus d'aliment, la crainte et l'inquiétude. Le médecin doit appliquer l'hypnotisme dans les cas où tous les autres moyens sont épuisés et où la maladie admet encore la possibilité de la guérison, de même que dans les cas où l'emploi de tous les traitements symptomatiques n'a pas donné de résultat satisfaisant. Dans tous les cas, un médecin qui refuse actuellement de traiter son malade par l'hypnotisme doit avoir pour cela des raisons très sérieuses. La possibilité de l'influence nuisible sur laquelle on attire actuellement l'attention si souvent, ne peut servir de raison suffisante pour refuser l'application de ce moyen thérapeutique, car cette possibilité est bien moins grande dans l'hypnotisme que dans les autres

médications très actives couramment employées. L'application de l'hypnotisme est accessible à tout médecin, mais il est indispensable que celui-ci soit au courant de la technique d'hynotisation et des phénomènes hypnotiques en général. L'application de l'hypnotisme étant un traitement exclusivement psychique, il est nécessaire que le médecin qui s'en occupe soit au courant des éléments de la psychiatrie pour pouvoir caractériser l'état du malade et apprécier les changements qui s'opèrent en lui. L'application de l'hypnotisme n'exclut nullement l'usage simultané des autres moyens de traitement; aussi, il est inadmissible de laisser créer une classe particulière de médecins — hypnotiseurs qui traitent tout par l'hypnotisme et qui refusent les autres méthodes thérapeutiques.

A propos de cette communication, les remarques suivantes ont été échangées :

M. Victoroff demande si on peut affirmer que la suggestion hypnotique soit capable de guérir radicalement les troubles fonctionnels? La neurasthénie est un trouble fonctionnel par excellence, mais elle est souvent une expression de la constitution neuropathique et il est peu probable que l'on puisse, chez de tels neurasthéniques, obtenir par la suggestion une guérison radicale. Il demande, en outre, si on peut, chez des sujets réfractaires, avoir recours aux narcotiques (amyline-hydrate, chloroforme — Aug. Voisin) afin d'obtenir l'hypnose.

M. Tokarski a répondu que dans les cas où les troubles fonctionnels sont greffés sur un terrain de dégénérescence, l'hypnotisme n'est pas applicable. Quant à l'usage de narcotiques chez des sujets réfractaires, ils peuvent s'appliquer avec succès comme l'ont démontré plusieurs observations.

M. Korniloff voit un désaccord entre l'opinion de M. Tokarski et celle des autres auteurs qui considèrent les états hypnotiques comme anormaux.

M. Jakovenko demande à M. Tokarski dans quels cas l'application de l'hypnotisme se trouve contre-indiquée. Ainsi, par exemple, la vieillesse, une lésion organique du cœur, etc... sont-elles des contre-indications ?

M. Tokarski a répondu que ces conditions doivent rendre l'opérateur plus circonspect, mais que prises en elles-mêmes, la vieillesse ou une lésion organique du cœur ne constituent pas des contre-indications à l'application de l'hypnose.

M. Orschanski a terminé cette dernière séance de la section par sa communication « *sur le rôle des particularités individuelles en psychiatrie* ». Cette communication a été provoquée par les discussions qui ont eu lieu à la séance précédente sur les formes aiguës de la folie; elle tend à démontrer que dans la multiplicité des formes cliniques en aliénation mentale, l'élément individuel joue un

rôle considérable ; de même il faut tenir grand compte des dispositions morales habituelles de telle personne, telle classe sociale, telle peuplade, etc... Plusieurs exemples tirés de l'histoire et de la littérature ont servi à l'auteur à la démonstration de cette idée.

En levant la séance, M. le Dr Motschoutkovski a remercié M. le professeur Kojevnikoff pour l'hospitalité remarquable des neuropathologistes et aliénistes de Moscou. Dr J. Roubinovitch.

BIBLIOGRAPHIE

I. *Les entozoaires de l'encéphale*; par Sigismond Sczypiorski. — (Thèse en doctorat. Paris, 1890.)

Cette thèse contient l'étude de 54 observations empruntées à divers auteurs; une observation personnelle dans laquelle les symptômes ressemblaient à ceux du tétanos a été le point de départ de cette étude.

Les parasites vésiculaires de l'encéphale sont les cysticerques, plus fréquents, et dont le siège est à la périphérie, et les échinocoques qui se trouvent dans le parenchyme ; le pronostic est moins grave relativement dans les cas de cysticerque; le diagnostic absolu est impossible en raison du polymorphisme des symptômes.

En général, les kystes à échinocoques sont caractérisés par : la céphalée persistante, l'épilepsie et les paralysies partielles mais durables, la démence croissante, la marche progressive, le début à l'âge de vingt ou trente ans, la durée deux ou trois ans. — Les cysticerques par : la marche irrégulière, le début à quarante ou cinquante ans, l'épilepsie passagère par accès, les contractions, les vomissements, les troubles psychiques, la céphalalgie intermittente, la durée prolongée. Quelquefois ils passent inaperçus. — Bon travail à consulter.

II. *La Neurasthénie*; par L. Bouveret, agrégé de la Faculté de Médecine de Lyon. (1890, J.-B. Baillière.)

Sous ce nom, l'auteur décrit l'épuisement nerveux; autrement dit l'irritation spinale de Franck, le névrospasme de Brachet, l'état nerveux de Sandroos, la névralgie raréiforme de Caisan, la névralgie générale de Valleix, le neuvrosisme de Bouchut, la névropathie

cérébro-cardiaque de Krishaber. Des phénomènes de dépression, nerveuse depuis l'amoindrissement léger de la force nerveuse jusqu'à la prostration et des symptômes d'excitation constituant la faiblesse irritable la caractérisent.

Elle peut être héréditaire et débuter à quinze ans, acquise de trente à cinquante ans ; la race jaune et slave, le surmenage cérébral et toutes ses causes, les toxiques : alcool, tabac, morphine, éther, cocaïne, le surmenage musculaire, le traumatisme y prédisposent ou l'occasionnent. Les troubles utérins et dyspeptiques en seraient d'après l'auteur moins des causes que des effets.

Les types cliniques sont : 1° La neurasthénie féminine par suite de tourments ou fatigues, avec pâleur, langueur, anémie, troubles utérins, paresse, troubles sensitifs, intellectuels, aboulie; 2° la neurasthénie traumatique, plus fréquente à l'hôpital, associée à de l'hystérie, résistant à tout traitement; à cause de la ténacité des symptômes, déterminant une existence misérable, attristée avec incapacité de travail, terminant parfois par le suicide ; 3° la neurasthénie commune, avec symptômes mixtes, combinés, avec prédominance des troubles gastriques et intestinaux et les préoccupations hypocondriaques distincts de l'hypocondrie vésanique.

Les symptômes de la neurasthénie qui méritent le nom de stigmates, sont : 1° La céphalée, (le casque neurasthénique de Charcot) contraction siégeant à la nuque, apparaissant le matin, calmée après le repas. 2° L'insomnie, surtout en cas de cause relevant du surmenage intellectuel et des passions déprimantes. 3° La dépression cérébrale portant sur toutes les facultés, surtout sur la mémorre, l'attention, la volonté et le caractère. 4° L'affaiblissement de la motilité, avec lassitude douloureuse, et anéantissement subit dans les muscles. 5° La rachialgie avec ses sièges de prédilection : région lombaire, cocydinie. 6° La dyspepsie par atonie gastro-intestinale dont 2 formes : une bornée à des troubles fonctionnels, anorexie, ballonnement, eructation, constipation, colites glaireuses, l'autre avec troubles généraux graves ou plusieurs précédents symptômes, la dilatation de l'estomac et le complexus du prolapsus de Glénard l'estomac, foie, rein, intestins. 7° La dilatation de la pupille et la cyanose des extrémités. 8° L'inquiétude, l'agitation sur place, les vertiges, l'agoraphobie et les autres états auxieux, l'hypocondrie, les troubles divers de la sensibilité et des troubles du sens. 9° Les troubles génitaux et urinaires.

La neurasthénie cérébro-spinale forme deux types : la cérébasthénie et la myélasthénie. Selon la prédominance des symptômes, l'auteur considère encore les formes suivantes : neurasthénie gastrique, cardiaque, névralgique, l'hémineurasthénie, la neurasthénie monosymptomatique mentale ; la petite neurasthénie. — Les cent dernières pages de cet intéressant travail sont consacrées au traitement

CHARPENTIER.

III. *Des maladies de l'esprit;* par le Dr Pichon.
(1888. Doin, éditeur.)

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux délires pro prement dits et principalement à l'étude de la coexistence de plusieurs délires d'origine différente chez le même individu. A cette occasion, l'auteur étudie la question de folie paralytique et de démence paralytique dans la paralysie générale et le délire des dégénérés et le délire alcoolique chez les persécutés; l'association chez un même malade de la maladie de Lasègue (délire des persécutions et de la dégénérescence mentale héréditaire). A propos de l'épilepsie il étudie les délires soit liés à la dégénérescence, soit liés à l'alcoolisme, soit liés à la maladie de Lasègue, apparaissant chez des épileptiques en dehors de leur délire épileptique, et il cite une curieuse observation de coexistence de délires d'origine et de nature différente, chez le même individu; il cite aussi la présence d'alternance de délire de persécution, de délire alcoolique et de délire épileptique survenant chez une dégénération héréditaire. La seconde partie a trait aux délires et états toxiques considérés surtout dans leurs rapports réciproques; ici sont étudiés, les délires alcooliques et toxiques, la morphinomanie, l'absinthisme, l'éthéromanie, le chloralisme, et le piromiame et leurs conclusions chez un même sujet; l'auteur rattache toutes ces intoxications à une prédisposition individuelle en admettant qu'il existe à la base de toutes les intoxications un état mental spécial et souvent un état de déséquilibration. Charpentier.

IV. *Hérédité et Alcoolisme ;* par M. Legrain.
(Paris, A. Doin, édit., 1889.)

L'alcoolisme et l'hérédité pathologique sont deux éléments que l'on trouve souvent en présence sur le terrain clinique ; tout en conservant leurs caractères propres, ils réagissent pourtant l'un sur l'autre et s'influencent réciproquement. Les dégénérés créent des buveurs, et les buveurs des dégénérés. Le buveur conscient de ses excès, et par conséquent responsable est un déséquilibré ; il est porteur d'une tare intellectuelle, qu'il soit entraîné à boire par une anomalie du penchant, ou par une anomalie de l'instinct, ou par une anomalie de la volonté. L'ivresse maniaque et l'ivresse mélancolique sont les deux formes principales de l'ivresse des héréditaires; les autres formes décrites : l'ivresse comateuse, l'ivresse apoplectique, l'ivresse convulsive, peuvent se rencontrer chez les héréditaires, mais elles dépendent plutôt de l'alcool ingéré. Le délire alcoolique des dégénérés ne ressemble pas au délire alcoolique stéréotypé, chez les dégénérés les formes délirantes étant celles plus haut décrites. Le délire alcoolique, une fois établi, revêt de

même deux formes principales chez le prédisposé : la forme mélancolique et la forme ambitieuse. Quant à l'épilepsie alcoolique, elle n'existe pas, en tant qu'entité morbide, sauf dans les cas exceptionnels où les malades sont intoxiqués par des substances convulsivantes. La forme la plus pure de l'alcoolisme chez les prédisposés est la dipsomanie qui est spéciale aux dégénérés parfaits. En raison de ce fait qu'un buveur criminel (ivrogne ou alcoolique) peut être un prédisposé à la folie, que conséquemment il pouvait ne pas jouir de la plénitude de sa liberté morale, quand il s'est enivré il y aurait avantage à soumettre à l'examen d'un expert tout alcoolique qui s'est rendu coupable d'un délit : dans ce cas, si le délinquant est reconnu taré, l'expert doit procéder à son égard comme à l'égard d'un aliéné ordinaire, et ne considérer l'alcoolisme et ses conséquences que comme un episode très secondaire.

Paul Blocq.

VARIA

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE.

Règlement. — Art. 1er. — Un congrès de médecins aliénistes se réunit chaque année dans une des villes de France. Peuvent y adhérer non seulement les médecins français, mais aussi les médecins des pays de langue française. La durée du Congrès sera de six jours.

Art. 2. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir.

Art. 3. — La première séance sera ouverte par le Président du bureau du Congrès de l'année précédente, bureau qui a été constitué en comité d'organisation de la nouvelle session. Immédiatement après l'ouverture de la séance, on procédera à la nomination d'un nouveau Président, de Vice-présidents en nombre indéterminé, d'un Secrétaire-général et de Secrétaires des séances. On nommera également des Présidents d'honneur.

Art. 4. — Le bureau nommé a la direction des travaux du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séauces.

Art. 5. — Les membres adhérents français ou étrangers ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Les délégués des administrations publiques françaises jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

Art. 6. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes.

Art. 7. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au Secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la rédaction des procès-verbaux. Dans le cas où ce résumé n'aurait pas été remis, le texte rédigé par le Secrétaire en tiendra lieu.

Art. 8. — Les procès-verbaux seront imprimés et distribués aux membres du Congrès le plus tôt possible après la session.

Art. 9. — Un compte-rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins du bureau. Celui-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrées à l'impression. Tout mémoire qui n'aura pas été remis au Secrétaire général le 15 novembre ne sera pas imprimé.

Art. 10. — Le bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au réglement. Il constitue le comité d'organisation du Congrès de l'année suivante en s'adjoignant les médecins aliénistes de la ville où il doit se réunir.

Programme de la session de Lyon 1891. — *Lundi* 3 *août* 1891 : A 2 heures : Première séance. Ouverture du Congrès. Nomination du bureau. Discussion sur la 1re question à l'ordre du jour : *Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.*

Mardi 4 *août* : A. — A 9 heures du matin : Deuxième séance. Discussion sur la 2e question : *De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs.* — B. — A 2 heures : Troisième séance. Discussion sur la 3e question : *De l'assistance des épileptiques.*

Mercredi 5 *août* : A. — Dans la matinée : Visite à l'asile départemental des aliénés du Rhône (Bron). — B. — Dans l'après-midi : Visite à l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu et à la Faculté de médecine.

Jeudi 6 *août* : Excursion et visite à l'établissement d'épileptiques de la Teppe, à Tain (Drôme). A l'aller : descente du Rhône en bateau à vapeur, retour en chemin de fer.

Vendredi 7 *août* : A. — A 9 heures du matin : Quatrième séance. Communications sur des sujets étrangers au programme. — B. — A 2 heures : cinquième et dernière séance. Fixation du siège du prochain Congrès. Communications sur des sujets divers. Clôture du Congrès.

Samedi 8 *août* : Visite à l'asile d'aliénés de St-Robert (gare de St-Egrave), près Grenoble. Déjeuner offert par l'administration. — M. le Dr Dufour, directeur de l'asile, avec son personnel, se met à la disposition des membres du Congrès pour organiser des excursions à la Grande-Chartreuse et dans d'autres parties des Alpes dauphinoises. — Pendant la duré du Congrès, une soirée sera consacrée à une réception de M. le maire de Lyon et une autre à un banquet par souscription. — Le Congrès siégera au palais du Com-

merce (salle des réunions industrielles). Entrée sur la place de la Bourse. — Jusqu'à la veille du Congrès, prière d'adresser toute communication au Dr Albert Carrier, rue Laurencin, 13, Lyon.

TERRIBLE EXEMPLE DE DÉMONOPATHIE ENDÉMIQUE.

Les cinq enfants d'un paysan des environs de Palerme ont été pris subitement de folie religieuse et sont partis de leur habitation au beau milieu de la nuit, se dirigeant bruyamment vers une église, où ils espéraient retrouver le calme.

On réussit à s'emparer d'eux et à les placer dans différentes maisons du voisinage, en attendant l'accomplissement des formalités nécessaires à leur internement dans la maison de santé de Palerme. La nuit suivante, un de ces malheureux, une jeune fille de dix-huit ans, se leva tout à coup et annonça que le Seigneur venait d'opérer un miracle sur l'un de ses frères. Les témoins de cette scène ne pouvant s'expliquer des faits si extraordinaires, que par l'intervention des esprits, écoutèrent la pauvre folle et se décidèrent à l'accompagner. Celle-ci se rendit chez son frère, et l'assomma par des coups répétés d'une énorme bûche dont elle s'était emparée. Les parents et les gardiens, imbus de superstition et frappés de terreur, ne firent aucun effort pour mettre fin à cet horrible spectacle.

Le savant aliéniste Zuccarelli explique la démonopathie endémique par la prédisposition, l'hérédité, l'influence du milieu social. Une même action perturbatrice des facultés mentales agirait simultanément sur des individus pareillement disposés, et il y aurait en outre à invoquer une certaine influence suggestive réciproque. (*Le Scapel*, 19 avril.)

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Promotions et nominations.* — (Arrêté du 22 avril.) Le Dr Barthomeuf, classé le second des candidats déclarés admissibles à la suite du concours ouvert à Lyon le 20 décembre 1888, et nommé médecin-adjoint à l'asile public de Saint-Robert (Isère), est compris dans la 2e classe. — (Arrêté du 9 juin). Le Dr Chevalier-Lavaure, classé le premier des candidats déclarés admissibles à la suite du concours ouvert à Bordeaux le 20 novembre 1890, et nommé médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône), est compris dans la 2e classe. — Le

Dr Dubuisson, Maxime, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Dury (Somme).

Revision de la loi sur les aliénés. — M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, a été entendu par la commission de la Chambre qui est chargée d'examiner le projet Reinach, relatif à la revision de la loi de 1838 sur les aliénés. M. Monod a demandé à cette commission d'ajourner toute décision jusqu'à ce que le conseil supérieur de l'Assistance publique ait été appelé à donner son avis sur cette question. La session réglementaire de ce conseil, qui devait avoir lieu fin juin, va être avancée par le ministre de l'intérieur, afin qu'on puisse avoir plus rapidement la consultation sur la question des aliénés. La commission a décidé de déférer à ce désir, et, en attendant, elle va entreprendre une enquête technique et notamment entendre les principaux médecins aliénistes.

Asile d'aliénés de Blois. — Une loi du 10 avril 1891 (*J. offic.* du 11) autorise le département de Loir-et-Cher, conformément à la demande du conseil général, à emprunter une somme de 70,000 fr., remboursable en trente ans et applicable à la construction d'un quartier d'épileptiques dans l'asile d'aliénés de Blois. Les fonds nécessaires au service des intérêts et de l'amortissement seront prélevés sur les bonis de l'asile et au besoin, sur les ressources départementales.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour une place de pharmacien.* — Un concours a été ouvert le lundi 22 juin 1891, à une heure précise, à l'Asile clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, 1, à Paris.

Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. — *Section de Lyon* 1891. — Ce Congrès se réunira à Lyon, le lundi 3 août 1891. Les questions du programme sont : 1° Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. Rapporteur : M. le Dr Brun. — 2° De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. Rapporteur : M. le Dr Henry Coutagne. — 3° De l'assistance des épileptiques. Rapporteur : M. le Dr P. Lacour. — Les rapports sur ces questions seront envoyés à chaque membre adhérent, un mois avant la réunion du Congrès. Tout document concernant le Congrès doit être adressé au Dr Albert Carrier, médecin des hôpitaux, rue Laurencin, 13, à Lyon.

Congrès des aliénistes de langue française. — M. Gircourt, dit le *Républicain orléanais* du 9 avril, demande au Conseil général qu'une somme de 400 francs soit allouée au médecin de l'asile d'aliénés pour qu'il puisse se rendre au Congrès des médecins aliénistes, qui se tient cette année à Lyon. Chaque année a lieu un Con-

grès de ce genre et chaque année, le médecin en question va y assister; mais, jusqu'à présent il y est allé à ses frais. Après observations de divers membres, la proposition de M. Gircourt est renvoyée à la commission des finances.

Il est bien à désirer que les Conseils généraux votent une indemnité à l'un des médecins de leurs asiles pour se rendre à ce Congrès. N'est-il pas, en effet, de leur intérêt que les médecins des asiles soient au courant de tous les progrès réalisés au point de vue scientifique et administratif, et cela pour le bien des malades et l'avantage même des finances départementales. C'est dans un cas comme celui-là que pourrait intervenir utilement M. Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur. (*Prog. méd.*).

Congrès des psychiatres suisses. — La réunion annuelle des psychiates suisses aura lieu cette année à Kreuzlingen les 18 et 19 juillet.

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé, du 1er avril au 31 octobre 1891, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé à M. le docteur Pierret, professeur de clinique de maladies mentales. M. le docteur Weill, agrégé, est chargé, du 1er avril au 31 octobre 1891, d'un cours de clinique des maladies mentales.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Auton, privatdocent, est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie à Innsbruck.

Les pharmaciens et la délivrance de la morphine. — Le conseil de la Société de prévoyance de la Chambre syndicale des pharmaciens de première classe du département de la Seine, émus des accusations répétées portées contre le corps pharmaceutique à l'occasion de la délivrance de la morphine, sur ordonnances déjà exécutées, a chargé quelques-uns de ses membres de faire une enquête à ce sujet.

Des nombreux renseignements fournis par cette commission, il semble que si, au début de l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées, quelques pharmaciens ont délivré un certain nombre de fois les solutions de ce médicament sans exiger le renouvellement de l'ordonnance, ce fait ne se produit plus maintenant que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

« Les subterfuges employés journellement par les morphinomanes pour tromper la bonne foi des pharmaciens, sont, dit le conseil de la Société, dans une note adressée à l'Académie de médecine, la meilleure preuve de la difficulté qu'éprouvent ces malades à se procurer leur poison habituel auprès des pharmaciens.

« Par contre, c'est un fait avéré que certains marchands ou fabricants de produits chimiques n'hésitent pas à délivrer de la morphine sans aucune justification de destination, surtout quand on leur en demande une certaine quantité.

« Il est non moins certain que la fabrication étrangère approvisionne nombre de consommateurs français en faisant entrer ce produit en contrebande ou sous enveloppes de lettres, ou même par expédition régulière.

« Aussi, le Conseil de la Société de prévoyance croit devoir porter ces faits à la connaissance du corps médical afin de dégager la responsabilité des pharmaciens, et à titre de protestation contre la réputation imméritée qui leur a été faite, et enfin dans le but d'engager les autorités compétentes à aviser aux moyens de remédier à cet état de choses. » (*Bulletin médical.*)

L'alcoolisme en Angleterre. — Au cours des années précédentes, nous avons signalé l'augmentation toujours croissante de la consommation des spiritueux dans la Grande-Bretagne. Pendant l'exercice écoulé, cette consommation a dépassé de beaucoup les prévisions budgétaires : elle a rapporté au Trésor 18 millions de francs de plus qu'en 1889. Au point de vue de la distribution géographique de la consommation des boissons alcooliques, c'est l'Angleterre proprement dite qui tient la tête, avec 9 p. 100 d'augmentation sur l'année précédente; en Ecosse et en Irlande l'augmentation a été de 7,5 p. 100. (*Sem. Méd.*)

L'alcoolisme en Autriche-Hongrie. — Le gouvernement vient de présenter de nouveau à la Chambre des députés, le projet de loi contre l'ivrognerie.

Asiles d'aliénés en Italie. — Le ministre de l'intérieur vient de confier à MM. les professeurs Ces. Lombroso (de Turin) et Aug. Tamburini (de Modène) la mission de visiter les asiles d'aliénés et de dresser ensuite un rapport qui servira de base pour établir le projet de construction d'asiles pour les aliénés criminels. (*Sem. Méd.*, p. 36.)

Incendie d'un asile d'aliénés. — Une dépêche de New-York, en date du 14 mars, nous apprend qu'un incendie s'est déclaré à minuit dans un asile d'aliénés à Nashville. Six aliénés on péri. Les autres au nombre de 500, ont été conduits sous bonne escorte dans le hall central. Mais les flammes ayant atteint cette partie de l'édifice. les aliénés se sont enfuis hors de l'asile.

Nécessité de l'assistance des aliénés. — Les journaux politiques du 22 février, contenaient une dépêche de Lorient, ainsi conçue : « La veuve Malardeau, demeurant rue Victor-Massé, a coupé la gorge à sa petite fille, âgée de deux ans, et s'est suicidée, une fois le crime accompli. La femme Malardeau ne jouissait pas de toute sa raison. »

Une dépêche de la même ville en date du 27 mars, dit le *Temps*, nous apprend qu'un fou alcoolique, qui depuis huit jours prenait pension chez sa marraine, était resté couché hier dans la journée à la suite de blessures qu'il s'était faites la veille. Tout à coup, il a sauté à travers la fenêtre du premier étage dans la rue et s'est

précipité sur le sieur Hénanef, époux de sa marraine, qu'il a frappé d'un coup de couteau entre les deux omoplates. La blessure est profonde. Le fou s'est alors enfui, complètement nu, chez un ami du voisinage auquel il a dit : « Je viens de tuer un gendarme. »

Asile d'aliénés de Washington. — Un rapport du Dr W.-W. Godding, directeur de l'asile d'aliénés du Gouvernement, Washington, D. C. a été soumis au secrétaire de l'Intérieur. Le nombre de pensionnaires au commencement de l'année fiscale était de 1.397, et à la fin de l'année de 1.503 soit une augmentation de 108. — Ils sont divisés comme suit : Hommes, 1.155, femmes 350. (*Médical Record*, 1890, p. 442.)

Asile d'aliénés de Middletown. — L'asile d'aliénés de Middletown reçoit annuellement près de 100,000 dollars de malades particuliers payants et l'on croit que l'on y reçoit beaucoup trop de gens riches. Un projet de loi a été déposé à Albany pour soustraire l'asile aux exigences de la loi qui demande à l'Etat de soigner les aliénés pauvres. Cette loi oblige l'asile de Middletown, de même qu'elle le fait pour tous les autres, à recevoir d'abord les malades pauvres et à ne prendre de malades riches que sous certaines conditions spéciales, pourvu que tous les malades pauvres y soient soignés. (*The med. Record*, 28 février 1891, p. 265.)

Une visite désagréable. — Hier, vers 11 heures du soir, les habitants de la maison sise, 18, rue Ferrus, étaient réveillés par un vacarme formidable provenant du logement d'un locataire absent pour le moment. On se leva à la hâte et chacun à peu près armé, on pénétra dans l'appartement, dont la porte était restée entr'ouverte. Là, on se trouva en présence d'un jeune homme, occupé à briser les meubles en poussant des cris rauques. Ligotté, il fut conduit chez M. Percha, commissaire de police, qui était déjà en possession d'une déclaration de disparition concernant cet individu. C'est un jeune homme de vingt-cinq ans, nommé Auguste Delpey, qui demeure, 66, rue de la Santé. Il est devenu fou à la suite de la perte d'un héritage sur lequel il comptait et il avait pénétré, on ne sait comment, dans la maison de la rue Ferrus, s'imaginant qu'un trésor y était caché. Il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*L'Eclair.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Benda (Th.). — *Offentliche Nervenheilanstalten?* — Brochure in-8° de 20 pages. — Berlin, 1891, A. Hirschivald.

Bourneville. — *Rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique sur la création des sociétés de patronage pour les aliénés sortant des*

asiles. Brochure in-4° de 92 pages. — Prix : 2 fr. 50; pour nos abonnés, 1 fr. 75. — Paris, 1891. Bureaux du *Progrès médical*.

Bourneville. — *Rapport sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés*, présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Volume in-4° de 34-LXVIII pages. — Prix : 3 fr.; pour nos abonnés, 2 fr. — Paris, 1891. — Bureaux du *Progrès Médical*.

Bouveret (A.). — *La Neurasthénie (Epuisement nerveux)*. — Volume in-8° de 480 pages. — Prix : 6 fr.

Froment (A.). — *Etude médico-légale sur la simulation des maladies mentales*. Volume in-8° de 99 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, 1891, librairie G. Masson.

Hirt (L.). — *Pathologie et thérapeutique des maladies du Système nerveux*. Manuel pratique à l'usage des étudiants et des médecins. Traduit de l'allemand par Jeamer (M.). — Préface et annotations par le Dr Francotte (X.). Volume in-8° de XII-649 pages, avec 179 figures. — Liège, 1891. — Nierstrasz.

Josselet (A.). — *Contribution à l'étude de la polynévrite à forme de paralysie générale spinale antérieure subaigue et rapide*. — Volume in-8° de 108 pages. — Lille, 1890, imprimerie Liégeois-Six.

Krauss (W.-C.). — *Muscularatrophics : A clinico-pathological study*. Brochure in-8° de 13 pages, avec une planche hors texte. — Buffalo, N.-Y., 1891. — *Buffalo Medical and Surgical Journal*.

Lothar, V. Frankl, Hochwart. — *Neber sensible und vasomotorische Storungen bei der rheumatischen Facialislahmung*. Brochure in-8° de 3 pages. — Leipzig, 1841. — *Druck Metzger und Wittig*.

Lyonnet (B.). — *Des complications articulaires et péri-articulaires de la diphtérie*. Brochure in-4° de 24 pages. — Lyon, 1891, Association typographique.

Magnan (V.). — *Leçons cliniques sur les maladies mentales (Le délire chronique à évolution systématique)*. — Volume in-8° de 117 pages. — Prix : 3 fr. 50 ; pour nos abonnés, 2 fr. 75.

Magnan (V.). — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, faites à l'Asile clinique (Sainte-Anne). Recueillies et publiées par Briand (M.), Journiac, Legrain et Sérieux. — Un volume in-8° de 377 pages. — Prix : 10 fr.; pour nos abonnés, 8 fr. — Bureaux du *Progrès Médical*.

Soury (J.). — *Les fonctions du cerveau* (Doctrines de l'Ecole de Strasbourg. Doctrines de l'Ecole italienne). — Volume in-8° de XVI-464 pages. — Prix : 8 fr.; pour nos abonnés, 6 fr. — Paris, 1891. — Bureaux du *Progrès médical*.

Avis a nos abonnés. — L'échéance du 1er **Juillet** étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité. qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 p. 100 prélevés par la poste et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire. la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 **Juillet**, augmentée de **un franc** pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Évreux, Ch Hérissey, imp — 791.

Vol. XXII. Septembre 1891. N° 65.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

SUR UN CAS DE PARALYSIE RADICULAIRE DE LA PREMIÈRE PAIRE DORSALE, AVEC LÉSION HÉMILATÉRALE DE LA MOELLE, D'ORIGINE TRAUMATIQUE SIMULANT LA SYRINGOMYÉLIE.

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR CHARCOT [1]

Recueillie par M. HALLION, interne du service.

MESSIEURS,

La syringomyélie, cette nouvelle venue dans la pathologie nerveuse, a pris rang, vous le savez, parmi les maladies spinales. Elle a suscité déjà d'importants travaux; on a appris à la reconnaître, et chaque jour des observations nouvelles viennent témoigner de son importance. Rien de mieux. Mais, comme pouvaient le faire pressentir les lois qui régissent l'évolution nosographique, voici venir la période critique. Il s'agit maintenant de discerner les formes imparfaites, les formes frustes de la maladie, et l'histoire de ces formes, qui serait si intéressante pour éclairer le diagnostic dans les cas difficiles, n'est pas même commencée. Ces cas difficiles, auxquels je fais allusion,

[1] 5 mai 1891.

ne sont pas rares, ils réclament une étude fine et minutieuse, faute de laquelle on risquerait soit de méconnaître la syringomyélie, soit de lui attribuer des méfaits dont elle doit être innocentée. Le malade que je vais vous présenter est bien propre à fournir la démonstration de ce que j'avance ; il m'a été adressé par un expert comme un exemple de syringomyélie : c'est une preuve que les plus habiles peuvent parfois s'y méprendre, car la maladie incriminée n'est en réalité aucunement en cause ; j'espère vous en persuader tout à l'heure. Pour mieux vous convaincre du nombre et de l'importance que peuvent prendre en pareil cas les causes d'erreur, je me placerai tout d'abord dans l'hypothèse d'une syringomyélie, et, feignant de m'y rallier, je vous développerai les arguments qui l'appuient. Puis, faisant volte-face, j'examinerai le cas à un nouveau point de vue, et je vous démontrerai que ma première argumentation, pour spécieuse qu'elle pouvait paraître, n'avait abouti qu'à des conclusions erronées et que la vérité était tout autre. Si vous me voyez ainsi plaider successivement le pour et le contre, ce n'est pas, croyez-le bien, dans le puéril dessein d'étaler à plaisir mes facultés dialectiques ; non assurément, je ne me le permettrais pas, et vous reconnaîtrez que je poursuis un but plus sérieux. C'est une question de diagnostic différentiel que je vais agiter devant vous, et précisément dans le cas actuel, le diagnostic n'est pas, tant s'en faut, chose indifférente.

Le malade que vous avez sous les yeux, le nommé B...., est âgé de 22 ans, il est ouvrier boulanger. Rien dans ses antécédents héréditaires ni personnels qui mérite de nous arrêter ; il mentionne seulement un de

ses oncles, atteint d'hémiplégie dans l'extrême vieillesse.

A l'âge de dix-huit ans, il fut victime d'un accident sérieux. Ayant pénétré imprudemment dans une baraque de foire où était installé un tir à la carabine, il reçut à la partie postérieure du cou une balle de 5 à 6 millimètres: la dimension d'un gros pois. L'orifice d'entrée est marquée aujourd'hui par une petite cicatrice arrondie, située à un centimètre de la ligne médiane, à la hauteur de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Au moment où il fut frappé, B.... tournait directement le dos au tireur, occupé qu'il était à décrocher un carton servant de cible. La balle ne fut pas extraite, la petite plaie suppura légèrement et ne tarda pas à se cicatriser. Comme effets immédiats, paralysie des membres supérieur et inférieur droits, de ce dernier surtout. Mais au bout de quatre ou cinq jours, le blessé commence à marcher, et deux mois et demi après, complètement guéri, il reprend son métier de boulanger.

Trois années se passent, sans que le moindre symptôme vienne lui rappeler l'accident; puis, tout à coup le 16 avril 1890, il y a juste un an, de nouveaux phénomènes éclatent. En soulevant un sac de 125 kilogrammes, fardeau qu'il maniait journellement sans peine, il ressent dans le dos, entre les deux épaules, une violente douleur avec une sensation de suffocation qui l'oppresse pendant dix minutes. Il se couche, la douleur devient moins aiguë, et le lendemain matin, voulant se lever, il éprouve de la faiblesse dans la jambe droite; il en résulte une claudication légère qui s'accentue trois semaines plus tard, quand survient de

la raideur du membre. Bientôt la main droite s'affaiblit puis s'atrophie. Le quatrième mois, à l'occasion d'une blessure qu'il se fait accidentellement à la partie interne de l'avant-bras, toujours du côté droit, il constate avec étonnement l'insensibilité de cette région. Enfin, plus récemment, il apprend que la sensibilité cutanée s'est affaiblie dans le membre inférieur gauche.

Je vous ai dit tout à l'heure que l'examen du malade semble d'abord justifier le diagnostic de syringomyélie. Avant de procéder à cet examen, nous pouvons nous demander dès maintenant si les commémoratifs s'accommodent de cette hypothèse.

Le traumatisme que nous avons relevé à l'origine de la maladie, présente, figure-t-il parmi les facteurs étiologiques de la syringomyélie? Eh bien, oui, plusieurs auteurs: Silcock [1], Harcken, Strümpell, Oppenheim, ont relevé cette cause; ils ont noté que le malade fait parfois remonter le début à un traumatisme; on a surtout signalé la chute d'un lieu élevé. C'est ainsi que le sujet mentionné dans l'observation XXIII de la thèse de Bruhl [2], empruntée à Bernhardt, était tombé d'un arbre, cinq ans auparavant. Un autre malade, dont Wichmann a rapporté l'histoire (observation XX de la thèse de Bruhl) [3] présente avec notre sujet des analogies frappantes. Les symptômes de la syringomyélie étaient apparus après un violent effort accompli pour soulever un fardeau très lourd; il en était résulté une vive douleur le long du rachis, et une parésie des membres inférieurs. Il peut se faire comme

[1] *Transaction of th. path.* Soc. of London. XXXIX.

[2] Thèse de Paris. 1890, p. 188.

[3] P. 184.

l'a montré Virchow, que le choc ait favorisé le développement d'un gliôme des centres nerveux. Vaut-il mieux admettre que la maladie, latente jusque-là, a été seulement accélérée dans son évolution et mise en évidence par le traumatisme? L'interprétation, pour le moment, ne nous importe guère : nous retenons simplement le fait, et nous concluons que l'intervention d'un traumatisme à l'origine de l'affection qui nous occupe, n'a rien de contraire à l'hypothèse que l'examen direct va peut-être nous rendre vraisemblable.

Au membre supérieur droit existent à la fois des troubles sensitifs et musculaires diversement répartis. Les premiers occupent la face interne du membre, et consistent en une anesthésie dissociée suivant le mode syringomyélique; le sens du tact est seul persistant. D'autre part la main, fortement atrophiée, présente une diminution de relief des éminences thénar et hypothénar, diminution légère pour celle-ci, très accusée pour celle-là; des dépressions intermétacarpiennes trahissent l'atrophie des interosseux.

Le volume de l'avant-bras est, lui aussi, légèrement réduit aux dépens des muscles fléchisseurs. Cette diminution de volume répond à une diminution fonctionnelle ; les mouvements de la main et des doigts sont affaiblis, sauf les mouvements que commandent les muscles postérieurs de l'avant-bras, les extenseurs. La physionomie des lésions rappelle l'atrophie musculaire du type Duchesne-Aran. Ajoutons que la peau, non plus que le squelette, ne sont altérés dans leur nutrition. L'exploration électrique décèle une réaction de dégénération de l'éminence thénar et de quelques autres

petits muscles de la main; les contractions fibrillaires font défaut.

Le membre supérieur gauche est indemne.

Voilà bien quelques particularités qui nous gênent un peu, mais après tout, elles ne s'opposent pas d'une manière absolue à notre diagnostic de syringomyélie, L'absence de symétrie surtout ne saurait nous arrêter ; on connaît la *syringomyélie asymétrique*. D'ailleurs, nous avons affaire à un cas récent qui pourra se développer ultérieurement.

Pour ce qui est des membres inférieurs, il nous faut distinguer ce qui appartient à chacun d'eux. A droite, existe une paralysie spasmodique très marquée ; le membre est raidi en extension, vous voyez le malade marcher : l'extrémité du pied droit ne quitte pas le sol, le genou fléchit à peine, la démarche est lente et boiteuse. Le réflexe rotulien est fort exagéré et on provoque avec la plus grande facilité le phénomène du pied. A gauche, les mêmes modifications existent, mais elles y sont beaucoup moins marquées. Ces symptômes se rencontrent dans la syringomyélie; ils indiquent que la lésion atteint les cordons latéraux. Il s'agirait dans le cas présent d'une altération de ces faisceaux dans la région dorso-lombaire.

Le membre inférieur gauche et la moitié correspondante du tronc, au-dessous d'une ligne horizontale passant par les aisselles, sont atteints dans leur sensibilité. Ici, ce n'est plus la dissociation syringomyélique que nous rencontrons, mais la dysesthésie, symptôme qui est particulièrement fréquent dans la compression spinale[1].

[1] Charcot. — *Leçons sur les Mal. du syst. nerveux*, t. II, p. 116 et 292.

C'est là, pour la syringomyélie, un trouble sensitif anormal, mais il faut compter avec les inconnues de cette affection et une sembable anomalie ne saurait suffire, si tout le reste concorde à faire fléchir le diagnostic.

D'ailleurs, voici un nouveau trait : c'est l'existence d'une scoliose qui s'est développée au cours de la maladie. J'ai fait marquer sur le dos du sujet la ligne des apophyses épineuses. Vous voyez à droite de la septième vertèbre cervicale rigoureusement médiane la cicatrice produite par la blessure ancienne. Au-dessus, l'apophyse de la première dorsale se dévie un peu à droite, puis l'apophyse de la deuxième dorsale se reporte sur le plan médian, ou du moins s'en écarte à peine vers la droite. Enfin, de la troisième à la neuvième vertèbre dorsale se développe une courbure scoliotique régulière à convexité droite. Vous pouvez observer aussi l'attitude vicieuse et la déformation du tronc : élévation de l'épaule droite, gibbosité assez marquée du même côté, répondant en avant à un aplatissement de la partie droite du thorax. Je n'insiste pas, vous connaissez l'influence de la scoliose sur la forme de la cage costale. J'ajoute qu'il n'existe dans les muscles du rachis et du tronc aucune anomalie appréciable sur laquelle puisse s'appuyer une théorie paralytique de cette scoliose; il semble s'agir d'une altération osseuse primitive. Voilà notre diagnostic singulièrement renforcé, la scoliose étant un des éléments les plus communs du syndrôme syringomyélique.

Enfin l'examen oculaire n'est pas non plus pour y contredire. L'œil droit est petit, enfoncé dans l'orbite, la pupille en est plus petite, la face est aplatie du même

côté. Ces symptômes ne sont pas exceptionnels dans la syringomyélie; ils doivent être sans doute attribués à la lésion du centre cilio-spinal. M. Brühl les a rencontrés dix fois sur trente-six cas. Le nystagmus a été parfois signalé, en pareil cas; notre sujet en est exempt. Il ne présente pas non plus le rétrécissement du champ visuel qui, du reste, vraisemblablement, n'appartient pas au complexus syringomyélique.

Notre diagnostic semble donc bien établi; le pronostic en découle comme aussi le traitement. Il est vrai qu'à cet égard, nos ressources sont assez précaires, mais c'est déjà beaucoup que d'avoir éclairé la situation et d'avoir rendu au malade tous les services qu'il est en droit d'exiger de nous. Donc notre tâche est terminée et nous pouvons nous reposer de nos labeurs. — Cependant, quelques scrupules, quelques doutes nous obsèdent; nous n'avons pas le sentiment de la parfaite quiétude.

Si, pensons-nous, notre échafaudage laborieusement construit manquait cependant de solidité, s'il arrivait que considérées à un autre point de vue, les choses nous parussent tout autres? Cela n'est peut-être pas impossible; il faut y regarder de plus près. Eh bien, Messieurs, ces scrupules vont être justifiés. En effet, sans nous mettre en quête d'éléments nouveaux, nous examinerons plus attentivement les matériaux dont nous disposons, nous verrons qu'il existe une autre combinaison où ils trouvent plus convenablement leur place, et, revenant alors sur notre inspiration première, nous construirons un nouvel édifice, beaucoup plus solide que le premier et, si nous ne nous trompons, satisfaisant dans tous ses détails.

Et d'abord, réexaminons cette zone d'anesthésie partielle avec dissociation syringomyélique qui est un des éléments principaux du diagnostic accepté. Nous n'avons rien à changer à ce qui a été dit. Mais la disposition de cette zone est bien singulière. Pourquoi cette forme de languette sur le bord interne du bras et de l'avant-bras? Ce n'est pas ainsi, en général, que se disposent les troubles de la sensibilité dans la syringomyélie; ils procèdent par segments que limitent des cercles perpendiculaires à l'axe du membre, ainsi qu'on le voit également dans les cas d'hystéro-traumatisme local. Ici, remarquez-le bien, il s'agit d'une localisation répondant au territoire cutané d'un nerf. Examinez, par exemple, une des figures de l'atlas de Flower, et vous reconnaîtrez que ce nerf n'est autre que le brachial cutané interne. Ce ne serait donc pas la moelle, d'après cela, qui serait lésée, mais bien un nerf périphérique. Mais, direz-vous, et la dissociation syringomyélique de la sensibilité? Peut-elle être produite par la lésion d'un nerf périphérique? Elle n'est donc pas spécifique pour la syringomyélie? Eh bien, non, cette dissociation n'appartient pas en propre à cette dernière affection. Plusieurs observations en démontrent l'existence dans certaines névrites périphériques, notamment dans celles qui dépendent de la lèpre[1]. Je l'avais relevée déjà, pour ma part, dans l'hystérie. C'est assez dire que ce symptôme ne saurait caractériser à lui seul la syringomyélie, et qu'il peut se montrer en diverses circonstances. Con-

[1] Dans un cas de lèpre anesthésique par places la sensibilité tactile était à peine modifiée, la sensibilité thermique et la sensibilité à la douleur étant absolue. — (A. Sass. *Deux cas de lèpre nerveuse*, *Deutsch. arch. f. Klin. Med.* Vol. 47., fasc. 3 et 4.)

cédez-moi qu'ici la zone d'anesthésie partielle se rattache à une altération du nerf brachial cutané interne,

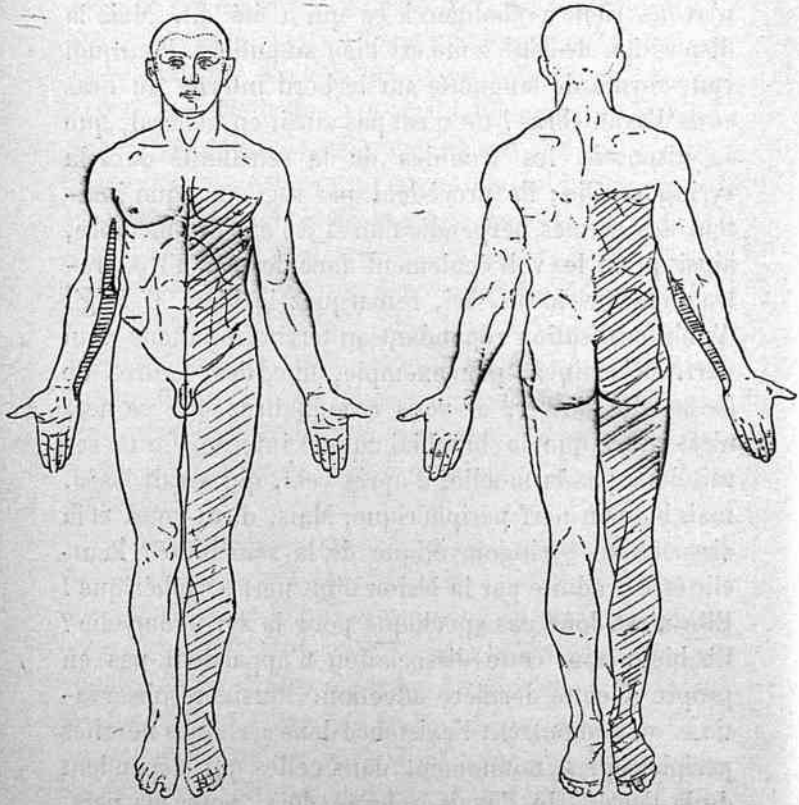


Fig. 14 et 15. — *Hachures obliques :* hémidysesthésie. — *Hachures horizontales :* zone de dissociation syringomyélique de la sensibilité. Les excitations thermiques et douloureuses provoquent des sensations tactiles. Les perceptions tactiles y sont conservées, et simplement un peu émoussées.

et laissez-moi imaginer que la lésion originelle porte sur la première paire dorsale, d'où ce nerf émane, et

vous allez voir notre diagnostic de tout à l'heure se transformer comme par enchantement.

La première paire dorsale contient des fibres ner-

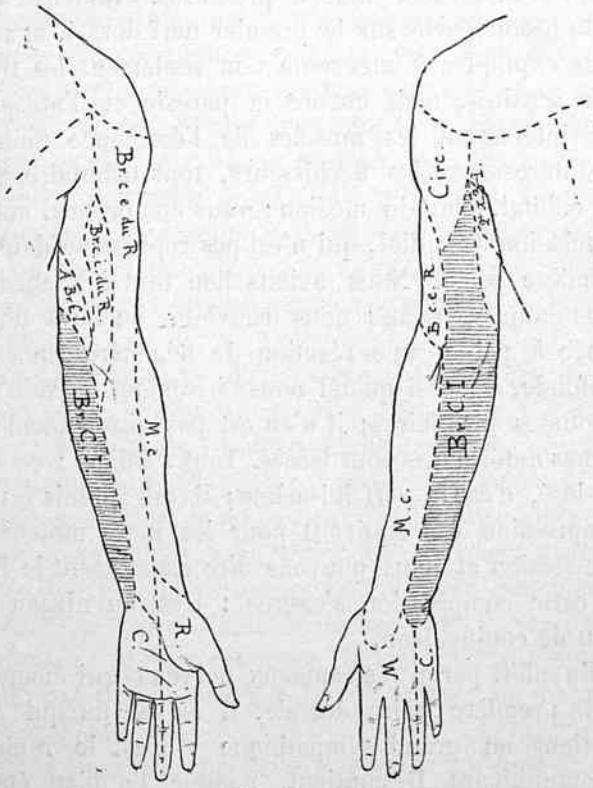


Fig. 16 et 17.

Br. C. I, brachial cutané interne. — A. Br. I, son accessoire. — R, radial. — Br. *c. e.* du R, sa branche cutanée externe. — Br. *c. i*, du R, sa branche cutanée interne. — Circ., circonflexe. — C, cubital.

veuses qui sont destinées : 1° au brachial cutané interne, nerf sensitif; 2° au cubital, nerf mixte, qui reçoit de cette paire, suivant toute probabilité, une

innervation purement motrice; 3° au médian qui donne lieu à la même observation[1]. Eh bien! une même lésion peut expliquer tous les phénomènes que le bras du malade nous a présentés. Admettez que cette lésion porte sur le premier nerf dorsal, et vous vous expliquez à merveille non seulement les troubles sensitifs, mais encore la parésie et l'atrophie qui intéressent les muscles de l'éminence thénar, les interosseux, les fléchisseurs, tous tributaires soit du cubital, soit du médian; vous comprenez, enfin, l'exclusion du radial, qui n'est pas représenté dans la première paire. Nous avions lieu tout à l'heure de nous étonner, quand nous trouvions, au bout d'une année à peine, une réaction de dégénérescence si profonde, et aussi quand nous cherchions en vain les secousses fibrillaires; il n'en est pas ainsi quand les cornes antérieures sont lésées. Tout s'éclaire; ce qui est lésé, c'est le nerf lui-même; il est soumis à une compression qui équivaut pour les nerfs moteurs à une section et nous pouvons dire exactement le lieu où cette compression s'exerce : c'est au niveau du trou de conjugaison.

En effet, parmi les rameaux nerveux qui émanent de la première paire dorsale, il en est un qui appartient au grand sympathique : c'est le rameau communiquant. Il contient, comme l'a bien établi Mlle Klumpke[2] par de remarquables expériences, les fibres iridodilatatrices, à l'exclusion des éléments vasomoteurs, qui suivent d'autres voies ; il fournit également l'innervation du muscle de Müller dont la para-

[1] Féré. — *Arch. de Neurol.*, 1883, p. 332 et Mlle Klumpke. *Loc. cit.*

[2] Mlle Klumpke. — *Paral. rad. du plexus brachial. Rev. de méd.*, 1885.

lysie détermine l'enfoncement du globe de l'œil. Or, ces filets nerveux n'accompagnent la première dorsale, en dehors du trou de conjugaison, que dans un très court trajet. Ainsi se trouve réalisé un syndrôme spécial et ce syndrôme est caractéristique non seulement d'une lésion radiculaire de la première paire dorsale, mais encore d'une lésion portant sur cette paire nerveuse au niveau du trou de conjugaison, entre la première vertèbre dorsale et la deuxième ou dans son immédiat voisinage. Seule, une telle localisation est en mesure d'expliquer cette association remarquable de symptômes, portant à la fois sur les fibres irido-dilatatrices, sur le brachial cutané interne, le médian et le cubital.

Mais ce n'est pas tout d'affirmer l'existence de la lésion et de la localiser, il faut en trouver la cause, une cause conforme à ce que nous apprend l'observation du malade. Rappelez-vous l'événement d'il y a quatre ans. Une balle pénètre à un centimètre en dehors de l'apophyse de la vertèbre cervicale proéminente. Cette apophyse est longue ; elle est, par rapport au corps vertébral, inclinée en bas et en arrière, surtout quand la tête est dans l'extension, attitude qui était vraisemblablement celle du malade au moment de l'accident.

C'est vous dire que si un projectile a pénétré à ce niveau, perpendiculairement au plan transversal du corps, il doit aller, après avoir traversé le canal rachidien en effleurant légèrement la moelle, frapper le corps de la première ou de la deuxième vertèbre dorsale. Là s'est produit par la suite un travail d'irritation latente, d'inflammation lente, d'où résulte la fra-

gilité de ce côté du corps vertébral. Survienne un effort violent, et l'os affaibli s'écrase, une fracture plus ou moins comminative se produit. C'est ce qui est arrivé il y a un an, quand B... soulevant un poids a éprouvé une douleur vive au niveau du rachis. L'os s'était effondré, le trou de conjugaison s'était par là même effacé, écrasant le premier nerf dorsal. Il nous est facile d'expliquer aussi, dans cette hypothèse, les troubles observés aux membres inférieurs. Une esquille, une saillie osseuse, peut-être la balle elle-même, a lésé la moitié droite de la moelle; de là une véritable hémilésion médullaire, suivie de dégénération descendante, de là cette répartition si particulière des symptômes : troubles sensitifs localisés à la moitié gauche du corps au-dessous du siège de la fracture et consistant dans de la dysesthésie, phénomène que j'ai observé dans plusieurs cas d'hémiparaplégie spinale, troubles moteurs et réflexes occupant surtout le membre inférieur du côté opposé. Ainsi se réalise d'une manière à peu près parfaite le syndrôme de Brown-Séquard.

Cette hypothèse d'une fracture vertébrale se trouve confirmée par ce qu'on observe parfois dans ces sortes d'accidents. En définitive, la balle pénétrant dans le corps vertébral avait déterminé une véritable fracture incomplète; or, la récidive des fractures rachidiennes n'est pas chose tout à fait exceptionnelle. A la suite d'une cause occasionnelle légère, telle qu'un effort, on a vu cette récidive se produire parfois très tardivement, et engendrer des phénomènes nerveux beaucoup plus graves que n'avait fait l'accident primitif. Vous trouverez des renseignements à ce sujet

dans un mémoire de MM. Tuffier et Hallion, publié dans la *Nouvelle Iconographie* de la Salpêtrière [1].

Reste à expliquer la scoliose : on peut admettre que l'affaissement d'une des deux premières vertèbres dorsales dans leur moitié droite a incliné le rachis de ce côté; pour rétablir l'équilibre, une scoliose de compensation tend à se produire au-dessous; de là, cette scoliose à convexité droite de la colonne dorsale.

Eh bien, Messieurs, la discussion n'a pas été oiseuse. C'est déjà pour nous une satisfaction de voir clair dans les choses qui nous occupent, au lieu de pêcher en eau trouble. Mais cette détermination d'un diagnostic rationnel n'offre pas seulemeut des avantages d'ordre spéculatif, elle entraîne, dans le cas présent, une conséquence pratique des plus importantes: la question du traitement apparaît maintenant sous un tout autre aspect. En présence de la syringomyélie, nous ne pourrions guère que déplorer notre impuissance; au contraire cette cause mécanique dont nous avons reconnu le rôle prépondérant est justiciable peut-être d'une intervention active. La trépanation rachidienne est entrée définitivement dans la pratique chirurgicale et elle a permis, un certain nombre de fois, d'apporter aux troubles médullaires d'origine mécanique un utile remède. Cette opération, que je conseille à notre malade d'accepter, pourra se faire chez lui dans des conditions de précision rarement réalisées, puisque nous avons déterminé nettement le siège de la lésion rachidienne.

[1] *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* 1888-89.

J'espère vous avoir montré, par cette sorte de débat contradictoire, que le diagnostic de la syringomyélie est parfois chose délicate, et qu'il peut présenter, dans certains cas, un grand intérêt pratique. Je vous aurai fait toucher du doigt les chances d'erreur auxquelles on s'expose toutes les fois que dans l'observation et l'interprétation des faits l'on se laisse dominer à l'excès par son impression première, et aveugler par une opinion prématurément conçue.

M. Tuffier qui a opéré le malade a bien voulu nous communiquer la note suivante :

6 *mai* 1891. — Hôpital Beaujon, pavillon Dolbeau. — Anesthésie chloroformique, antisepsie par le sublimé et l'alcool. Incision sur le bord droit des apophyses épineuses, depuis la quatrième cervicale jusqu'à la deuxième dorsale. Désinsertion des muscles sur la partie latérale droite des vertèbres jusqu'à dénudation des lames. Hémorrhagie veineuse abondante par les deux lèvres de la plaie. Hémostase par la forcipressure facile pour la lèvre externe, impraticable dans la lèvre interne, fibreuse ; la compression prolongée met fin à l'écoulement sanguin. Exploration des lames dénudées, depuis la cinquième cervicale jusqu'à la deuxième dorsale. Au niveau de la septième cervicale et de la première dorsale, rugosités irrégulières contrastant avec le poli des surfaces adjacentes ; ces rugosités siègent en un point circonscrit, répondant à l'interstice séparant les deux lames vertébrales précédentes; elles sont marquées surtout sur la première dorsale. Tentatives de section de ces lames avec de fortes pinces de Liston ; ces tentatives échouent; les pinces ne peuvent mordre sur le tissu éburné. Trépanation de la lame vertébrale de la première dorsale et de la septième cervicale. L'échancrure ainsi pratiquée laisse facilement passer la pulpe de l'index. Hémorrhagie notable par les plexus rachidiens. Tamponnement et arrêt de l'hémorrhagie. La vue et le toucher ne dénotent rien dans le canal rachidien. Suture des plans musculaires au catgut ; suture de la peau au crin de Florence. Pas de drainage.

Suites opératoires insignifiantes. Température maxima 37°,5. Au sixième jour, on enlève les crins et on collodionne la plaie. Au neuvième jour, on supprime le tout. Le malade (chose curieuse) n'accuse aucun trouble fonctionnel, aucune douleur, aucune limitation dans les mouvements du cou. Il regagne la Salpêtrière le onzième jour.

15 *juillet*. — Le malade est revenu à la Salpêtrière où on l'a soumis à nouveau au traitement par l'hydrothérapie et l'électrisation. Aucun changement ne s'est opéré ; ni amélioration, ni aggravation.

TRAUMATISME AVEC PERFORATION DU CRANE

(FOYER PURULENT DANS LE LOBULE QUADRILATÈRE ET LES CIRCONVOLUTIONS DE PASSAGE DU PLI COURBE DU CERVEAU DROIT, AVEC PARÉSIE ET HÉMIPLÉGIE GAUCHE PROGRESSIVE, CONSÉCUTIVE A LA DESTRUCTION DES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES CORRESPONDANTES);

Par M. le Dr PETRUCCI,

Directeur-Médecin en chef de l'Asile Sainte-Gemmes-sur-Loire.

Il y a plusieurs années, j'ai publié dans les *Annales médico-psychologiques* l'observation d'un cas de traumatisme chez un lypémaniaque, avec perforation du crâne, foyer purulent vermineux du cerveau, hémiplégie droite progressive, et consécutive à la destruction des circonvolutions cérébrales motrices correspondantes. J'étais loin de m'attendre à rencontrer plus tard une observation presque identique.

Il s'agissait alors d'un aliéné qui se frappa la tête d'un coup de marteau pour se donner la mort. Cet homme ne perdit pas connaissance sur le coup, ni l'usage d'aucun membre, d'aucune faculté. Le dixième jour après l'accident, il fut pris d'un commencement d'hémiplégie droite et transporté à l'asile. La plaie ne guérissait pas ; elle était négligée, remplie de vers vulgairement appelés asticots. Il ne fut pas possible d'y appliquer une couronne de trépan, et malgré une médication antiseptique, un abcès se forma.

Le pus envahit progressivement le lobule paracentral droit,

puis pénétra dans les troisième et quatrième ventricules, après avoir percé le corps calleux. Une paralysie gauche, également progressive, le coma et la mort en furent les conséquences.

Aujourd'hui, c'est encore un mélancolique qui, dans un accès de dépression avec tendance au suicide, se porte un coup de marteau sur le sommet de la tête. Le crâne est fracturé, perforé ; la substance cérébrale à nu. La plaie se trouve sur la suture médiane sagittale, légèrement portée vers la droite, plutôt que sur la gauche : aussi remarquons-nous, contrairement au cas précédent, que l'hémiplégie a lieu à gauche et non à droite. Elle s'est produite aussi progressivement, au fur et à mesure que le foyer purulent s'acheminait avec lenteur vers les circonvolutions motrices correspondantes.

Chez le premier, le lobule paracentral gauche fut détruit ; chez le second, c'est l'avant-coin, ou le lobule quadrilatère droit ; c'est-à-dire que la lésion a lieu de l'autre côté et un peu plus en arrière.

Les pansements antiseptiques appliqués aussitôt après l'accident, ont empêché la formation des vers appelés vulgairement asticots, qui s'étaient formés dans la plaie du premier malade. Celle-ci n'avait pu être soignée, au dehors, dans les mêmes conditions d'antisepsie. Elle avait été forcément négligée par des personnes habitant le fond d'une campagne, et très inexpérimentées.

Observation. — Le nommé P... (Isidore), soixante-deux ans, menuisier, entre pour la première fois à l'asile, le 22 février 1890. D'après le certificat d'entrée, le malade est atteint de mélancolie, avec tendance au suicide, caractérisée par de l'anxiété, de la dépression, des insomnies, des préoccupations hypocondriaques, etc. C'est un découragé de la vie ; « les choses ne vont plus comme de son temps ; il ne peut plus gagner sa vie ; il est perdu, ruiné ; c'est une vieille bête qu'il faut abattre, etc... » Il a déjà fait plusieurs tentatives de suicide ; toutes sont restées sans résultat.

27 *février* (7 heures du matin). — Trois ou quatre jours après son entrée à l'asile, le malade, trompant toute surveillance, s'empare subrepticement du marteau pointu d'un maçon, venu faire des réparations à un mur de la division. L'instrument était neuf, très acéré. Il le saisit à pleines mains, et, prenant son élan d'avant en arrière, s'en donne un coup violent dans la région postérieure de la tête. Il tombe aussitôt sans connaissance, roule à terre, pousse des gémissements et perd beaucoup de sang. On le transporte de suite à l'infirmerie.

Là, un premier examen permet d'établir la gravité et l'état de la plaie. Le coup a été porté à la partie supérieure de l'os occipital près de son point de suture avec les deux pariétaux, sur la suture sagittale, au-dessus du pressoir d'Hérophyle. Le trou fait dans l'os permet le passage du petit doigt sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Les cheveux coupés, la plaie nettoyée, on aperçoit nettement le battement d'une artère, qu'on sent facilement avec le doigt. Cette artère, qui a donné énormément de sang, continue à couler, puis s'arrête au bout d'une demi-heure. Quelques fragments osseux sont enlevés ; à l'une des esquilles adhère un petit lambeau de dure-mère. On l'excise avec des ciseaux pour rendre le nettoyage de la plaie aussi complet que possible. On aperçoit alors distinctement la substance cérébrale ; elle semble avoir été attaquée, et on peut recueillir sur une éponge fine quelques parcelles de pulpe.

Le malade a repris connaissance peu à peu. Le pouls est bon et plein, peu précipité. Interrogé, le blessé a conscience de son état, « regrette même », dit-il, de s'être manqué. On place un pansement antiseptique. La température est prise une heure après l'accident. T. 37°. Le soir, le blessé est abattu, fièvre légère. La température est de 38°,2.

28. — T. 37°,6. Le malade parle, mange avec facilité. La plaie a très bon aspect et tend à se refermer. Elle n'a pas saigné, et dans le fond, on apercoit toujours battre l'artère dont on a parlé plus haut. On n'a pas retiré d'autre substance cérébrale. A quatre heures du soir même état général. Température 37°,6.

1er *mars*. — Le malade reste dans le même état ; la suppuration tend à s'établir. Jusqu'ici, la crainte d'hémorragie n'a pas permis de faire un examen approfondi de la plaie, ni de la sonder. Un stylet introduit avec précaution dans l'ouverture, s'enfonce d'une longueur de 7 à 8 centimètres. Evidemment, l'instrument ne peut pénétrer autre part que dans la scissure interhémisphérique ; nous aurions autrement des troubles physiologiques graves à constater, et ils font absolument défaut.

Ici vient se poser la même question d'intervention chirurgicale que dans le cas précédent, avec la même nécessité impérieuse, la même difficulté opératoire. La crainte de voir fuser le pus dans la cavité crânienne motive l'application d'une couronne de trépan pour donner une issue large et facile à la suppuration.

Mais pour arriver à ce résultat, la trépanation doit avoir lieu au siège même de la fracture. La présence des nombreux sinus en cette région en rend l'application difficile. D'un autre côté, l'urgence de l'opération ne s'impose encore par aucun signe sérieux également pressant.

Le pus sort suffisamment par la plaie ; l'introduction d'un drain

placé avec les plus grandes précautions, permettrait d'y faire, avec le même soin, des injections phéniquées détersives. Je consulte quelques confrères qui conseillent de leur côté l'expectation. — La médication la plus rationnelle leur parut être les pansements antiseptiques et les injections phéniquées à l'aide du drain. Le pus, venant de l'intérieur, est fétide. On établit alors un drain qui en facilite l'évacuation. Injections d'eau phéniquée au 10/1,000. La température s'est toujours maintenue de 36°,2 à 37°,6. Etat général satisfaisant.

La plaie tend à diminuer de jour en jour et à se cicatriser. Le pus continue à s'écouler avec facilité par le drain, mais il reste très fétide, le plus souvent de mauvaise nature, bien qu'il tende à devenir moins séreux et de meilleure consistance.

Aucun trouble dans la motilité, dans la sensibilité, ni les autres fonctions organiques. Le malade reste dans le même état de mélancolie anxieuse, avec impulsions violentes par intermittences. Souvent il arrache les pièces de son pansement, cherche à se faire du mal de toutes les manières, à commettre une nouvelle tentative de suicide. Il demande la plus grande surveillance sous tous les rapports.

Le drain pénètre chaque jour avec plus de difficulté dans la plaie; mais le stylet s'avance invariablement jusqu'à la même profondeur La cicatrisation se fait donc beaucoup plus rapidement à l'extérieur.

J'entrevoyais avec une certaine inquiétude l'instant où l'entrée du drain ne pourrait plus se faire. La suppuration prendrait nécessairement une direction plus fâcheuse à l'intérieur.

18. — Le Dr Monprofit, qui visite le malade le 18 mars, se décide à pratiquer d'abord un débridement dont il compte limiter l'étendue aux difficultés opératoires.

L'emploi du chloroforme poussé jusqu'à la résolution comateuse devient une nécessité. — La plaie est agrandie longitudinalement dans une étendue de 6 centimètres; les lambeaux sont maintenus écartés à l'aide d'érignes. Une sonde cannelée, enfoncée de 5 à 6 centimètres dans la plaie, est retirée couverte d'un pus jaune noirâtre d'une extrême fétidité.

On peut alors mieux examiner le trou fait dans la boîte osseuse. Il est des plus irréguliers, affectant cependant une forme ronde, entouré de plusieurs esquilles adhérentes au périoste.

En haut, le stylet rencontre une substance dure qu'on retire avec une pince. C'est un fragment d'os enfoncé dans l'intérieur du crâne. L'opérateur enlève en même temps des morceaux de cuir chevelu avec cheveux adhérents. Ces pièces sont conservées dans l'alcool.

La sonde butte encore en bas contre une nouvelle masse dure, mobile, mais cependant adhérente au périoste. C'est un second os,

résistant à la pression de la pince, et qu'on laisse en place. Il est suffisamment recouvert de périoste pour sa nutrition.

Le drain est maintenu ; le système des injections est continué Le malade a bien supporté l'intervention chirurgicale. Le pouls a toujours été bon, malgré le chloroforme dont l'action a été prolongée. Durée de l'opération : une demi-heure, environ.

18 et 19. — Le soir du 18 mars, pas de fièvre. Le 19, le pus est moins abondant et moins fétide; le drain est toujours en place. Alors commence une bonne période. Les forces sont revenues : P... se lève, marche, dort, mange et boit comme une personne en bonne santé. Au mois d'avril, on constate même une légère amélioration mentale. La plaie crânienne est aussi en voie de guérison. Cependant le pus est toujours là, exigeant un lavage minutieux et des soins particuliers chaque matin.

La plaie a une tendance progressive à se fermer. L'introduction du drain devient impossible. Il ne reste plus qu'un bourgeon charnu de la grosseur d'un grain de blé, émergeant dans la dépression crânienne. Ce bourgeon charnu, réprimé par la cautérisation renaît sans cesse, et indique que le trajet fistuleux n'est pas guéri. Le stylet pénètre dans le crâne presque à la même profondeur ; quelques gouttes d'un pus concret, desséché, apparaissent à la surface, tous les matins.

En même temps les traits s'affaissent; le malade tend à tomber dans la démence stupide, répond à peine, par quelques mots à voix basse, aux questions les plus bienveillantes. Les yeux deviennent ternes, le teint terreux.

1er *septembre*. — Accès épileptiforme. Le malade mange avec difficulté et tend à tomber en démence.

13 *novembre*. — Second accès d'épilepsie bien marqué. Tous les symptômes accompagnent l'attaque. Ecume à la bouche, perte de connaissance, cri initial. Le malade s'affaiblit progressivement.

22. — P... est pris de crises hémiplégiques et convulsives vers 5 heures du soir, mais sans perte de connaissance. Tremblement de tout le côté gauche et abaissement de la paupière droite. Convulsions cloniques du bras gauche et de la jambe gauche, avec impossibilité de se tenir sur les membres atteints. Cet état dure deux heures.

29. — Nouvel accès d'épilepsie, moins violent cependant, d'après le rapport de l'infirmier, que celui du 13 novembre. Il se rapprocherait plutôt de celui du 1er septembre. Cet accès dure une heure et demie, de 5 heures et demie du matin à 7 heures. Le malade est en démence depuis plusieurs mois.

1er *décembre*. — Affaiblissement progressif et rapide. Perte complète de l'appétit. Depuis deux jours, le malade est atteint d'hémi

plégie gauche, et parle avec beaucoup plus de difficulté. Pas d'altération marquée du côté de la face. Il est devenu gâteux.

2. — Vomissements bilieux avec état comateux depuis la veille au soir.

4. — Respiration précipitée. T., 38°,4. P., 92, avec de nombreuses intermittences dans le rythme et l'intensité (44 respirations à la minute). Paralysie de la vessie depuis le 3 décembre. Nécessité de sonder le malade. Il meurt à midi.

Autopsie, 6 décembre, à 8 heures et demie du matin (trente-six heures après la mort). — Au sommet de la tête et en arrière, à la réunion des deux pariétaux et de l'occipital, au-dessus des sinus latéraux et du pressoir d'Hérophyle, on remarque une dépression crânienne de quatre centimètres carrés pouvant loger la dernière phalange d'un petit doigt ordinaire. A cet endroit, le *cuir chevelu* a contracté des adhérences tellement intimes avec le périoste et la boîte osseuse, que la dissection n'en peut être complète. Une partie du cuir chevelu reste adhérente au crâne dans la largeur d'une pièce de cinquante centimes.

Le *crâne* est scié avec précaution dans un plan horizontal et suivant un diamètre bi-auriculaire. Quand on passe le crochet du marteau dans le trait de scie, pour enlever la boîte osseuse, le cerveau et la dure-mère sont tellement adhérents à la calotte supérieure, que ceux-là viennent avec elle, laissant le cervelet enveloppé sous sa tente. Il faut dire que la scie avait embrassé la plus grande partie du crâne, ce qui peut expliquer, jusqu'à un certain point, avec quelle facilité le cerveau a suivi la calotte crânienne.

Les pédoncules cérébraux ont été arrachés en partie avec la boîte osseuse. Leur section achevée, aussitôt on aperçoit derrière la protubérance, et dans le quatrième ventricule, un flot de pus.

La tente du cervelet est incisée, celui-ci enlevé. On remarque sur sa scissure médiane inférieure, jusqu'à la naissance de la moelle, un amas de pus concrété de la largeur d'une pièce d'un franc.

A la partie interne et postérieure de la calotte crânienne, au niveau de la plaie osseuse correspondante, le cerveau a contracté avec la dure-mère des adhérences intimes. Celle-ci adhère également à la voûte crânienne intérieure avec autant de solidité que le cuir chevelu à l'extérieur.

Les adhérences cérébrales ne pouvant être rompues, il y a nécessité de les diviser au couteau. Celui-ci pénètre dans un tissu dur, scléreux, de la grosseur de la moitié d'une prune, au milieu duquel ressortent deux points noirâtres, le premier gros comme une fève, le second comme un petit pois. Du plus volumineux, on retire un magma de poils et de cuir chevelu.

Toute la surface méningienne est congestionnée (congestion motivant les convulsions intermittentes remarquées pendant la vie, surtout à la dernière période).

La surface de l'hémisphère cérébral droit est plus congestionnée que la gauche. Les suffusions sanguines qu'on y remarque sont, en effet, plus nombreuses, et la dure-mère plus imprégnée de sang.

Les *ventricules latéraux* sont remplis de pus dans leur partie postérieure, surtout à droite ; les plexus choroïdes droits semblent y avoir macéré. — Les deux hémisphères cérébraux pèsent chacun 570 gr.

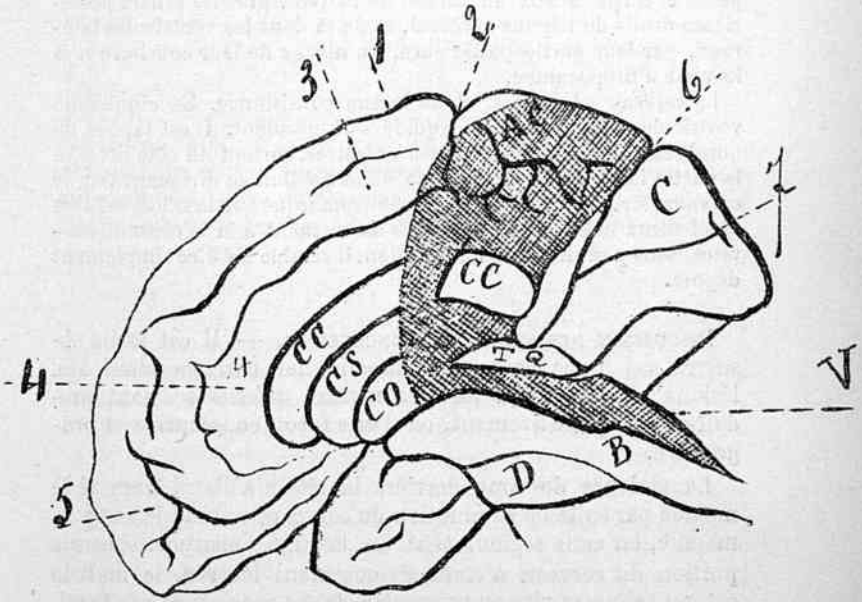


Fig. 18. — *Schéma de la face interne du cerveau droit*, avec coupe perpendiculaire hémisphérique, indiquant par des hachures le siège du foyer purulent et son trajet fistuleux.

C S, corps strié. — C O, couche optique. — C C, corps calleux. — V, quatrième ventricule. — D, coupe de la protubérance. — B, masse du bulbe. — T. Q, tubercules quadrijumeaux. — C, coin, ou lobule occipital interne. — A C, avant-coin, ou lobule quadrilatère. — 1, sillon de Rolando. — 2, scissure fronto-pariétale interne. — 3, lobe paracentral. — 4, circonvolution crêtée ou seconde circonvolution frontale interne. — 5, première circonvolution frontale interne. — 6, scissure perpendiculaire interne. — 7, scissure calcarine.

A la partie postérieure du cerveau faisant suite à celle qui est restée à l'intérieur de la calotte osseuse, se remarquent également deux points noirâtres, de même forme, de même dimension, et qui paraissent la continuation des précédents. Du reste, sur le plus gros, se trouve aussi un amas de poils avec adhérences nombreuses

et très intimes à la faulx du cerveau, dans la scissure interhémisphérique.

Le plus petit, séparé du précédent de la largeur de 1 centimètre environ, constitue l'ouverture d'un trajet fistuleux qui va aboutir dans un foyer purulent de la grosseur d'une noix environ. La surface du foyer est de 7 à 8 centimètres carrés; ce foyer est logé sous les circonvolutions de passage du pli courbe. Le pus a pénétré dans le troisième ventricule ou ventricule moyen, après avoir percé le corps calleux au niveau de la lyre, près les piliers postérieurs droits du trigone cérébral, et de là dans les ventricules latéraux, par leur partie postérieure, au niveau de leur courbure vers le pied d'Hippocampe.

Le cerveau est normal et de bonne consistance. Le cinquième ventricule est rempli d'un liquide séro-purulent. Il est tapissé de nombreux points ecchymotiques noirâtres, surtout du côté droit, à la partie la plus interne et sur le sillon médian se dirigeant vers le calamus scriptorius. Le pus concrété remarqué sur le sillon médian cérébelleux inférieur, adhère très intimement à la surface du cervelet, sans y avoir causé d'altération. Il semble s'y être simplement déposé.

Discussion des signes et conclusions. — Il est facile de suivre pas à pas les troubles fonctionnels correspondant aux lésions cérébrales, au fur et à mesure qu'elles se sont produites, soit primitivement, ou d'une façon consécutive et progressive.

La violence du coup derrière la tête a d'abord terrassé le malade par suite de commotion du cerveau, comme le coup de massue, en cette région, abat un bœuf à l'abattoir. Aucune portion du cerveau n'étant sérieusement lacérée, le malade est rentré assez vite en possession de ses sens et de ses facultés ; aussitôt que l'équilibre circulatoire, interrompu momentanément par la violence du choc, a repris son circuit ordinaire.

Tant que le pus s'est écoulé avec facilité, les choses sont restées dans le même état. Il en eût été ainsi jusqu'à la fin de la cicatrisation de la blessure et jusqu'à la guérison complète ; comme dans le cas resté célèbre, et que j'ai déjà cité autre part, de la gouge retirée du cerveau d'un ouvrier, par Miraud d'Angers ; mais ici l'ouverture de la plaie étant insuffisante, le pus a pris une autre voie. Il s'est constitué en foyer dans l'intérieur du lobule quadrilatère, ou avant-coin, et des circonvolutions du passage du pli courbe. Il les a envahies progressi-

vement, jusqu'à son épanchement dans les quatrième et cinquième ventricules, après avoir percé le corps calleux.

Pendant la plus grande durée de ce travail pathologique, lent et progressif, aucun trouble physiologique n'a été remarqué. L'absence de tout symptôme physiologique ou pathologique correspondant, prouve déjà que le lobule quadrilatère, le premier atteint, n'est le siège d'aucune localisation importante de motricité, de sensibilité ou de toute autre fonction organique.

Cependant, nous avons constaté plus tard des signes manifestes de parésie du côté gauche, s'accentuant vers la fin, jusqu'à l'hémiplégie progressive complète (avec contracture) du même côté. Le foyer purulent s'acheminait alors vers le lobule paracentral, terminaison de la seconde rolandique, vers le sommet de la pariétale ascendante, centre du mouvement des membres inférieurs en arrière, et plus en avant, des membres supérieurs.

L'état presque constant d'inertie, de stupeur morale et physique, d'atonie générale que nous avons remarqué, s'expliquerait suffisamment par un défaut de transition, une diminution de corrélation entre les phénomènes de la vie sensorielle et ceux de la motricité et de l'intelligence.

Le lobule quadrilatère serait donc une circonvolution de passage, un centre de coordination, un pont entre le lobe sensitif temporal et le lobe moteur pariétal. C'est une connexion aphasique comme toutes les autres, comme l'aphémie, l'agraphie, la surdité verbale et la cécité verbale. Cette connexion encore obscure est directement en rapport avec celle de la cécité verbale, qui siège au sommet de la seconde circonvolution pariétale, au-dessous de la première circonvolution du même nom.

Le sommet de la seconde circonvolution pariétale, siège de la cécité verbale, a été lui-même intéressé dans les derniers jours de la vie. Le malade ne comprenait plus ce qu'on lui disait. Il marmottait quelques mots inintelligibles ; puis la paupière droite a été frappée de parésie et de paralysie progressive, à mesure que la partie voisine de l'extrémité de la scissure parallèle temporale, centre du mouvement des yeux, était attaquée. Le pus fusait alors vers le corps calleux avant de pénétrer dans les ventricules.

Ce travail pathologique doit correspondre à la crise du

22 novembre, date de la paralysie de la paupière. Le même jour, dans la même crise, le pus devait perforer le corps calleux et arriver dans la troisième ventricule. La paralysie subite, le tremblement convulsif et consécutif pendant deux heures, en sont autant de preuves.

Les vomissements bilieux, le coma du 2 décembre, indiquent également la pénétration du pus dans les ventricules.

Le lendemain, 3 décembre, l'agonie commence, l'accélération de la respiration, les intermittences dans le rythme et l'intensité du pouls, la paralysie de la vessie, coïncident avec l'arrivée du pus dans le cinquième ventricule, près du bulbe et de la moelle, à l'origine du pneumo-gastrique, nerf mixte de la vie organique et de relation, le régulateur des grandes fonctions de la nutrition, de la circulation et de la respiration.

Il nous reste à étudier la genèse des convulsions épileptiformes remarquées dans les dernières semaines de l'existence du malade. Nous ne devons pas perdre de vue ce grand principe de pathologie cérébrale, que les convulsions correspondent presque toujours à des lésions de la surface du cerveau ou des méninges, et les paralysies, à des lésions centrales.

Si ce fait laissait encore quelque doute dans l'esprit, il suffirait de rappeler brièvement que les hémorrhagies méningées sont accompagnées de convulsions, les hémorrhagies centrales rarement, et toujours de paralysies.

Les convulsions infantiles, celles de la paralysie générale, ne sont que l'expression de poussées congestives cérébrales intermittentes. N'en est-il pas de même de l'épilepsie, qui fait autant le désespoir des thérapeutistes que des nosologistes? Le plus souvent, les autopsies les plus scrupuleuses sont stériles, et lorsque des lésions sont apparentes, elles sont presque toujours d'origine congestive. Ce sont des hyperémies plus ou moins marquées, des suffusions sanguines à la surface du cerveau, de siège, d'intensité et d'étendue variables. C'est le fait ordinaire de toutes les méningites sans exception, qu'elles soient aiguës, diffuses ou spécifiques.

Dans le cas de tumeurs cérébrales de traumatismes avec ou sans fragments osseux, ce sont encore des poussées congestives partielles autour de ces corps étrangers qui déterminent les phénomènes réflexes de la convulsion. De là des épilepsies plus ou moins étendues, correspondant aux lésions des parties

cérébrales intéressées, et dont les aura sont la première expression et l'indication du siège, avant qu'elles n'arrivent, par propagation, à se généraliser.

C'est précisément ce que nous avons remarqué chez P... Les convulsions existaient le plus souvent du côté gauche ; elles se produisaient même en dehors d'attaques complètes, et persistaient pendant des heures entières alors que l'intelligence semblait revenue.

Enfin, n'est-ce pas par un mécanisme congestif analogue que se produit la crise d'épilepsie essentielle, c'est-à-dire purement nerveuse, sans cause matérielle apparente. La frayeur, cause si fréquente du mal caduc, toute autre émotion violente, morale ou physique, frappe le cerveau de commotion, y produit des troubles circulatoires aussi réels, aussi intenses qu'un traumatisme. Les vaso-moteurs sont impuissants à contenir ou à faciliter le passage du sang dans les vaisseaux capillaires ; de là des irrégularités, des troubles divers dans la circulation.

Je n'en veux d'autres preuves que les alternatives de pâleur et de rougeur qui se manifestent subitement à la face des personnes vivement impressionnées. Quelques-unes ressentent à la tête une douleur ausssi vive que dans un véritable traumatisme. Enfin l'aphorisme d'Hippocrate « *Naturam morborum curationes ostendunt* » vient encore prouver que les accès épileptiques sont occasionnés par des troubles de la circulation.

Le médicament le moins infidèle dans l'épilepsie, celui qui compte le plus de succès, le plus habituellement employé, est sans aucun doute le bromure de potassium, et en général tous les bromurés. Or, ces sels agissent surtout sur les fibres musculaires des vaisseaux capillaires ; ils modèrent la circulation. C'est à cette propriété qu'ils doivent leur effet sédatif.

En résumé, les lésions trouvées à l'autopsie de ce cerveau, les signes correspondants observés pendant la maladie, confirment :

1° Que la partie la plus reculée du lobule quadrilatère ; celle qui avoisine la scissure perpendiculaire, serait une circonvolution de passage entre le lobe temporal et le lobe pariétal, une connexion aphasique ;

2° Que la partie qui se trouve en avant, près de la scissure fronto-pariétale, devient motrice, et correspond, d'arrière en

avant, au centre des mouvements des membres inférieurs, vers celui des membres supérieurs ;

3° Que les mouvements des yeux sont bien localisés au sommet de la deuxième circonvolution pariétale, à la terminaison de la scissure parallèle temporale ;

4° Que les circonvolutions épileptiques ont été causées par des troubles de la surface cérébrale, probablement de nature circulatoire, venant eux-mêmes des adhérences si intimes contractées entre la dure-mère, le cerveau et la calotte osseuse au niveau de la plaie.

Ce fait semble d'autant plus exact que, dans l'observation semblable que j'ai rapportée autre part, aucun phénomène convulsif n'a été remarqué ; le malade a succombé à des symptômes de paralysie progressive, d'atonie, de marasme, dans le calme le plus parfait. Le cerveau, les membranes et la calotte osseuse n'avaient contracté entre eux aucune adhérence.

Il est étonnant de voir un homme survivre pendant près de dix mois à une pareille blessure, de ne remarquer aucun trouble physiologique consécutif à l'accident, ni pendant la durée de la présence du drain dans la plaie. Aucune zone cérébrale importante n'était alors impressionnée, qu'elle fût motrice, sensorielle, même psychique.

Les idées délirantes n'ont pas été modifiées ; elles sont restées empreintes du même cachet d'absurdité morbide qu'avant l'acccident,

Je demeure persuadé que le malade eût guéri s'il avait été possible d'appliquer une couronne de trépan, de mieux nettoyer la plaie, d'enlever les dernières portions de peau sphacélée et de cheveux qui l'infectaient, de donner enfin une libre issue au pus, jusqu'à complète cicatrisation de la pulpe cérébrale.

ANATOMIE

RECHERCHE EXPÉRIMENTALE SUR LES VOIES MOTRICES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE[1];

Par Grégoire ROSSOLIMO,
Privat Docent à la Faculté de médecine de Moscou.

Observation IV. — 15 *mai* 1885.— Un cobaye de moyenne taille. La colonne vertébrale est ouverte d'après les règles ordinaires au niveau de la IX[e] vertèbre dorsale; on y fait la section de la moitié gauche de la moelle. La plaie est cousue d'après toutes les règles de l'antiseptique et couverte d'une couche de collodium iodoformé.

Aussitôt après l'opération, l'extrémité postérieure gauche, pendant les mouvements et pendant le repos, est inerte et dans l'état d'une extension complète, tandis que la droite est libre dans tous ses mouvements. La sensibilité de cette extrémité et des parties voisines du corps est tout à fait annulée; du côté gauche, les parties adhérentes correspondantes démontrent une sensibilité exagérée pour les irritations douloureuses.

17. — Etat général satisfaisant. Les phénomènes sont tous les mêmes, excepté un certain affaiblissement des mouvements volontaires dans le pied droit postérieur.

19. — Les mouvements sont plus libres. Les réflexes cutanés ainsi que les réflexes tendineux sont conservés. L'hyperesthésie à la jambe gauche postérieure existe toujours; l'anesthésie du côté gauche est restée sans changement. Les organes pelviens sont en bon ordre.

21. — Le cobaye se porte bien. Il marche assez vite, surtout à l'aide des extrémités antérieures; il pousse son corps en avant de l'extrémité postérieure droite. L'extrémité postérieure gauche, reste sans mouvement et semble amaigrie. La sensibilité est sans changement.

29. — Dans l'extrémité gauche postérieure, on aperçoit les premiers signes du rétablissement des mouvements volontaires. Les mouvements de l'extrémité droite sont tout à fait normaux. La peau

[1] Voir le n° 64, page 52.

sur la plante du pied de la patte droite postérieure se détache par grandes couches.

20 *juin.* — Les mouvements volontaires de l'extrémité postérieure gauche sont presque complètement rétablis; pendant le mouvement, le cobaye traîne cette extrémité et boite légèrement; l'hyperesthésie cutanée de cette extrémité est faible. Il n'y a point d'autre changement.

17 *octobre.* — Le cobaye semble tout à fait bien portant; dans la position suspendue du corps, le pied gauche postérieur pend plus bas que celui de droite. Il semble aussi plus maigre que le pied droit; les mouvements volontaires sont assez libres ainsi qu'il est difficile de trouver une différence avec l'autre pied qui reste toujours en arrière. Une légère hyperesthésie des régions désignées est restée au même degré. L'anesthésie du côté opposé est la même, on ne peut remarquer que de faibles signes de sensibilité cutanée de la plante du pied.

28. — *Statu quo.* On a préparé le cobaye à une seconde opération suivant la même méthode. On a ouvert une vertèbre dorsale (VIe), 2 centimètres plus haut que l'endroit de la première opération et au même niveau on fait une hémisection du côté gauche de la moelle; la section est évidemment faite avec succès; la plaie est fermée d'après la méthode d'antiseptique. Après l'opération, le cobaye est en bonne santé, l'examen est remis au lendemain.

29. — L'état général de l'animal opéré est satisfaisant. — *Mouvements :* Pendant le repos la partie postérieure reste un peu affaissée quoique toujours suspendue; le cobaye marche facilement et en même temps le pied postérieur reste un peu en arrière; on remarque une certaine difficulté des mouvements dans les deux extrémités postérieures. Les *réflexes* des extrémités postérieures, les réflexes cutanés ainsi que les réflexes tendineux sont réservés des deux côtés; du côté gauche, ils sont un peu exagérés. — *Sensibilité :* On remarque une étroite zone d'anesthésie autour de la partie dorsale au niveau de la dernière opération. Du côté droit, dans la région inférieure dorsale, sur l'abdomen et l'extrémité postérieure (excepté la plante du pied, où la sensibilité est très faible) il y a pleine anesthésie. Du côté gauche, on constate une hyperesthésie sur toute la surface postérieure à l'endroit de la deuxième hémisection. Les organes pelviens sont en bon état.

30. — Les mouvements des deux extrémités postérieures sont plus libres que la veille. Quant à la sensibilité, il n'y a point de changements.

1er *novembre.* — Tous les phénomènes sont les mêmes que la veille.

1 *heure de l'après-midi.* — Le cobaye est préparé pour une troisième opération : la vertèbre IVe dorsale est ouverte et on y fait une section de la moitié droite de la moelle épinière (*fig.* 19).

Etat aussitôt après l'opération : Le cobaye se porte bien; quand il marche et quand il est en repos le baisin est couché par terre et en même temps les deux extrémités postérieures sont dans l'état d'extension et d'abduction ; elles ne présentent aucun signe de mouvements volontaires. La sensibilité pour la douleur est tout à fait annulée dans les deux extrémités postérieures et dans la partie postérieure du corps.

2 *novembre*. — L'état général est satisfaisant. Une paralysie complète et une anesthésie des deux extrémités postérieures. Les réflexes sont réservés. Les organes pelviens sont en bon ordre.

3 *et* 4. — Les phénomènes sont les mêmes.

7. — L'état général est satisfaisant. Les mouvements et la sensibilité des extrémités postérieures sont tout à fait annulés. Une certaine suppuration dans la région postérieure de la dernière plaie. Le cobaye est tué par le chloroferme; la neuvième vertèbre dorsale est rétablie. Dans la partie supérieure de la région dorsale de la moelle épinière, on remarque les signes d'une inflammation légère; hyperémie des méninges et tuméfaction du tissu médullaire qui ressort de la faute des méninges; cette tuméfaction est plus marquée dans la troisième plaie. Au niveau de la région dorsale inférieure, on remarque un étranglement annulaire avec une impression plus profonde du côté gauche. La moelle est plongée dans le liquide de Muller. Dans deux mois, lorsque la moelle eût atteint une consistance satisfaisante on en fait une série de coupes transversales prises aux différents niveaux; les coupes sont colorées par l'hématoxyline et la piérocarminate.

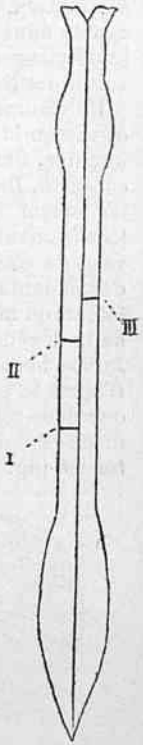


Fig. 19.

Les préparations prises dans la cicatrice de la moelle épinière, c'est-à-dire de la région de la première hémisection présentent quelques particularités que je ne trouve point inutile de mentionner. Sur ces préparations on ne trouve la moindre trace de la moitié gauche de la moelle, nous voyons ici une section triangulaire de la cicatrice qui donne dans la substance blanche et grise de la moitié saine des bandes de tissu conjonctif, grâce auxquelles je n'aperçois point de ligne qui sépare les deux moitiés de la section de là la diminution du volume du cordon postérieur et du cordon inférieur et une déformation marquée de la matière grise du côté droit. En outre, par un petit grossissement on peut remarquer une hyperplasie du tissu conjonctif dans la masse du cordon latéral du même côté. Par des grossissements plus forts, on peut remarquer :

1). que les tissus de la cicatrice consistent seulement d'éléments de tissu conjonctif avec un petit nombre de vaisseaux et ne contiennent aucune trace d'éléments nerveux; 2). du côté droit une diminution prononcée de fibres dans les cordons antérieur et postérieur, une diminution de cellules, une raréfaction du réseau des fibres nerveuses dans la substance grise et en même temps on y remarque le développement dans cette substance et dans le cordon latéral voisin des bandes de tissu conjonctif.

En résumant les données obtenues nous nous persuadons qu'à ce niveau la moitié gauche de la moelle épinière est tout à fait annulée, dans la moitié droite le cordon latéral est le mieux conservé. Dans les régions supérieures et inférieures, on remarque facilement des dégénérations secondaires, dont l'ascendante se localise dans le cordon de Goll et dans le faisceau direct du cervelet du côté de la section (gauche), tandis que la dégénération descendante s'était développée dans le bout postérieur du cordon latéral du même côté. En ce qui concerne le caractère et la région de la dégénération, cette dernière ne présente rien de particulier. Je me bornerai donc à faire quelques remarques assez brèves. D'après la préparation prise à l'endroit de la 2e section, on voit que dans cette opération a été coupée toute la moitié gauche de la moelle épinière et le faisceau antérieur du côté droit a été un peu touché (fig. 20). — Nous fîmes encore une préparation de la région

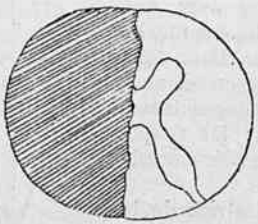


Fig. 20.

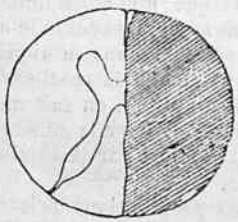


Fig. 21.

dorsale supérieure de la moelle au niveau de la dernière (3e) section du côté droit (fig. 21), qui montre que toute la moitié droite de la moelle épinière est sectionnée à l'exception d'une certaine quantité de fibres dans l'angle le plus antérieur et le plus intérieur du faisceau antérieur : donc le cobaye n° 15 qui a subi une hémisection du côté gauche de la moelle à la région dorsale inférieure, vécut jusqu'à la seconde opération, en tout cinq mois et deux semaines durant lesquels (après le premier mois) les mouvements volontaires dans le pied gauche postérieur se sont complètement rétablis, tandis que la sensibilité se restitua seulement au bout du

terme cité dans la plante du pied, dans un degré peu important. Pendant ce temps, dans la moelle épinière, à la place de la section, s'est formée une cicatrice qui ne contient point de fibres nerveuses régénérées, et en même temps une dégénération secondaire ascendante et descendante. — Lorsqu'on fit dans cet état de l'animal une section secondaire de la moitié gauche de la moelle, un peu plus haut que la première section, on reçut une affirmation complète de notre supposition première : on ne vit point de nouveaux désordres dans les mouvements des extrémités postérieures.

Notre dernière opération — *experimentum crucis stricte sic dictum*, — n'a pas laissé de doute, que les impulsions se dirigent vers l'extrémité qui était paralysée par la moitié intacte de la moelle, lorsque après une hémisection latérale s'opère au bout d'un certain temps un rétablissement presque complet des mouvements volontaires.



Fig. 22.

Afin de prouver plus définitivement les réflexions et les conclusions précédentes, j'ai trouvé nécessaire de vérifier les faits qui en sont la base, c'est-à-dire qu'à l'aide d'expérimentations de contrôle, j'ai voulu m'assurer de la signification positive de ces opérations; c'est pourquoi je me suis posé le problème de démontrer que chez le cobaye bien portant jusqu'alors, d'un côté l'hémisection latérale gauche de la moelle épinière au niveau de la sixième vertèbre dorsale (voir opér. II, observ. n° 15), d'un autre côté une hémisection droite au niveau de la quatrième vertèbre dorsale (voir opér. III, observ. n° 15), sont suivis de phénomènes typiques de Brown-Séquard correspondant à l'endroit de l'opération. J'ai fait dans ce but les deux opérations suivantes :

Observation V. — 13 *décembre* 1885. — Cobaye de grande taille. La colonne vertébrale est ouverte au niveau de la VIe vertèbre dorsale. Dans les conditions ordinaires de nos opérations est faite une section latérale de la moitié gauche de la région omise à nu de la moelle (fig. 22). Une hémorrhagie plus grande que dans les autres opérations du même genre est arrêtée assez facilement. La plaie est pansée. Aussitôt après l'opération, on remarque les phénomènes suivants :

Les mouvements sont affaiblis c'est-à-dire l'extrémité gauche postérieure pendant le repos et pendant la marche se trouve dans

la position décrite plus haut, et tout à fait inerte. Le cobaye marche en s'appuyant sur les trois autres extrémités dont les mouvements volontaires sont parfaitement libres. Les *réflexes* cutanés et tendineux sont les mêmes des deux côtés. — La *sensibilité* cutanée de l'extrémité droite postérieure et de toute la moitié du corps à l'exception de la région dorsale supérieure est tout à fait annulée. Sur les parties correspondantes du côté gauche on remarque une hyperesthésie prononcée. Les organes pelviens sont dans un état normal.

14. — Aux phénomènes observés la veille s'est ajoutée une certaine faiblesse du pied gauche postérieure. En outre, l'hyperesthésie du côté gauche a disparu et il s'est produit une faiblesse générale de tout le corps. Les organes pelviens ne sont point dérangés.

15. — Le cobaye a crevé le matin. — En faisant l'autopsie, on a trouve une suppuration assez forte, particulièrement dans les parties profondes de la plaie. Un examen sérieux de l'endroit de l'hémisection a démontré que pendant l'opération, toute la moitié gauche de moelle épinière a été atteinte.

Cette opération démontre que si la seconde hémisection dans l'observation n° 15 est restée pour les mouvements rétablis de l'extrémité gauche postérieure sans conséquence, ce résultat ne provenait point d'une particularité de cette région, parce que, ainsi que le démontre l'opération citée, à ce niveau; aussi il y a le même ordre dans la disposition des conduits sensitifs et moteurs, que dans les régions sous-jacentes de la partie dorsale de la moelle. L'opération suivante démontre qu'on peut dire la même chose concernant la moitié droite de la moelle épinière au niveau de la quatrième vertèbre dorsale.



Fig. 23.

Observation VI. — 1er *novembre* 1885. — Un cobaye âgé. La quatrième vertèbre dorsale est ouverte de la manière habituelle ; l'hémorrhagie veineuse est assez forte. A ce niveau, on fait une hémisection de la moitié droite de la moelle épinière (fig. 23) ; la plaie est pansée et couverte d'une couche de collodion iodoformé. — État aussitôt après l'opération : le cobaye conserve une position du corps un peu convexe vers le côté droit, en outre on observe une complète impuissance de l'extrémité droite

postérieure et la conservation des mouvements volontaires du côté gauche.

2. — Les phénomènes sont les mêmes. Les organes pelviens sont en ordre.

3. — Le cobaye est tué. En faisant l'autopsie, on remarque que la plaie est en ordre. — La section de la moelle épinière a été faite à travers toute la moitié droite.

Ainsi, me basant d'un côté sur les observations fondamentales, d'un autre sur les expérimentations de contrôle, j'ai pu définitivement m'assurer que le rétablissement des mouvements volontaires après l'hémisection latérale de la moelle chez le cobaye ne se produit grâce à une régénération quelconque des conduits nerveux détruits, mais résulte de la restitution des fonctions nerveuses abolies par d'autres voies disposées dans la moitié opposée de la moelle. Dans tous les cas, c'est juste pour la partie de la moelle épinière, dans laquelle j'ai fait les opérations précédentes, c'est-à-dire dans la partie dorsale. Du moment que ce fait est indiscutable, il m'a paru intéressant d'éclaircir premièrement, à quel niveau dans la région supérieure les voies du rétablissement des mouvements devaient passer du cerveau dans la moitié non atteinte de la moelle épinière, et secondement, par où elles passent ensuite de cette moitié ou, pour ainsi dire, reviennent dans la moitié opérée; pour cela, j'ai dû faire une nouvelle série d'expérimentations et je vais parler des plus importantes.

Afin de résoudre la première partie de ce problème, il fallait faire l'opération de manière à faire une section secondaire du même côté, quoique le plus près possible du bulbe rachidien, après le rétablissement des mouvements paralysés à cause de l'ancienne hémisection de la moelle. Alors, dans le cas d'une paralysie de la même extrémité postérieure, en même temps que celle de l'extrémité extérieure correspondante, nous aurions pu conclure qu'à ce niveau, c'est-à-dire dans la région de la moelle épinière, les voies qui nous intéressent doivent se trouver du côté de l'opération. Avant de faire d'autres réflexions je m'arrêterai sur l'expérimentation correspondante et sur son résultat.

Observation VII. — 23 *décembre* 1885. — Cobaye femelle, de taille moyenne. — L'arceau de la vertèbre dorsale X est enlevé. Une hémisection est faite à ce niveau de la moitié gauche de la moelle épinière. La plaie est pansée et couverte d'une couche de

collodion iodoformé. Après l'opération, le cobaye s'appuie sur trois pieds : le pied gauche postérieur est tendu et immobile. Les mouvements volontaires de l'extrémité droite postérieure sont complètement conservés. La sensibilité cutanée plus bas que l'endroit de l'opération du côté gauche est un peu exagérée. Du côté droit, elle est annulée. Les réflexes et les organes pelviens sont sans changements.

27. — Le cobaye se porte bien. La plaie est dans un état parfait. Pendant le repos, le bassin est couché du côté gauche. La jambe gauche postérieure est sans mouvement ; elle est plus maigre et plus froide que la jambe droite. Les mouvements volontaires du côté droit sont affaiblis. Les réflexes des extrémités postérieures et les organes pelviens sont en bon ordre. Quant à la sensibilité, elle est sans changement.

2 *janvier* 1886. — Les mouvements volontaires de la jambe gauche postérieure commencent à se rétablir. Un léger fléchissement de la cuisse est possible. Les mouvements de l'extrémité droite sont normaux. L'anesthésie et l'hyperesthésie cutanées sont dans le même état qu'aussitôt après l'opération. Les organes pelviens sont normaux.

5. — Les mouvements de la jambe gauche postérieure sont plus libres. Du reste, point de changement.

9. — Le cobaye pendant le repos et pendant la marche s'appuie quelquefois sur l'extrémité paralysée. Le bassin se penche souvent du côté gauche. La jambe gauche postérieure est plus maigre que la jambe droite et les réflexes sont plus sensibles. Quant à la sensibilité, il ne s'y produit pas de changements. La plaie est couverte d'une croûte prête à tomber.

16. — Le cobaye s'appuie sur ses quatre pattes. Pendant le repos et pendant la marche, l'extrémité gauche postérieure est un peu tendue et pendant la marche reste un peu en arrière, quoique les mouvements volontaires y soient rétablis. Evidemment une certaine rigidité la prive de liberté. L'état de sensibilité est le même. Les organes pelviens sont en bon ordre.

18. — Statu quo. — *Il s'est écoulé 26 jours après la première opération.*

Opération II. — Le cobaye est attaché à la table. La Ire et la IIe vertèbres cervicales sont ouvertes. Dans la fente qui s'est formée, on aperçoit distinctement le « calamus scriptorius » du quatrième ventricule, le bout inférieur du cervelet, et la région supérieure de la moelle épinière. Aussitôt sous l'entre-croisement des pyramides, au bout supérieur de la moelle épinière, on y a fait une hémisection du côté gauche, suivie d'une hémorrhagie insignifiante (*fig.* 24) ; la plaie est pansée.

Aussitôt après l'opération, le cobaye est détaché de la table ; il

est couché sur la poitrine et sur l'abdomen, le corps étant courbé vers le côté gauche. L'extrémité gauche de devant est privée de mouvements volontaires. Dans celle de droite, les mouvements volontaires sont intacts; quand aux extrémités de derrière, les mouvements volontaires en sont aussi libres qu'avant l'opération. Dans les deux extrémités et dans toute la moitié gauche du corps, l'hyperesthésie cutanée est très prononcée. Du côté droit, dans toutes les parties correspondantes, anesthésie complète.



Fig. 24.

19. — Le cobaye a crevé.

Autopsie. — A la place de la première opération, les os et les téguments de la vertèbre sont complètement rétablis. En ouvrant la colonne vertébrale, on voit que la moelle présente un étranglement marqué au niveau de la première hémisection; ici les méninges du côté gauche sont adhérentes au tissu de la moelle épinière. La seconde se trouve à 1 millimètre plus bas que la fin de l'entre-croisement des pyramides.

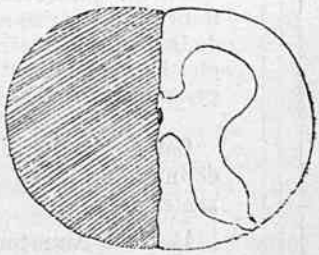


Fig. 25.

La plaie faite la veille est dans un état parfait. La section de la moelle durcie, faite dans la région de la deuxième opération, a démontré que toute la moitié de la moelle épinière a été atteinte (*fig.* 25).

Avant de discuter la valeur des résultats de la deuxième opération, je ferai la description d'une autre expérimentation de contrôle très importante, dont le but était d'éclaircir, si on peut atteindre chez un cobaye bien portant jusqu'alors le tableau ordinaire de la paralysie de Brown-Séquard en faisant la section d'une moitié latérale de la moelle épinière (voir l'observ. 28, opér. II); cela doit avoir pour nous un sens particulier par rapport à la question de l'existence, chez le cobaye, l'entre-croisement des voies motrices dans la région de la *decussatio pyramidum*.

Observation VIII.— 30 *mars* 1886.— Un cobaye de taille moyenne. D'après les règles ordinaires, la seconde vertèbre cervicale est ou-

verte et dans le bout intérieur de l'ouverture, on fait une hémisection du côté droit de la moelle (*fig.* 26). Aussitôt après l'opération, on remarque les phénomènes suivants : le corps est couché et courbé; il est convexe vers le côté droit. Les deux extrémités droites ne présentent aucune trace de mouvements volontaires; les mouvements des extrémités gauches, le cobaye faisant de grands efforts pour fuir, sont très énergiques. Du côté gauche, la sensibilité cutanée du cou, du corps et des extrémités est tout à fait annulée; du côté droit elle est sensiblement exagérée. L'état général est satisfaisant. Jusqu'au 4 avril, il n'y a eu aucun changement, excepté une faiblesse de plus en plus sensible.



Fig. 26.

6 avril. — Le cobaye a crevé. A l'autopsie nous avons trouvé une certaine suppuration dans la plaie. La section de la moelle épinière, s'est trouvée 1 millimètre et demi plus bas que le bout inférieur de l'entre-croisement des pyramides; il a atteint toute la moitié droite de la moelle.

Cette opération, de même que les précédentes, nous donne le droit de faire des conclusions très intéressantes :

1). Nous avons tous les droits d'admettre que, grâce à l'entre-croisement *complet* chez le cobaye des voies motrices dans la région de *decussatio pyramidum*, on peut obtenir le tableau de la paralysie de Brown-Séquard, même en faisant l'hémisection dans la plus haute partie de la moelle épinière.

2). En nous appuyant sur les résultats de l'opération n° 28, lorsque après une hémisection secondaire dans la région dorsale il n'y a eu que la paralysie de l'extrémité antérieure gauche, nous devons admettre que les nouvelles voies de motilité pour les fonctions rétablies dans l'extrémité gauche postérieure ne suivent pas la même direction que les voies de motilité du pied antérieur du même côté, mais doivent se trouver dans un autre endroit, et précisément, elles passent, de l'hémisphère gauche du cerveau à travers l'entre-croisement avec les voies analogues pour les extrémités du côté droit, ou bien elles descendent de leurs anciens centres cérébraux (dont nous admettons l'existence dans l'hémisphère droite du cerveau par analogie avec les autres animaux), mais sans entre-croisement vers le bas du côté droit de la moelle épinière.

Laquelle des deux suppositions est la plus probable, nous ne le savons pas; la résolution exige toute une série de différentes opérations, dont, par certaines causes, nous n'avons pu nous occuper.

Nos expérimentations nous ont permis d'affirmer que les nouvelles voies pour les mouvements rétablis de l'extrémité paralysée par une hémisection latérale de la moelle épinière doivent se trouver, depuis le bout supérieur de cette dernière, dans la moitié latérale opposée à l'hémisection.

Nous devons maintenant éclaircir à quelle hauteur, vers le bas de l'hémisection, ces voies passent du côté de l'extrémité paralysée. W. Kusmine (*l. c.*) était déjà occupé de cette dernière question et il a démontré que les nouvelles voies des impulsions motrices vers l'extrémité paralysée passent vers la moitié opposée de la moelle, au niveau des racines motrices correspondantes. La base de cette conclusion était l'opération suivante (*l. c.* observ. n° III): on avait sectionné chez un chien la moitié droite de la moelle épinière au niveau de la sixième vertèbre dorsale et il en est résulté la paralysie des deux extrémités du côté droit; sept semaines plus tard, il s'est produit un rétablissement complet des mouvements des extrémités paralysées, après quoi, on a fait une hémisection secondaire au même côté, mais au niveau de la deuxième vertèbre lombaire; cette opération est restée sans résultats; *ergo*, conclut l'auteur, les nouvelles voies motrices de la moelle passent du côté de la paralysie, au niveau des racines de l'extrémité postérieure. Cependant cette opération ne peut avoir pour nous une grande signification, puisqu'elle a été faite à un chien chez lequel, comme on le sait, les voies motrices dans la moelle épinière présentent certaines différences de celle du cobaye; c'est pourquoi j'ai dû faire, sur cet objet, des études spéciales. Mon opération diffère de la précédente, premièrement par sa disposition, et secondement, parce qu'elle est suivie d'expérimentation de contrôle.

Observation IX.—27 *janvier* 1886.—Un cobaye de taille moyenne. La colonne vertébrale est ouverte dans la région de la Xe vertèbre dorsale; à cette région, on y a fait une hémisection du côté gauche (*fig.* 27). Aussitôt après l'opération, on remarque chez le cobaye une paralysie complète des mouvements volontaires de la jambe gauche postérieure, tandis qu'il n'y a aucun changement dans les mouvements de la jambe droite. La sensibilité est annulée dans

l'extrémité droite postérieure et un peu exagérée dans celle de gauche.

30. — Les mouvements de la patte droite postérieure ; dans la patte gauche n'existent point. La sensibilité est sans changements.



Fig. 27.

5 *février*. — Le cobaye est faible. Pendant la marche, les mouvements de l'extrémité gauche postérieure sont un peu affaiblis. On ne remarque pas d'hyperesthésie cutanée.

12. — Les mouvements du côté droit sont tout à fait libres. Dans la jambe gauche, on remarque des traces de mouvements volontaires. Hyperesthésie du côté gauche et anesthésie du côté droit. Les organes pelviens sont en ordre.

28. — Dans les mouvements de la jambe gauche postérieure, on ne remarque qu'un petit affaiblissement. Du reste, point de changements.

Opération II. — On a extrait l'arceau de la deuxième vertèbre lombaire, de sorte qu'on a mis a nu la partie inférieure de la région dorsale, tout près du renflement lombaire. C'est ici que nous fîmes l'hémisection du côté gauche.

Etat du cobaye aussitôt après l'opération : conservation de tous les mouvements volontaires dans les deux extrémités postérieures. Le cobaye se tient debout et marche ; on remarque le même affaiblissement du côté gauche qu'avant la IIe opération. Quant à la sensibilité, point de changement : l'anesthésie de la patte droite postérieure ainsi que l'hyperestésie du côté gauche sont restées.

1er *mars*. — *Statu quo*. Le cobaye est préparé à l'opération du bulbe rachidien, mais grâce à une faute de notre assistant, ce dernier a versé sur le quatrième ventricule une certaine quantité de solution très froide d'acide phénique, après quoi, le cobaye a crevé en deux minutes, à cause d'nne paralysie du cœur et de la respiration.

A l'autopsie, on n'a trouvé aucun changement des organes intérieurs ; un examen précis de l'endroit de la deuxième hémisection a montré que toute la moitié gauche de la moelle épinière avait été sectionnée. Cette section a été faite 1 centimètre et demi plus bas que l'étranglement sur la surface de le moelle, formée à l'endroit de la première hémisection.

Les résultats de cette expérimentation nous donnent le droit d'admettre avec Kusmine que les nouvelles voies pour les impulsions motrices de l'extrémité qui reçut de nouveau la

possibilité des mouvements volontaires, passent à l'endroit destiné dans la région du renflement lombaire, c'est-à-dire au niveau du commencement des racines motrices des extrémités postérieures. Si cette supposition est juste, ces voies doivent se trouver dans la région commissurale du renflement lombaire, et alors la destruction de la commissure doit être suivie d'une nouvelle paralysie des mouvements volontaires restitués de l'extrémité qui avait été paralysée après la première hémisection. Avant d'entreprendre la vérification expérimentale de cette supposition, j'ai trouvé indispensable de répéter l'opération de Brown-Séquard d'une section longitudinale du renflement lombaire, — une opération qui a affirmé positivement l'hypothèse de l'auteur nommé — celle de l'entre-croisement immédiat des voies de sensibilité dans la moelle; dans cette expérimentation, je me suis posé le problème d'obtenir ainsi que Brown-Séquard, outre l'anesthésie bilatérale, la conservation des mouvements volontaires dans les extrémités postérieures.



Fig. 28.

Observation X. — 2 *février* 1886. — Chez un cobaye de taille moyenne, on a éloigné les arceaux des trois vertèbres lombaires (IIIe, IVe et Ve). L'opération a été suivie d'une hémorrhagie sensible. Dans l'ouverture, on aperçoit une grande partie du renflement lombaire avec la veine longitudinale des méninges qui passe par le milieu de la surface postérieure; il n'y avait que le commencement et la pointe du renflement qui étaient cachés. On y a fait une section longitudinale préalable de la dure-mère; ensuite, avec un scalpel très fin, on a coupé en deux presque tout le renflement lombaire dans la partie longitudinale et le long du côté droit de la veine. Les bords de la plaie de la moelle sont très enflés. La plaie est pansée (*fig.* 28).

Aussitôt après l'opération, le cobaye se trouve affaibli. Les mouvements volontaires des deux extrémités postérieures, quoique affaiblis, sont parfaitement conservés. La sensibilité cutanée des deux extrémités postérieures est tout à fait annulée.

13 *février*. — Le cobaye a crevé. La section a démontré que sur la surface antérieure du renflement lombaire, la section a traversé le long du sillon longitudinal; les bords de la plaie sont plus propres.

La conservation des mouvements volontaires, obtenus comme résultat de cette opération, nous donne le droit de penser qu'il ne doit pas y avoir chez le cobaye d'entre-croisement important des voies motrices.

Il ne me restait qu'à vérifier, si effectivement après l'hémisection, les mouvements dans l'extrémité paralysée se régénèrent à l'aide des voies développées passant du côté sain dans la région atteinte du renflement lombaire par une partie quelconque de sa commissure.

Pour cela, j'ai fait l'observation suivante :



Fig. 29.

Observation XI. — A un cobaye, on a fait une hémisection gauche au niveau de la XI[e] vertèbre. Evidemment, la section a atteint légèrement le côté droit de la moelle, car outre une pleine paralysie des mouvements de l'extrémité gauche postérieure, on remarque une certaine faiblesse dans l'extrémité droite; dans la jambe gauche elle est normale.

17 *mars*. — Les mouvements de la patte droite sont tout à fait libres; dans la patte gauche, ils sont conservés dans un degré très faible; la sensibilité du côté droit est tout à fait annulée; du côté gauche, il y a une faible hyperesthésie.

28 *mars*. — Les mouvements volontaires dans l'extrémité gauche postérieure sont tout à faits rétablis. Une certaine faiblesse est restée, de même qu'une petite rigidité pendant la marche.

Opération II. — Les II[e], III[e] et IV[e] vertèbres lombaires sont ouvertes. Ayant ouvert les méninges, on a fait une section longitudinale du renflement lombaire dans toute sa longueur, excepté le bout inférieur (*fig.* 29). Les bords de la plaie de la moelle sont enflés à un certain degré.

Aussitôt après l'opération, on remarque les phénomènes suivants : la sensibilité cutanée est tout à fait annulée, la jambe gauche postérieure est étendue sans aucune trace de mouvements volontaires, dans la jambe droite, on remarque une certaine faiblesse, néanmoins, le cobaye peut la plier et déplier facilement.

29 *mars*. — Dans la soirée, le cobaye a crevé. A l'autopsie, on s'est aperçu que le renflement lombaire est coupé en deux moitiés égales; seulement, dans le bout central, à la surface antérieure, la section a légèrement atteint le côté droit.

Ainsi, dans ce cas, après la destruction de la commissure du

renflement lombaire il se produisit une paralysie complète de l'extrémité qui, étant privée après l'hémisection de ses mouvements volontaires, les acquit de nouveau au bout d'un certain temps, tandis que les mouvements de l'autre patte sont restés sans changements sensibles. Ces phénomènes se sont accomplis d'après notre supposition, parce que les nouvelles voies motrices du pied qui avait été paralysé ont été lésées par la deuxième opération, et, en nous appuyant sur ces résultats, nous pouvons conclure que ces voies dans les parties inférieures de la moelle épinière ne passent du côté intact au côté de l'hémisection qu'au niveau des racines motrices correspondantes.

En me basant sur les résultats de chaque opération, j'arrive aux conclusions suivantes : *lorsque chez un animal soumis à l'hémisection de la moelle épinière, les mouvements volontaires de l'extrémité paralysée reviennent à l'état primitif, cela se produit toujours par la suppléance des voies nerveuses atteintes par l'opération par d'autres voies, disposées du côté opposé et intact de la moelle épinière dans toute sa longueur, du haut en bas, c'est-à-dire de l'entre-croisement des pyramides jusqu'au niveau des racines motrices contenant les fibres nerveuses pour l'extrémité postérieure, où elles passent immédiatement du côté de la lésion.*

Moscou, juin 1889.

DE L'APPAREIL NERVEUX CENTRAL DE L'OLFACTION[1]

Par M. P. TROLARD,
Professeur d'anatomie à l'École de médecine d'Alger.

VI. — CONNEXIONS DU CARREFOUR OLFACTIF AVEC L'ÉCORCE CÉRÉBRALE. (*Arc direct.*)

Toutes les fibres nerveuses qui viennent de la moelle épinière se rendant au cerveau et celles qui

[1] Voyez le n° 60, p. 335; n° 62, p. 183; n° 64, p. 69.

viennent du cerveau pour aller à la moelle ne passent pas par la station des ganglions opto-striés. Il y a communication directe entre la moelle et l'écorce cérébrale: c'est l'arc direct.

Il nous faut le trouver dans l'appareil olfactif, étant entendu que nous n'avons à nous occuper que de la portion sensitive d'un arc. C'est par les extrémités interne et externe de la bande diagonale que s'établissent les relations directes du carrefour olfactif avec l'écorce cérébrale.

Ces relations sont de deux sortes : *a*, les unes, au nombre de deux, sont absolument directes et vont sans intermédiaire au noyau cérébral ou à ses prolongements ; *b*, l'autre a lieu par l'intermédiaire des piliers antérieurs.

a. *Communications directes.* — Elles ont lieu l'une, par l'extrémité externe ou base de la diagonale, l'autre, par l'extrémité interne de celle-ci.

Extrémité externe. — Nous avons déjà vu qu'une bandelette grisâtre se détachant de l'origine de la circonvolution godronnée dans l'anfractuosité de l'incus allait en s'amincissant, se confondre avec la substance grise du carrefour après avoir contourné le crochet. Je n'oserais, comme je l'ai dit, affirmer qu'elle est constante pour la raison que j'ai donnée, et ensuite parce que la substance grise manque souvent en dehors du quadrilatère.

Mais ce qui est constant et ce qui est des plus faciles à constater, c'est la continuité de la base de la bande diagonale avec la substance blanche réticulée qui revêt la face juxta-pédonculaire du crochet, subs-

tance blanche dont nous connaissons l'origine et la nature (lame bordante hippocampique).

Il suffit de relever un peu en dehors le crochet hippocampique pour voir se redresser et se tendre la bande diagonale ; on pourrait presque dire que l'uncus *est fixé* par la base de la bande diagonale. Si on se contente de soulever légèrement le crochet, en se plaçant de façon à regarder obliquement de haut en bas, on voit se dessiner sur ce dernier le prolongement de la bande dont l'épaisseur fait relief sur la substance blanche réticulée. Quant à la racine externe du nerf olfactif, elle se continue également avec ce prolongement en avant de la substance réticulée, que j'ai montré s'avançant d'autant plus dans la vallée de Sylvius que la racine externe s'éloigne du bord antérieur du champ olfactif.

Quelques anatomistes mènent la racine externe à un noyau qui serait situé au-dessous de l'extrémité antérieure et inférieure de l'avant-mur, près de l'ouverture de la vallée de Sylvius. Je ne suis pas bien édifié, pour ma part, sur l'existence propre de ce noyau amygdalin « isolé en apparence, mais qui se trouve relié en réalité à l'écorce du lobe inférieur près du quadrilatère perforé » d'après P. Berger. Ce noyau me paraît devoir être rattaché au crochet de l'hippocampe et peut-être à cette partie du crochet qui reçoit une émanation du corps godronné.

Sans nier absolument l'immergence de la racine externe olfactive dans le noyau, puisque quelques auteurs l'ont constatée, je dirai que pour moi, cette racine m'a toujours paru s'attacher très nettement sur la muraille alvéolée de l'uncus. Si, par cas, la fin de la racine externe

dans le noyau amygdalin était démontrée dans l'avenir, il y aurait lieu de rechercher les connexités de ce noyau avec certaine partie de la substance grise de l'uncus et le corps godronné.

Voici pour le premier raccordement direct. Nous en avons un second.

Extrémité interne. — Celui-là a lieu par l'extrémité interne de la bande diagonale. Nous avons amené jusqu'à la position réfléchie du genou du corps calleux le prolongement supérieur du corps godronné et ses annexes, les nerfs de Lancisi, supérieurs et inférieurs. Or, il est facile de constater que ces deux éléments se continuent avec ce que l'on désigne sous le nom de pédoncules du corps calleux; et comme ces pédoncules ne sont autre chose, qu'une des divisions de l'extrémité interne de la bande diagonale qui se coude sur la marge du quadrilatère pour devenir verticale, il s'ensuit qu'il y a continuité entre la partie interne du carrefour et les prolongements du noyau cortical olfactif.

b. *Communications directes par l'intermédiaire des piliers antérieurs.* — Bien qu'il y ait un intermédiaire entre le carrefour et l'écorce cérébrale, je considère la communication comme directe, parce qu'elle a lieu par le moyen des piliers antérieurs, c'est-à-dire par des conducteurs qui n'ont pas à passer par le noyau de la couche optique. L'intermédiaire est le *septum lucidum*.

La communication s'établit par deux modes différents. On a vu, dans le chapitre précédent, que la couche médullaire de la cloison transparente était en

grande partie composée de filaments émanés du pilier antérieur et du tœnia, et allant se continuer avec autant de filaments provenant de l'extrémité interne de la bande diagonale. Celle-ci ne se borne pas, à ce niveau, à émettre de nombreux filaments; elle donne en outre naissance par une seconde division de son extrémité interne (la première est destinée à l'ourlet et aux nerfs de Lancisi), à un faisceau qui tantôt passe au-devant de la commissure blanche, tantôt derrière (ce cas m'a paru le plus fréquent), et va à la rencontre d'un faisceau également volumineux qui vient du pilier antérieur. J'ai vu quelquefois cette bifurcation du pilier antérieur avoir le volume de l'autre branche de bifurcation. Il ne faut pas juger de la longueur de l'arc en question par celle qui est représentée dans le schéma. Les piliers antérieurs par leur partie convexe sont, en effet, très rapprochés du sommet de la bande diagonale, et quelquefois même ils sont directement reliés à ce niveau par des échanges de faisceaux blancs[1].

Pour terminer ce chapitre, je noterai une particularité, que je n'ai rencontrée qu'une fois, il est vrai, mais qui me paraît prouver la solidarité des différents éléments de l'appareil nerveux de l'olfaction. La tubérosité de l'hippocampe était très développée, et débordant sur la bandelette optique, elle couvrait le tubercule mamillaire, dont je ne pus la détacher qu'en rompant des adhérences intimes.

[1] Au lieu de comprendre dans l'arc direct ces dernières connexions du carrefour avec le centre cortical par l'intermédiaire des piliers antérieurs, on pourrait en faire un simple *raccordement* entre le carrefour et l'arc cérébral.

En résumé, l'arc direct est constitué : 1° par la continuité de la base de la bande diagonale et la racine olfactive externe avec la lame blanche réticulée du lobule de l'hippocampe; 2° par la continuité de l'extrémité interne de la bande diagonale avec la formation godronnée supérieure et les nerfs de Lancisi, d'une part; et avec les piliers antérieurs du trigone, d'une autre part. L'existence de l'arc direct explique les les cas d'anosmie non croisée; l'entre-croisement partiel de l'arc cérébral dans les chiasmas des bandelettes olfactives explique aussi ce fait pathologique. Elle indique, de plus, le caractère olfactif du trigone, par la connexité étroite de ses piliers antérieurs avec le carrefour.

Notes bibliographiques. — *Racines olfactives.* Huguenin : « . . . La racine externe pénètre dans la scissure de Sylvius, en se maintenant dans les parties superficielles de l'écorce; par-ci par-là, elle pénètre dans la profondeur et va aboutir à la circonvolution de l'hippocampe. Il peut être démontré qu'une partie des fibres se continue avec la substance blanche réticulée et que l'autre partie se rend à l'écorce elle-même.

« La racine blanche moyenne ne peut être suivie que dans une courte étendue. Elle disparaît dans le point où l'écorce cérébrale se termine par un bord tranchant. La plus interne des racines blanches se perd à l'extrémité frontale de la circonvolution de l'ourlet; son rôle est encore peu élucidé. » Plus loin, il modifie sa description. Parlant de la racine externe, il dit : « On ne sait pas au juste si elle envoie des fibres à la substance réticulée, autrement dit à la corne d'Ammon ».

Quant à la racine interne, elle « suit la surface de la circonvolution olfactive interne, ordinairement plus visible que la circonvolution olfactive externe, et se continue avec la partie frontale de la circonvolution de l'ourlet. A ce niveau, elle se perd dans l'écorce sans qu'on puisse préciser sa destination. Dans tous les cas, elle ne se continue pas simplement avec les nerfs de Lancisi, comme l'admettait Foville ».

FOVILLE ET MEYNERT (ce dernier, d'après F. FRANCK) font continuer la racine olfactive interne avec les nerfs de Lancisi, et par l'intermédiaire de ceux-ci la mettent en communication avec la corne d'Ammon.

LUYS mène la racine olfactive jusqu'à un ganglion (noyau amygdalien) qui serait situé à l'origine de la scissure de Sylvius, et de là la rattache à la bandelette demi-circulaire.

Terminaison interne de la bande diagonale. — BROCA. « ... Le point vers lequel elle se dirige, chez les animaux, est celui où l'origine du lobe du corps calleux vient se confondre avec le bec du corps calleux ; et il y a lieu de se demander quelle est, de ces deux parties, celle où va se terminer la bandelette diagonale. Je suis disposé à admettre qu'elle se termine à la fois sur l'une et l'autre, mais principalement sur le lobe du corps calleux. »

Piliers antérieurs. — HUGUENIN : « Cette partie antérieure du pilier parcourt ensuite le septum, se recourbe en bas le long du bord interne de la tête du corps strié, puis se dirige en dehors et va se perdre dans la région correspondant à l'espace perforé antérieurement. Nous ne connaissons pas sa terminaison définitive. »

Crochet de l'hippocampe. — Pour BROCA, nous avons déjà vu qu'il y loge un de ses centres olfactifs. Pour GIACOMINI, « l'uncus ne constitue que l'extrémité antérieure du grand pied d'hippocampe ». Il ne dit pas « de la circonvolution godronnée » ; et pourtant dans cet uncus, il signale « une petite agglomération de grains sans forme déterminée » qui me paraît avoir beaucoup de parenté avec la couche granuleuse caractéristique du corps godronné.

Le Conarium. — Faut-il ajouter le conarium à l'appareil olfactif? Les connexions par les *habenæ* avec le tubercule antérieur de la couche optique sont tellement évidentes qu'il ne saurait y avoir de doute à cet égard. C'est un arc de raccordement direct entre les deux centres olfactifs, une véritable commissure. Les autres fils commissurants du conarium mettent-ils aussi d'au-

tres centres sensitifs en communication? C'est peut-être ce que l'on découvrira bientôt.

J'ai terminé ma tâche. M'en suis-je acquitté de telle façon qu'il ne reste plus rien à dire sur le sujet ou qu'il n'y ait pas à critiquer et la manière dont celui-ci a été traité et les descriptions que j'en ai données? Je ne puis avoir cet espoir; mais j'ai la conviction que mon travail restera au moins à titre d'indication, et qu'il ouvrira une voie au bout de laquelle on trouvera le but cherché. En effet, on ne saurait dénier à l'espace perforé antérieur son *caractère olfactif*. On ne saurait dénier non plus que ce carrefour est en continuité directe (continuité visible à l'œil nu et sans préparation aucune), d'une part avec la lame réticulée; d'une autre part avec les nerfs de Lancisi, l'ourlet de Foville et les piliers antérieurs du trigone. Or, que sont ces éléments? La lame réticulée est, sans conteste, une dépendance de la formation godronnée; c'est sa lame bordante inférieure ou hippocampique. Les nerfs de Lancisi sont, incontestablement aussi, une émanation du corps godronné. L'ourlet n'est autre que le prolongement de la lame bordante hippocampique de la circonvolution godronnée.

Enfin le pilier antérieur, devenu postérieur, se continue avec le corps bordant et la lame bordante ammonique de la circulation godronnée. Il y a donc une connexité anatomique étroite entre le carrefour et les deux lames bordantes du corps godronné. De plus, il est admis par tous les anatomistes que les piliers de la voûte se terminent, par les piliers réfléchis, dans le

tubercule antérieur de la couche optique. Le carrefour est donc mis en communication avec la formation godronnée et celle-ci est mise en rapport avec le tubercule antérieur de la couche optique.

Ces faits admis, il ne restait plus qu'à relier le tubercule optique au carrefour, et ce dernier à l'axe médullaire. Ce sont ces relations que je crois avoir établies et démontrées; mais sur ce point de mon programme je ne saurais être aussi affirmatif que sur le premier, bien que je me sois astreint à voir et à revoir avec la plus grande attention l'arc intermédiaire et l'arc rachidien. Il y aura certainement à retoucher sur ce point; mais, du moins je l'espère, l'indication restera. Ce qui est certain et me paraît de nature à préciser le caractère olfactif du ruban périoptique, c'est sa continuité en avant avec l'origine du corps bordant, continuité facile à constater en soulevant l'uncus.

Les faits anatomiques nouveaux que j'ai établis sont : les chiasmas antérieur et postérieur des piliers du trigone (bandelettes olfactives); l'anastomose du pilier antérieur et de la racine olfactive externe avec le carrefour; la continuité de la bande diagonale avec la lame réticulée; les prolongements postérieurs de la circonvolution godronnée; le ruban péri-optique et le faisceau sphénoïdal; les pédoncules olfactifs rachidiens et leurs relations avec les tubercules mamillaires.

Les faits que j'ai remis au jour sont : l'arc olfactif, la bande diagonale et l'ourlet de Foville. A l'ourlet, portion fibreuse, j'ai ajouté un prolongement de la substance grise godronnée, et j'ai montré que cet ourlet n'était autre que la continuation du *subiculum* lequel n'est qu'une partie de la *substantia alba reticu-*

laris; qu'il n'est, en un mot, que le prolongement de la lame bordante hippocampique, prolongement devenant la lame bordante crêtée. J'ai précisé, de plus, le point exact d'origine des nerfs de Lancisi. Enfin, sans rien innover, en lui rattachant seulement la lame réticulée, j'ai donné de la formation godronnée une description qui permet de la considérer comme une circonvolution complète, conforme au type des autres circonvolutions.

Conclusions. — Les nerfs ou troncs olfactifs, au niveau de l'espace perforé antérieur, forment, par l'étalement de leur substance grise et par l'irradiation de leurs fibres blanches émanant de l'*arc olfactif*, une sorte de zone radiculaire. Par sa structure et ses connexions, cette plaque qui occupe tout l'espace perforé mérite le nom de *carrefour* ou de *champ olfactif*.

Ce carrefour est mis en relations par la *bande diagonale* d'abord avec la moelle prolongée. Un faisceau médullaire, qui prend très probablement son origine sur le plancher du quatrième ventricule, à côté et en dehors de l'origine du facial, émerge de la protubérance annulaire à l'extrémité postérieure de l'espace perforé postérieur. Placé à côté de son congénère, il délimite cet espace perforé. Après être entré en connexion avec l'éminence mamillaire, il continue son trajet d'arrière en avant, passe sous la bandelette optique et va s'unir à la bande diagonale.

Ces connexions constituent le premier arc ou *arc rachidien*.

Le carrefour est ensuite mis en communication avec

le tubercule antérieur de la couche optique. La bande diagonale par son angle postéro-externe donne naissance à un ruban (*ruban péri-optique*) qui, après avoir fourni le *filet du sillon opto-strié* (tænia), contourne la couche optique et va aboutir au tubercule antérieur : c'est l'*arc intermédiaire*.

Du tubercule antérieur de la couche optique, part une voie de conduction reliant le tubercule au noyau cortical. Cette voie de conduction est constituée par les piliers du trigone (bandelettes olfactives), dont les faisceaux s'entre-croisent en partie (chiasma olfactif). Les éminences mamillaires font partie de cette portion de l'appareil olfactif (corps genouillés et tubercules quadrijumeaux supérieurs) ainsi que le septum lucidum (racine grise du chiasma). C'est l'*arc cérébral*.

La formation godronnée constitue le noyau cortical de l'olfaction. Ce centre est mis en communication directe avec le carrefour par la continuité de la bande diagonale : 1° en dehors avec l'extrémité antérieure de la formation godronnée; 2° en dedans avec le prolongement supérieur du corps godronné et les nerfs de Lancisi; 3° avec l'arc cérébral, par les piliers antérieurs. *C'est l'arc direct.*

Réflexions. — L'appareil nerveux central de l'olfaction, tel que je viens de le décrire, est complexe. Il n'est pas toutefois compliqué, car on se rend compte, en définive, de la raison d'être de ses différents éléments. Au surplus, Foville donnait à cet appareil un développement aussi considérable que celui que j'ai établi.

Après avoir dit que « des connexions évidentes per-

sistent entre les prolongements radiculaires de l'olfactif et certaines parties des parois du ventricule latéral » il ajoute : « Il (le nerf olfactif) communique encore avec le ruban fibreux de l'ourlet, avec les parties antérieures de la marge du quadrilatère perforé; avec le cotylédon extra-ventriculaire du corps strié; avec les parties extérieures et le noyau gris de la tubérosité temporale, c'est-à-dire avec cet ensemble que nous avons décrit comme la terminaison du cercle fibreux de l'orifice ventriculaire. Et il est remarquable que les connexions qu'il présente ainsi par ses racines internes avec certaines parties ventriculaires ont lieu précisément entre lui et l'ensemble de faisceaux et de membranes que nous avons présentées comme formant l'origine de ce même cercle fibreux de l'orifice du ventricule latéral. »

Seulement, comme on le voit, Foville qui avait vu toutes les connexions que j'ai suivies, les ramenait à son cercle fibreux ventriculaire : toujours entraîné par cette idée, il y ramenait tout ce qu'il observait.

Si je me suis égaré et si, comme Foville je me suis laissé entraîner par une idée préconçue, par une conception théorique, mon excuse sera que je me trouve en bonne compagnie. Mais j'estime qu'il est difficile de contester les faits que je soumets à la critique des anatomistes; car, en somme, en dehors de quelques faits nouveaux, en dehors d'autres faits non encore complètement observés, je n'ai fait que coordonner des éléments déjà connus, mais sans lien d'union. J'en ai fait, comme on l'a vu, la synthèse; je leur ai donné un corps; j'en ai constitué un appareil complet, en tout semblable à celui des autres appareils nerveux.

En dehors de l'observation anatomique, laquelle sera confirmée ou infirmée, une objection capitale se présente de suite; elle avait frappé Broca : comment expliquer un appareil aussi complexe pour d'aussi petites fonctions? N'est-il pas au moins singulier qu'il existe un tel développement d'éléments pour un sens de dernier ordre?

Broca répond à cette objection qui semble l'avoir arrêté, sinon embarrassé, que ces organes chez l'homme ne représentent, en somme, que les vestiges d'appareils beaucoup plus développés chez les osmatiques et qui rendent à ceux-ci les plus précieux services.

Combien alors doit être embarrassé celui qui a étendu aussi loin le champ de l'appareil nerveux de l'olfaction? J'essaierai cependant de répondre. D'abord, le centre cortical de l'olfaction limité à la formation godronnée me paraît être en rapport avec l'importance de la fonction. Quant aux autres parties, elles ne sont que des prolongements, des annexes et des voies de conduction de ce centre. Ensuite, je dirai avec Broca « que tout appareil sensoriel remplit une double fonction, se rapportant d'une part à la sensation elle-même, considérée comme source de notions sur les qualités des corps; d'une autre part, à la détermination des actes que l'animal, ainsi averti, peut éprouver le besoin d'exécuter pour sa sécurité, son utilité ou son plaisir ». Et Broca nous fait assister à la succession des actes nombreux qui se passent dans le cerveau d'un chien en chasse.

L'homme que Broca classe dans les anosmatiques, est-il si dépourvu de *flair* que cela? Je ne veux pas abuser de ce qu'il peut y avoir de vrai dans le dicton

populaire d'après lequel un homme est jugé quand on a dit de lui qu'il *a du nez;* il ne faut pas abuser des proverbes et des dictons, bien qu'ils contiennent, paraît-il, le fond du livre de la sagesse des nations.

Je n'irai pas, non plus, jusqu'à dire avec J.-J. Rousseau que l'olfaction est « le sens de l'imagination ». Il y a cependant beaucoup de vrai dans cet aphorisme; chez l'homme, l'olfaction ne se réduit pas à percevoir plus ou moins nettement certaines odeurs, certains fumets comme chez les animaux. Ce qui distingue ce sens chez lui, c'est la faculté d'abord de percevoir, ensuite de distinguer, de différencier, de préciser une variété infinie d'odeurs. C'est, il me semble, un sens bien délicat, bien subtil, que celui qui permet cette distinction quelquefois très précise entre telle ou telle émanation odorante qui permet d'affirmer l'existence d'un corps dans un mélange où la présence de ce corps ne peut être décelée par l'analyse. Ce qui caractérise, en un mot, l'olfaction chez l'homme, c'est la finesse de ce sens et ses déductions nombreuses : C'est la comparaison, c'est « la réminiscence qui, suivant Tréviranus, est si bien réveillée par des impressions exercées sur le sens de l'olfaction » d'où la nécessité d'un appareil nerveux central en rapport avec ce sens. Aussi, est-il probable que les circonvolutions voisines de la godronnée (hippocampe et son crochet, circonvolution crêtée) concourent par leurs cellules de l'intellect à la perfection de l'olfaction, dont le noyau *brutal* serait exclusivement constitué par la formation godronnée.

N'est-il pas à craindre que le sens de l'olfaction n'ait subi le contrecoup de la suractivité imprimée aux

autres sens; que sous l'influence des raffinements de la civilisation, il ne se soit chez beaucoup épuisé, émoussé, et ce sont peut-être des *anosmatiques*, des renards à queue coupée, qui ont déclaré la fonction de l'olfaction une fonction d'ordre inférieur.

Ce qui me porte à le croire, c'est que cette fonction s'exerce chez beaucoup d'hommes d'une façon surprenante. N'y a-t-il pas des personnes dont la susceptibilité olfactive est poussée à un tel point qu'une odeur inappréciable pour les autres détermine chez elles des effets de répulsion et même des phénomènes pathologiques? Carrus fait remarquer que l'enfant a un odorat très prononcé « et qu'il refuse le sein maternel lorsque quelque médicament employé par la mère à l'intérieur lui a communiqué une certaine odeur ». Assurément, l'olfaction n'est pas seule en jeu; le goût y est aussi probablement pour quelque chose. Mais ce sont là les deux seuls sens dont il ait l'usage pendant quelques mois. A défaut d'autres, pourquoi lui refuserait-on ceux-là, et assez développés, pour qu'ils assurent à peu près sa défense pour l'existence?

Les sauvages conservent intacte cette fonction. D'après Humbold, les Indiens du Pérou sont capables de discerner, pendant la nuit et à l'aide du flair seul, si c'est un étranger ou un Indien qui passe à une certaine distance d'eux.

Enfin, quand d'autres sens n'existent pas, celui de l'olfaction peut acquérir une intensité remarquable. Foville cite l'exemple d'un aveugle-né et sourd-muet, de naissance également, qui savait reconnaître à l'odeur seule toute personne avec laquelle il s'était trouvé en contact une seule fois. De plus, il importe

de ne pas perdre de vue que le sens de l'olfaction est entièrement lié au sens du goût, et qu'en dehors des saveurs salines et amères, les autres saveurs ressortissent de la membrane de Schneider. Or, l'homme ne se pique-t-il pas d'être un délicat en matière de goût?

Je ne pense donc pas, avec Broca, que l'homme doive être rangé parmi les anosmatiques, et je ne crois pas que nous en soyons réduits à ne posséder que des vestiges d'un appareil qui est beaucoup plus développé chez les osmatiques. Certes, oui! chez ces derniers, l'appareil acquiert une prédominance marquée dans tous ses éléments, pour la raison bien simple que la fonction olfactive l'emporte sur les autres ; et que, par suite, les organes de cette fonction doivent l'emporter sur ceux des autres fonctions. Chez eux, il s'agit bien d'un « sens brutal », d'un sens dominant; de là à dire qu'il n'est que brutal aussi chez l'homme, il y a, à mon avis, une grande distance; et les circonvolutions qui accompagnent le noyau cortical sont évidemment là pour idéaliser la perception matérielle.

Mais, toutes les dissertations sur un sujet quelconque ne valent que par le talent du dissertant — et ce n'est certes pas mon cas! — Elles ne valent pas dans le cas particulier l'observation anatomique, la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologique.

J'espère apporter bientôt l'épreuve de l'expérimentation et les résultats de l'observation de l'anatomie ; et sans vouloir me lancer dans des aperçus qui ne seraient pas ici à leur place, qu'il me soit cependant permis de faire remarquer, après un philosophe, M. Léopold Bernard, que le chef de l'Ecole naturaliste

doit probablement ses succès à ce qu'il est un hyperosmatique. Presque tous les personnages de Zola auraient leur odeur particulière; et les descriptions de senteurs, d'aromes, d'effluves, de fumet, etc., abonderaient dans ses romans. D'après le philosophe critique, c'est l'écrivain qui « a le plus vécu par son nez ».

Non seulement nous aurions parmi nos littérateurs un osmatique puissant, mais il y en aurait encore de très nombreux dans notre société. Les effluves que Zola a répandus à profusion dans ses ouvrages ont amené, en effet, derrière lui une telle queue de lecteurs, qu'on ne saurait plus prétendre aujourd'hui à la disparition ou à la dégradation d'un sens aussi délicat et nier les étroites connexités de ce sens avec l'intelligence...

Quant aux recherches d'anatomie pathologique, elles appartiennent à ceux qui ont à leur disposition des champs d'expérience ; les jalons étant posés maintenant, les observateurs arriveront bien vite à un résultat positif ou négatif.

Je terminerai en faisant remarquer que si mes recherches sont confirmées, il n'y aurait plus dans le cerveau humain de points ou de régions dont les fonctions seraient inconnues. Pour les circonvolutions, la zone latente des localisations diminue de jour en jour devant les recherches des physiologistes et des anatomo-pathologistes ; en tout cas, leurs fonctions pour n'être pas déterminées par des points précis n'en sont pas moins indiquées d'une façon générale.

Le rôle de la couche optique et du corps strié, bien qu'encore contesté, tend cependant à se caractériser : Ce serait la station intermédiaire. La tige pituitaire

n'est très probablement que le point d'attache de l'axe médullaire au commencement du canal cérébro-rachidien : elle ne serait qu'un « *filum originale* ». Quant au conarium, il a tout au moins avec l'appareil olfactif des attaches incontestables.

En dehors de quelques connexions de détail à découvrir ou à mieux examiner, le temps ne serait donc pas éloigné où l'on ne pourra plus dire avec Broca que « l'anatomie du cerveau est bien éloignée de la perfection ».

15 juillet 1889.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. Deux rapports au civil relatifs a deux individus soupçonnés criminels et suspectés de simulation ; motifs a l'appui; par A. Richter. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVI., 2, 3.)

1° Histoire sociale mouvementée d'un paralytique général ayant commis des délits mutiples (perte ou oblitération précoce du sens moral). 2° Délire chronique systématique. Histoire et rapport très complets. Complication de deux ictus (ictus par embolie, ictus à la suite d'une chute de cheval). P. K.

II. L'ivrognerie et les opinions ayant cours en Amérique au point de vue médico-légal ; par Ascher. (*Centralbl. f. Nervenh.*; 1889.)

Revue des opinions de la *Medico-légal Society de New-York* (nov. et déc. 1887). Clark Bell. — Thwing. — Ellinger. — Burnett. — Kerr (de Londres). — Hughes. — Baker. — Davis.

« La loi doit préserver la Société humaine. L'ivrogne est responsable de son état d'ivresse puisqu'il le provoque. Mais l'aliéné est irresponsable. » P. K.

III. De quelques phénomènes observés dans le domaine du système nerveux central après le rappel a la vie des pendus; par J. Wagner. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VIII, 3.)

Monographie à la lumière de 17 observations empruntées à la bibliographie.

La strangulation détermine, par obturation des carotides et du conduit aérien, une accumulation d'acide carbonique dans le sang et dans l'encéphale. On détache la corde, et la circulation cérébrale se trouve modifiée : il en résulte, quelques heures plus tard, avant que la connaissance soit revenue en entier, des convulsions généralisées qui, d'ordinaire, coïncident avec la réapparition des inspirations profondes. Cette phase convulsive dure une heure ou deux; elle se compose de mouvements épileptiformes, tétanoïdes, ou irrégulièrement mélangés; on constate aussi le simulacre de la marche ou du manège. Amnésie complète, même de la tentative de suicide (*amnésie rétroactive*). Plus tard, courte agitation avec quelque désordre dans les idées. Deux cas de psychose stupide assez longue. Deux observations dans lesquelles la mélancolie qui avait provoqué la tentative de suicide, a guéri à la suite de cette strangulation avortée. M. Wagner a vu guérir, dans les mêmes conditions, une psychopathie récente (délire des persécutions et folie systématique aiguë dépressive). P. Keraval.

IV. Quelques remarques sur le crime et les criminels; par Henry Maudsley. (*The Journal of mental Science*, juillet 1888.)

L'auteur estime que, dans l'intérêt de la psychologie vraie, il convient de protester contre la tendance toujours croissante que l'on a, à l'heure actuelle, à considérer tous les criminels comme des malades atteints d'une névrose particulière, à trouver dans la conformation du crâne ou du visage, dans la structure défectueuse du cerveau les éléments du diagnostic criminologique, et, par suite, à considérer les criminels comme des êtres irresponsables qui doivent être non punis mais soignés.

Un simple coup d'œil jeté sur l'ensemble de la criminalité montre bien vite que les criminels se divisent en deux classes très différentes : les criminels occasionnels, dont le crime est accidentel, et les criminels naturels, ou essentiels.

Le premier de ces criminels ne présente, au point de vue de la conformation physique ni de la structure cérébrale, rien de particulier. S'il a volé, il aura cédé à une tentation, et son

voisin, à qui cette tentation a été épargnée, n'est peut-être pas plus honnête que lui. Si, sous l'influence de la colère, il a tué, c'est qu'il avait une arme sous la main; l'arme seule a peut-être manqué à son voisin pour que, dans les mêmes circonstances, il devînt meurtrier comme lui. Un homme, qui, constitutionnellement n'est point au-dessous du niveau de l'honnêteté courante peut être conduit au crime par le concours de certains facteurs internes et de certains facteurs externes, lorsque ces derniers deviennent prépondérants. Le nombre des criminels inconnus, d'ailleurs, est plus grand qu'on ne pense; les médecins et les confesseurs le savent bien. Il y a d'ailleurs des crimes en quelque sorte professionnels qui non seulement ne sont pas punis, mais sont tolérés, et tel individu parfaitement incapable par crainte des travaux forcés de dépouiller un voyageur sur une grande route, ne se fait aucun scrupule de dépouiller des familles entières dans une opération industrielle ou financière, et ce crime, non moins condamnable que l'autre, lui procure, en lui donnant la fortune, beaucoup de considération et même un peu d'envie.

« Les formes et les nuances de la criminalité sont si nombreuses, les voies qui conduisent au crime sont si multiples, qu'il est impossible d'établir des catégories bien définies, capables de comprendre, à l'exclusion des honnêtes gens, toutes les espèces et toutes les conditions de criminels, impossible aussi de leur attribuer une caractéristique spéciale. »

Au pôle opposé, nous rencontrons au contraire le criminel essentiel, celui qui n'est tel que par un vice d'organisation mentale : ce vice est le plus souvent constitué par une débilité intellectuelle et morale qui fait promptement de celui qui en est atteint un criminel d'habitude : à la vérité, les premiers actes délictueux sont d'ordinaire peu graves; mais ces débiles d'esprit descendent vite la pente qui conduit à des actes plus graves ; souvent aussi ils servent d'instruments à des individus mieux organisés; d'ailleurs, ils peuvent quelquefois être, par eux-mêmes, capables des crimes les plus graves. Et ici, l'auteur fait remarquer qu'entre l'acte criminel purement inconscient de l'épileptique et l'acte criminel motivé et prémédité du malfaiteur, il y a place pour un cas intermédiaire, celui où le crime a été commis par un esprit faible, sous l'influence d'une tension douloureuse, d'une décharge violente irréfléchie, et par des motifs insignifiants ou vagues.

Peut-on dire que les auteurs de crimes de cette dernière catégorie soient atteints de la névrose spéciale du crime? Assurément non, au moins si l'on veut donner à cette expression un sens précis : ce sont des individus qui ne savent pas contenir leurs appétits, ni refréner leurs passions : les idées morales et sociales sont insuffisantes à maintenir chez eux l'équilibre moral qu'on rencontre chez les sujets normalement pondérés; mais il est inutile de chercher dans leur encéphale les signes de cette infériorité mentale : leurs circonvolutions peuvent être peu compliquées; mais nous n'y trouvons aucune lésion, du moins avec les moyens d'investigation dont nous disposons. Il s'en faut que la déchéance de l'intellect et celle du sens moral soient solidaires; la seconde peut être absolue sans qu'on trouve trace de la première.

Les criminels que nous venons de décrire sont les seuls qui soient réellement des criminels instinctifs; presque toujours ils sont les fils de criminels connus ou inconnus, ou bien de fous ou d'épileptiques. C'est à propos de ces dernières catégories seulement qu'on pourrait parler de la névrose du crime.

Il y a enfin un troisième groupe; c'est celui des délinquants qui agissent sous l'impulsion directe d'une maladie nettement caractérisée : ce groupe comprend les paralytiques généraux, les épileptiques, les maniaques, etc. Mais chez ces malades, le crime n'est, à proprement parler, que l'accident de la maladie.

Il faut se souvenir toutefois que, parmi ces trois groupes de criminels, le dernier seul est bien nettement délimité; entre les deux premiers la frontière demeure évidemment incertaine par suite de l'existence de cas intermédiaires. Le milieu joue d'ailleurs un rôle important dans la production du crime chez les deux premiers groupes criminels; l'auteur rapporte des exemples historiques à ce sujet : il fait remarquer, par exemple, que si Napoléon Ier avec ses passions grossières, son égoïsme brutal et son insensibilité morale absolue, qui s'associaient à une grande intelligence, à une singulière audace d'entreprise, à une ambition sans limites,— était né dans une autre sphère et élevé dans un milieu criminel, il serait probablement devenu aussi fameux, comme criminel, qu'il est devenu illustre comme conquérant.

L'auteur arrive à cette double conclusion : 1° qu'il n'existe aucune organisation physique générale qui puisse être dite criminelle, qui prédispose au crime, et lui serve pour ainsi

dire d'excuse ; 2° qu'il n'existe aucune théorie d'anthropologie criminelle qui soit suffisamment fondée et assez précise pour pouvoir être introduite dans la révision de la loi criminelle.

Mais cette théorie qui n'est pas faite, on peut tenter de la faire, non plus au point de vue général, mais au point de vue individuel. « Le moment est venu, dit M. Maudsley, d'utiliser « nos prisons comme nous utilisons nos hôpitaux, non pas « seulement en vue du traitement, mais en vue de l'avance- « ment de la science et de l'amélioration du sort de l'homme ; « nous pourrons ainsi avoir l'espoir de contribuer utilement « à fonder une *psychologie individuelle.* »

Humble au début, cette psychologie ne se fondera qu'avec lenteur et patience, et ses premiers résultats ne seront guère éclatants, mais pour être tardifs ses fruits n'en seront pas moins réels. Qu'il s'agisse d'ailleurs de la psychologie de l'homme sain, de l'homme malade ou de l'homme criminel, il n'y a de salut que dans l'étude minutieuse des faits individuels et dans l'abandon des phrases creuses et des généralités vaines. R. M. C.

V. Quelques remarques sur les rapports de l'épilepsie avec le crime ; par John Baker. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1888.)

Les recherches de l'auteur portent sur les 128 épileptiques qui sont entrés à l'asile des aliénés criminels de Broadmoor pendant une période de vingt-trois ans (1864-1887). Il constate tout d'abord que le chiffre des hommes dépasse de beaucoup celui des femmes (105 contre 23), alors qu'il est généralement admis que l'épilepsie (considérée en dehors de la criminologie) frappe à peu près également les deux sexes.

Il ressort également des tableaux qu'il publie que les actes de violences contre les personnes sont, chez les épileptiques, beaucoup plus nombreux que les autres crimes ; leur nombre est presque double (85 homicides ou tentatives d'homicide contre 43 crimes d'autre nature). Sur le nombre total des homicides commis ou tentés par des aliénés admis à l'asile de Broadmoor, l'épilepsie figure pour 11 p. 100.

En ce qui touche l'état civil des épileptiques criminels, on remarque que la majorité se rencontre parmi les hommes chez les célibataires, et parmi les femmes dans l'état de mariage. — Au point de vue de l'âge, on voit que c'est surtout entre

vingt-cinq et trente ans que les épileptiques du sexe masculin commettent des actes criminels : chez ces mêmes malades, la fréquence de l'homicide diminue d'une façon très appréciable à partir de la trentième année. Cela peut être dû, d'ailleurs, à ce que les malades qui présentent des impulsions dangereuses n'atteignent guère cet âge sans avoir été l'objet de mesures administratives. Après quarante-cinq ans, les crimes deviennent rares, sauf chez les vieux épileptiques, et encore se transforment-ils pour être remplacés par de simples délits (filouterie, etc.). — Chez les femmes épileptiques, les deux périodes qui fournissent le plus de crimes sont celles de vingt à vingt-cinq ans et de trente-cinq à quarante ans.

Au point de vue étiologique, les 128 cas d'épilepsie criminelle de l'asile de Broadmoor (déduction faite des cas nombreux où les renseignements ont fait défaut) se décomposent de la façon suivante : dans 22 cas, il existait un vice de conformation congénital ; dans 16 cas, on a pu obtenir la certitude d'une prédisposition héréditaire; dans 10 cas, il existait une cause idiopathique (insolation, fièvre, frayeur, etc.); dans 10 cas, la maladie reconnaissait pour cause un traumatisme (9 fois une lésion du crâne et 1 fois un coup de feu à l'aine) : en tout 68 cas, à étiologie précisée.

Si l'on rapproche de l'étiologie de la névrose la nature des crimes commis, on arriverait à la conclusion que l'épilepsie par traumatisme est celle qui entraîne le plus souvent, et l'épilepsie par vice de conformation congénital celle qui entraîne le moins souvent, des actes criminels.

Enfin, sur 105 épileptiques criminels du sexe masculin, on a constaté 31 fois des habitudes manifestes d'intempérance.

R. M. C.

VI. Perversion sexuelle dans la noblesse allemande.

Nous reproduisons à titre de document scientifique et en lui en laissant la responsabilité, l'article suivant du *Médical and Surgical Reporter* du 1er Novembre 1890 (p. 510) :

Les tendances immorales et perverties et les appétits sexuels de quelques nobles d'Allemagne viennent dernièrement de se reproduire d'une manière des plus dégoûtantes. Von Zastrow, représentant d'une des plus vieilles, des plus riches familles nobles du pays, qui fut jugé il y a quelques années pour commerce illicite avec des hommes, est le type de cette catégorie de criminels. Hier, le

major Von Normann, commandant de l'école des sous-officiers de Postdam, a été trouvé mort dans sa chambre ; ses artères radiales étaient ouvertes et il était en outre empoisonné. Vingt-sept cadets ont quitté l'école, mais ont refusé de donner la raison de leur conduite. Enfin, les pratiques révoltantes du major ont été dévoilées, et toute la ville sait qu'il s'est tué lui-même et cela n'a causé aucune surprise.

Je crois que cette perversion est une espèce particulière d'affection cérébrale, une manie, et comme telle sujette à traitement.

Le professeur Eulenburg (de Berlin) a reconnu cette semaine, comme sain d'esprit, un jeune lieutenant de hussards qui pourrait écrire un volume sur ses troubles. Il avait trente ans, riche, beau et heureux, quand subitement, grâce à des intrigues de famille, il fut enlevé d'une garnison autrichienne où il était et enfermé dans un asile d'aliénés ; quatre fois il réussit à s'échapper, mais il fut repris à chaque fois. Sa femme était la cause de son malheur ; elle l'avait, par exemple, chargé de pratiquer un avortement sur sa personne. Une fois dans l'asile, le jeune officier écrivit un livre intitulé « *Une nuit de bal dans un asile d'aliénés* », et par la vente de ce livre obtint l'argent qui lui était nécessaire pour s'enfuir. Sur le témoignage du professeur Eulenburg, l'officier voulait rentrer en possession de ses titres et de sa fortune. R.

VII. Contribution a la réforme des peines correctionnelles ; par W. Sommer. (*Centralblatt f. Nervenheilk. Internat. Monatschrift*, N. F. 1, 1890.)

Eloge et statistique des établissements de *réforme médicale* installés dans les Etats-Unis du Nord. On y place les jeunes délinquants que l'on suppose, à raison de leur jeunesse, aptes à une amélioration. Le Directeur reste le seul juge de l'époque convenable de la libération, excepté quand les délits ont été légers, la séquestration ne devant pas, dans ce cas, dépasser le maximum de la peine infligée. Le délinquant doit franchir plusieurs échelons ou divisions gradées d'après l'observation des malades (tendances — volonté — discernement) ; on récompense les degrés de l'amélioration par des bons points ; l'obtention d'un certain nombre de bons points leur permet de gravir ces échelons. Le minimum du séjour est de douze mois. Quand le délinquant est resté plusieurs mois au premier échelon, on lui accorde un congé provisoire ; la réintégration ou le congé définitif dépend de la conduite pendant le congé.

L'établissement d'Elmira (Etat de New-York. Dr Wey) a coûté 9,375,000 fr., il comprend 765 cellules séparées, des ateliers, des magasins, des salles de travail, une gymnastique. En 1888-1889, on y a reçu en moyenne 922 délinquants. On va construire 500 nouvelles cellules.

Cet établissement a, depuis son ouverture, reçu 3,637 criminels de seize à trente ans; la plupart avaient attenté à la propriété; 13 p. 100 d'entre eux présentaient une tare psychopathique ou épileptique; 38 p. 100 étaient fils d'ivrognes.

On a accordé 2,295 congés :

1,540 ont pu être libérés définitivement;
130 ont dû être réintégrés;
20 sont revenus volontairement;
45 ont récidivé;
111 sont encore en observation.

266 seulement ont été renvoyés parce que le maximum de la peine avait été subi par eux.

Dépenses pour cet exercice, 137,109 dollars, soit moins de 2 fr. par tête. P. KERAVAL.

VIII. LA DOUBLE MEURTRIÈRE. K. B.; par P. NŒCKE. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 3, 4.)

Débilité mentale congéniale, surtout au point de vue du sens moral, signes de plus en plus accentués et des plus nets avant l'acte incriminé; elle tue un ménage pour le voler après s'être liée avec lui dans ce but, puis prend 137 fr. 50. C'est donc une aliénée condamnée à tort, d'abord à la peine de mort, puis aux travaux forcés à perpétuité. On eût dû faire une expertise. A rapprocher des criminels congéniaux de Lombroso. Impossible d'établir si l'épisode actuel doit être étiqueté sous les noms de folie morale, hypomanie, folie systématique primitive.

IX. DEUX RAPPORTS MÉDICO-LÉGAUX SUR LA NÉVROSE TRAUMATIQUE AVEC ALIÉNATION MENTALE; par A. RICHTER. (*Archiv f. Psych.*, XXII, 2.)

Rapport I. Acte d'indiscipline d'un canonnier. Etat d'inconscience irresponsabilité. — II. Un garde-frein auxiliaire doit-il son état mental à une blessure reçue le 4 avril 1886? l'accident du 15 août 1887 y est-il pour quelque chose? Réponse doublement affirmative, Il faut lire ces mémoires pour se rendre compte de la discussion.

P. K.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. L'ANTIPIRINA NELLE ALIENATIONI MENTALI; par le Dr ROSCIOLI. (*Il manicomio*, 1889, n° 3.)

Les recherches du docteur Roscioli l'ont conduit aux conclusions suivantes : dans la manie, l'antipyrine ne produit aucun effet, ni

comme sédatif du système nerveux, ni comme hypnotique ; dans la mélancolie et la paralysie générale, mêmes effets négatifs et de plus à dose élevée, on observe une aggravation de symptômes : dans la folie hystérique avec morphinomanie, aucun résultat ni en ce qui concerne la psychose première, ni contre les symptômes dus à l'abus de la morphine ; au contraire, effets positifs et rapides sur les accès convulsifs dans l'épilepsie qui disparaissent durant le traitement ou dans les cas graves et invétérés, diminuent de nombre et d'intensité pour reparaître très vite sitôt que l'on suspend l'administration de l'antipyrine. L'auteur s'est servi, pour ses recherches, de l'antipyrine de Knorr. La dose moyenne fut de 4 grammes, la dose maxima de 7 grammes : le médicament fut administré le plus souvent par la voie stomacale, quelquefois par injections hypodermiques (solution aqueuse à 50 p. 100.) J. S.

II. Quelques notes sur l'action de l'hyoscine ; par le Dr Celso Sighicelli. (*Il manicomio*, 1890, fasc. 1 et 2.)

La préparation employée fut l'iodhydrate en solution aqueuse, à la dose de 1/4 de milligr. à 1 milligr. en injections sous-cutanées. La dose de 1 milligr. est une dose maximum qu'on ne peut dépasser sans risquer de provoquer des accidents toxiques. On ne doit l'atteindre que par des augmentations successives et non en progression géométrique. L'usage de l'hyoscine doit être absolument proscrit chez les individus atteints de troubles cardiaques. En effet, dans le plus grand nombre de cas, l'action de l'hyoscine sur le cœur se fait ressentir très peu de temps après l'administration du médicament ; le pouls devient d'abord rare par prolongation de la diastole cardiaque. La ligne systolique artérielle s'abaisse beaucoup, le pouls devient petit : ce qui porte à ranger l'hyoscine parmi les substances qui ont une action cardioplégique très manifeste. J. Séglas.

III. Les injections sous-cutanées de liquide testiculaire de mammifères dans le traitement des maladies mentales ; par D. Ventra et R. Fronda. (*Il manicomio*, 1890, fasc. 1 et 2.)

Des expériences de MM. D. Ventra et R. Fronda, il résulte que les injections sous-cutanées de liquide testiculaire de mammifères dans le traitement de psychopathies à fond neurasthénique et plus spécialement dans les états d'épuisement et de stupeur, n'ont donné en général que des résultats négatifs ou des améliorations transitoires et sans importance. La majeure partie des malades n'ont présenté aucun changement dans leurs conditions psychophysiques. Quelques-uns ont présenté un léger état d'excitation psychique avec incohérence et insomnie qui s'évanouissait si l'on

suspendait les injections, pour faire place à l'état habituel de dépression et de stupeur. Parmi les déments séniles, affaiblis, anémiques et gâteux, la grande partie resta stationnaire : quelques-uns seulement furent propres pendant le traitement et deux quelque temps encore après. Chez un malade en état de stupeur, on vit cesser sous l'influence des injections une rétention d'urine par paralysie vésicale. On n'a noté aucun changement dans les sentiments olfactifs pas plus chez les hommes que chez les femmes : chez ces dernières l'excitation était plus marquée surtout dans le domaine des fonctions médullaires. L'unique cas de guérison a été observé chez une femme atteinte de mutisme hystérique avec stupeur : et les auteurs croient devoir l'attribuer à un effet moral, à une autosuggestion, beaucoup plutôt qu'aux injections. Outre l'excitation psychique observée dans différents cas, les injections de liquide testiculaire s'accompagnent d'autres phénomènes presque constants : la température périphérique s'abaisse de 1 à 5 dixièmes de degré, le pouls radial diminue de fréquence et augmente de force ; la respiration devient moins fréquente et superficielle. Tous ces symptômes s'observent immédiatement après les injections et cessent graduellement six à huit heures après. Le caractère transitoire de tous les phénomènes physiques et psychiques observés, malgré un traitement prolongé pendant plusieurs semaines, conduit les auteurs à admettre que les injections de liquide testiculaire exercent sur les centres nerveux, surtout spinaux, une stimulation plutôt qu'une véritable augmentation de leur pouvoir d'action comme le prétend Brown-Séquard. J. S.

IV. L'ANTIFÉBRINE DANS L'ÉPILEPSIE; par le Dr WILDERMUTH. (*Zeitschrift f. d. Behandl. Schwachsinninger und Epileptischer*, n° 4, 1888.)

L'auteur a prolongé ses essais pendant six mois. Chaque malade prenait un jour du bromure de potassium, le lendemain, matin et soir, un gramme d'antifébrine. Les résultats ont été tout à fait défavorables. Dans la plupart des cas, il y a eu augmentation du nombre des accès (en établissant un parallèle avec les six mois de l'année précédente). Cette augmentation était progressive. Dans trois cas même les accès devinrent de plus en plus violents. L'auteur n'a jamais constaté d'accidents directement imputables au médicament. MORAX.

V. L'HYDRATE D'AMYLÈNE DANS L'ÉPILEPSIE; par le Dr WILDERMUTH. (*Neurolog. Centralblatt*, n° 15, 1889.)

L'hydrate d'amylène a été prôné comme hypnotique par Mehring de Strasbourg, en 1888. Les essais ont été faits sur trente hommes et trente-six femmes. Dans la grande majorité des cas, les résultats ont été favorables. Le médicament a été donné par doses de deux à

quatre grammes et de manière à atteindre cinq à huit grammes par jour. Après divers essais, j'ai administré, comme étant le plus pratique, une solution aqueuse à 1/10. (20 ou 40 grammes de cette solution dans du vin ou du cidre.)

Dans un cas d'état de mal, l'auteur a fait trois injections sous-cutanées de 0 gr. 8 d'hydrate d'amylène pur. Les accès ont cessé subitement. Dans cinq autres cas d'état de mal, les résultats ont été également surprenants. L'hydrate d'amylène n'a pas été encore essayé dans des cas graves d'état de mal.

Après un emploi prolongé de l'hydrate d'amylène, on observe une tendance marquée au sommeil, qui se manifeste d'ailleurs même après de faibles doses. Dans quelques cas, cette somnolence a disparu avec l'accoutumance. En outre, l'auteur a observé des troubles digestifs, de l'inappétence, de la constipation. Jamais ces troubles n'ont été durables. Dans plusieurs cas, l'action antiépileptique diminue après six à huit semaines. D'après une expérience, l'action du médicament paraît être plus sûre dans les cas d'épilepsie nocturne que dans les cas où les accès étaient diurnes et nocturnes. On n'a pas observé de différence d'action sur l'épilepsie idiopathique ou symptomatique. P. K.

VI. Application de vésicatoires par suggestion hypnotique.

Dans la *Bolnitchnaia Gazeta Botkina*, nos 26, 27 et 28, de l'année 1890, p. 650, le Dr Jakov, V. Rybalkin (de St-Pétersbourg), publie ses remarquables expériences qui confirment les rapports de Presalmiens (1840), Focachon, Beaunis. Delbœuf, Forel, Jendrassik et Krafft-Ebing touchant la production d'ampoules sur la peau par la suggestion hypnotique. Les expériences de l'auteur ont été faites en présence d'un grand nombre de médecins de l'hospice de Mariïnskaïa ; le sujet était un peintre en bâtiments, de bonne constitution et bien portant, âgé de seize ans, atteint de la véritable hystérie et très propre aux expériences d'hypnotisme ainsi qu'aux suggestions qui suivent cet état.

VII. Contribution a la thérapeutique de la chorée minor; par F. Gerlach. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVI, 5.)

La *paraldéhyde*, que nous avons personnellement étudiée avec Nercam, en 1884, a l'avantage, d'après M. Gerlach, de procurer du sommeil et de calmer le système musculaire; indépendamment de son action narcotique, elle est sans influence sur la psychose concomitante. On peut l'employer sans inconvénient quand il y a affection cardiaque. P. Kéraval.

VIII. Expériences avec quelques nouveaux médicaments usités en psychiatrie; chloralamide, hyoscine, hydrate d'amylène (antiépileptique); par P. Nœcke. — Du chloralamide; par O. Wefers. — Traitement méthodique au sulfonal chez les aliénés; par Vorster. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 1.)

MM. Nœcke et O. Wefers indiquent le *chloralamide* comme hypnotique aux doses de 1 à 3 grammes. Malheureusement il est trop cher, difficilement soluble et incertain, surtout à la longue (assuétude), M. Wefers lui préfère le chloral, la morphine, la paraldéhyde.

L'*hyoscine*, d'après M. Nœcke est une préparation superflue, sans utilité.

L'*hydrate d'amylène* excellerait comme antiépileptique à la dose de 4 à 10 grammes (en solution dans l'eau), il diminue le nombre des accès; son action persisterait pendant 3 à 5 mois, sans qu'on ait à déplorer d'accident, quel que soit l'état mental, même chez un vieil épileptique, qu'on ait affaire à une épilepsie nocturne ou non.

Le *sulfonal* calme la sphère psychomotrice et psychosensorielle des cerveaux épuisés et surexcités, à la dose de 2 grammes (mélancolie et délire général systématique aigu). M. Vorster compare son action à celle de l'atropine. Il le préconise dans l'anxiété. Il agirait sur l'écorce, puisqu'il diminue les accès d'épilepsie. Malheureusement il produit à la longue une sorte de paralysie généralisée; ce stade du sulfonalisme est inévitable et d'ailleurs sans danger; ce qui doit donner à réfléchir c'est le sopor qui constitue le second stade de l'intoxication. Il est supérieur au bromure de potassium, seuls l'opium et la morphine peuvent rivaliser avec lui. Comme l'organisme ne s'y habitue pas, le sulfonal est supérieur à la morphine. P. K.

IX. Accès de lypémanie, suicide guéri par l'apparition d'un érysipèle de la face; par le Dr Szczypiorski. (*Annales méd. psych.*, juin 1891.)

Il est de notion classique que souvent les coïncidences morbides sont d'un pronostic favorable pour la maladie dans le cours de laquelle est apparue une autre affection.

Cependant en médecine mentale, les cas de guérison complète survenant presque au moment même de l'éclosion de la maladie incidente, sont exceptionnels.

A ce titre l'observation citée par M. Szczypiorski est intéressante : il s'agit d'un héréditaire atteint de lypémanie suicide.

Il était dans un état d'agitation excessive lorsque le 8 août apparaît un érysipèle de la face, l'excitation fait immédiatement place à l'accalmie, l'érysipèle fut très intense et dura jusqu'au 25 août,

la mémoire était revenue au malade ainsi que la conscience de sa situation et le 7 septembre il quittait l'asile dans un état physique et mental très satisfaisant; six mois après, on put constater que la guérison se maintenait. E. Belin.

X. De l'action sédative et hypnotique de l'atropine et de la duboisine; par N. Ostermayer. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 3, 4.)

Le sulfate de Duboisine est, comme l'hyoscine, un hypnotique et un sédatif prompt et énergique dans les psychoses qui procèdent par crises d'agitation: il n'a pas les inconvénients de l'hyoscine. Il agit le plus souvent en 10 à 15 minutes; c'est surtout un hypnotique; le sommeil se produit en 20 à 30 minutes. Doses 2 à 3 milligrammes quand l'agitation est prononcée; 1 à 1,5 milligrammes dans l'agrypnie sans agitation. Jamais d'intoxications dangereuses ni d'effets accessoires désagréables. Son action s'émousse après un long usage; il suffit alors d'en augmenter la dose ou de la suspendre pour obtenir un nouvel effet de la dose initiale, c'est un succédané de l'hyoscine, surtout quand il y a affection du cœur et des gros vaisseaux; il est meilleur marché que l'hyoscine. L'atropine chez les aliénés est surtout sédative, indirectement hypnotique. Le sommeil résulte de la paralysie des nerfs sensitifs et moteurs et de la diminution de l'excitabilité réflexe. Inférieure à l'hyoscine, quant à la certitude et à l'intensité de l'action, comme l'hyoscine elle déprime les forces. L'assuétude se manifeste par la diminution ou la suspension de son action. Quelques effets accessoires désagréables, tels que diarrhées et vomissements passagers, sans autres inconvénients. Ne vous en servez pas, prenez plutôt l'hyoscine.

P K.

XI. De l'action de l'hyoscine chez les aliénés; par Sergér. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 2, 4.)

Sulfate d'hyoscine en injections sous-cutanées (seul moyen de dosage exact, sûr, commode), chez 18 malades: analyse physiologique complète. Telle est la prostration des malades, leur faiblesse musculaire, leur abattement (impossibilité de parler et de se tenir debout), leur salivation incoercible, leurs violents vertiges et leur photopsie, qu'il faut s'en abstenir. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Session de Lyon. — Aout 1891.

Séance du 3 août 1891. — Présidence de M. Bouchereau.

Lecture est faite tout d'abord par M. le Dr Giraud des comptes financiers du précédent Congrès; il en dépose les pièces entre les mains de M. le Président qui le remercie de sa gestion.

M. le Dr Carrier remercie ses collaborateurs, les organisateurs du Congrès, dont la lourde tâche est enfin couronnée de succès.

M. le Dr Bouchereau remercie la ville de Lyon de son hospitalité et ouvre ensuite les discussions scientifiques.

M. le Dr Rousset, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Bron, a été chargé du rapport sur le *Rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.* Il a commencé par un historique très soigné qui l'amène à considérer quatre courants principaux dans l'opinion des auteurs : 1° Quelques cliniciens, les moins nombreux, ne reconnaissent pas de différence fondamentale entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, et croient, comme autrefois, que la méningo-encéphalite est le plus souvent due aux excès alcooliques ; 2° d'autres refusent à l'alcoolisme le droit de produire de toutes pièces la paralysie générale, et pensent que ce que l'on appelle la paralysie générale alcoolique n'est, au fond, qu'un état cérébral particulier, qu'ils appellent pseudo-paralysie générale alcoolique, empruntant le masque de la méningo-encéphalite, mais s'en séparant assez par la marche, la gravité et même les lésions anatomiques pour mériter de ne pas être confondu plus longtemps avec cette affection ; 3° d'autres établissent une distinction très nette entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale ; ils admettent une paralysie générale de nature alcoolique, pouvant être quelquefois l'aboutissant de l'alcoolisme chronique ; 4° les derniers, faisant preuve de plus de cir-

conspection et d'éclectisme, considèrent l'alcoolisme comme cause purement occasionnelle, agissant presque toujours sur un terrain prédisposé antérieurement. Examinant ensuite la géographie médicale de l'alcoolisme et de la paralysie générale, il arrive à cette conclusion, qu'il ressort des diverses considérations ethnographiques que l'alcool absorbé en grande quantité par les gens du Nord n'engendre pas plus la paralysie générale que chez les gens du Midi, qui en consomment relativement peu, et que l'étude dirigée en ce sens ne peut conduire qu'à des conclusions trop vagues ou trop absolues.

Au point de vue étiologique, certains malades considérés autrefois comme alcooliques avaient, en effet, commis des excès de boisson. Mais ces excès n'avaient lieu que depuis le début de la paralysie générale, de sorte qu'ils étaient l'effet et non la cause de leur maladie. Cet état d'alcoolisme récent ne doit donc pas entrer en ligne de compte dans la genèse de la méningo-encéphalite. La progression corrélative de la folie alcoolique et de la folie paralytique ne peut pas non plus amener cette déduction que l'une de ces deux maladies est engendrée par l'autre. En résumé, en dehors des cas peu nombreux où l'alcoolique chronique non prédisposé peut aboutir de chute en chute à la méningo-encéphalite, l'alcoolisme n'est guère susceptible de fabriquer la paralysie générale que sur des terrains vésaniques, cérébraux, arthritiques. Le rapporteur a joint à cet exposé, qui aboutit en somme à regarder la paralysie générale comme absolument distincte de l'alcoolisme, une série de 22 observations où le diagnostic reste en suspens, mais qui nous paraissent un peu trop sommaires pour pouvoir éclairer utilement la question, qui est vraisemblablement loin encore d'être élucidée définitivement. La base anatomo-pathologique qui seule peut-être pourrait la trancher fait défaut, et la clinique nous paraît insuffisante dans l'étude d'affections où la lésion cérébrale joue un rôle aussi considérable.

M. Magnan remercie d'abord M. le Dr Rousset d'avoir nettement exposé l'état d'une question si facile en controverses et d'avoir fait ressortir les principaux éléments d'une discussion sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. M. Magnan range en quatre groupes les tendances principales des différents auteurs :

1° Pour les uns, la paralysie générale est habituellement due à l'alcoolisme ;

2° Pour d'autres, l'alcoolisme ne produit pas une véritable paralysie générale, mais des pseudo-paralysies générales alcooliques ;

3° Pour d'autres, la paralysie générale et l'alcoolisme sont deux états distincts ; mais l'alcoolisme chronique peut parfois conduire à la paralysie générale ;

4° Pour d'autres, enfin, l'alcoolisme considéré comme simple

cause occasionnelle, n'aurait d'action que grâce à une prédisposition antérieure.

C'est surtout sur ces deux dernières propositions que M. Magnan soumet quelques réflexions.

Les partisans de l'opinion qui admet deux modes de terminaison de l'alcoolisme chronique, l'un pour la démence, l'autre pour la paralysie générale, se basent, non seulement sur la physiologie expérimentale, mais aussi sur la clinique et l'anatomie pathologique.

Cependant, même chez les animaux où l'intoxication n'atteint pas généralement un degré aussi avancé que chez l'homme on a toute l'ébauche des deux processus, stéatose et sclérose, que l'on retrouve à un degré si avancé chez l'homme. Chez ce dernier en effet, l'alcoolisme s'inscrit en traces indélébiles sur la plupart des tissus et sur la plupart des organes, la trame conjonctive et le parenchyme sont à la fois compromis.

Le foie, les reins, le cœur et la fibre musculaire elle-même sont envahis par la dégénérescence granulo-graisseuse, et le cerveau même dans les périodes avancées. C'est là le principal processus dégénératif qui conduit à la démence avec faiblesse musculaire et souvent aux paralysies partielles. Mais de plus avec la stéatose les auteurs constatent la sclérose qui peut atteindre le foie, les reins, le péricarde, le tissu cardiaque, les méninges, la moelle même et le cerveau. Et, sans doute si le choix de ou des organes est dû à une certaine prédisposition, il y a aussi l'*organe le plus faible*.

D'autre part, que donne la clinique ? Dans un premier cas, l'on a affaire, et c'est là le cas le plus commun, à l'alcoolisé chronique qui s'achemine de chute en chute, progressivement vers la démence.

Au bout de quelques années d'abus de boissons, l'affaiblissement de l'intelligence, de la mémoire, de l'imagination, de la volonté ; les étourdissements, les fourmillements et les crampes dans les membres, quelques petits ictus apoplectiformes et épileptiformes s'accompagnant souvent d'une parésie passagère d'un membre, surtout, quand à ces troubles viennent s'ajouter de l'empâtement et de la gêne de la parole, de la difficulté dans l'articulation des mots, un accès passager de délire alcoolique, quelquefois avec idées ambitieuses et préoccupations hypochondriaques, peuvent, on le conçoit, rendre le diagnostic difficile. On se trouve, en effet, en présence d'un alcoolique chronique qui a revêtu le costume du paralytique général. Mais, au bout de peu de temps, les symptômes subaigus dus à l'appoint alcoolique disparaissent et l'on retrouve l'alcoolisé chronique vulgaire.

Un second groupe, mais moins nombreux d'alcoolisés chroniques est celui qui s'achemine vers la paralysie générale.

Au bout d'un temps plus ou moins long d'abus de boissons

alcooliques, après plusieurs accès de délire alcoolique, suivis de guérison et après la disparition d'accidents subaigus, l'individu présente des modifications physiques et psychiques très notables. Abaissement des facultés intellectuelles, changement de caractère, irritabilité excessive, langage insolite, actes indélicats, quelquefois immoraux, ne préoccupant nullement le malade. De plus, une légère hésitation de la parole, de l'inégalité pupillaire, parfois des idées de satisfaction ou des préoccupations hypochondriaques. Qu'un nouvel appoint alcoolique survienne, ces phénomènes s'accentuent et l'individu prend les apparences d'un paralytique général avancé, tandis qu'il n'est encore qu'au début de la maladie. Habituellement la maladie suivra la marche progressive, mais parfois le régime et l'hygiène de l'asile pourront amener une rémission, mais ce n'est là qu'un arrêt momentané et l'on ne doit pas considérer cet individu comme atteint d'une pseudo-paralysie générale alcoolique et non d'une paralysie générale vraie.

Dans une troisième catégorie de faits, les rechutes sont tellement nombreuses que les malades comptent 10, 15, 20 entrées à l'asile, sans marcher néanmoins, comme les malades précédents, ni vers la démence, ni vers la paralysie générale. Ces alcoolisés sont les prédisposés, les héréditaires dégénérés dont M. Magnan a déjà parlé dans son travail sur l'alcoolisme (1874) et que M. Legrain a mis en relief dans son intéressant ouvrage *Hérédité et alcoolisme*[1].

Chez ces malades, l'alcool a une action spéciale ; le délire très accusé s'accompagne à peine de troubles apparents de motilité. Contrairement à ce qui a lieu d'habitude, le système nerveux semble se dédoubler, tout ce qui appartient à l'ordre intellectuel est d'une impressionabilité excessive, tout ce qui appartient à l'ordre physique fonctionne d'une façon normale, il y a un défaut d'équilibre. Un délire polymorphe, des idées ambitieuses, mystiques, de persécution, etc., accompagné quelquefois d'une certaine gêne de la parole et quelquefois aussi de l'inégalité pupillaire donnent l'idée d'une paralysie générale, et, comme l'amélioration est obtenue au bout de quelque temps à l'asile, on voudrait dire encore pseudo-paralysie générale, tandis que c'est de la dégénérescence mentale mise en activité par un stimulant alcoolique.

Voilà donc trois groupes de faits dans lesquels, par suite d'un appoint alcoolique, des individus atteints de maladies très différentes peuvent présenter des symptômes en apparence semblables et créer par suite des difficultés très grandes de diagnostic.

M. Magnan demande ensuite à M. Rousset la permission d'interpréter d'une façon différente de la sienne les vingt-deux observations qu'il donne à la fin de son rapport.

[1] Voir aussi sur le même sujet : Sollier : *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.*

Les cinq premières sont groupées sous le titre d'héréditaires vésaniques et pour tous ces malades, si l'on note de l'hérédité chez les ascendants, on ne constate chez eux que des abus de boissons.

Un sujet n'est pas prédisposé uniquement parce qu'il a un père ou une mère aliénés. Ces cinq malades, qui ont résisté longuement à l'action de l'alcool, ont, par ce seul fait, fourni la preuve que, malgré leurs ascendants, ils échappaient à la prédisposition. Ces cinq malades, de même que ceux qui font l'objet des cinq observations suivantes, ne sont autre que des alcoolisés chroniques aboutissant à la paralysie générale.

En résumé, nous pouvons dire que les pseudo-paralysies alcooliques sont repoussées par la clinique et que l'alcoolisme chronique conduit habituellement à la démence et parfois à la paralysie générale.

M. A. Carrier lit ensuite un mémoire de M. Régis sur le même sujet. (L'auteur de ce travail étant absent, les conclusions n'en sont point soumises à la discussion. Aussi nous abstiendrons-nous de les rapporter ici, nous réservant d'en donner l'analyse complète en même temps que celles des communications faites en dehors du programme des discussions). (4e séance).

Lecture est donnée de la statistique de MM. Marie et Bonnet : « Documents statistiques pour servir à l'étude des causes de la paralysie générale. » De leurs observations sur 265 malades, les auteurs concluent à ce que « la plupart des intoxications peuvent être réduites à l'état d'effets et non de causes de la méningo-encéphalite. En particulier, les intoxications volontaires et, au premier rang, l'alcoolisme. Les premiers symptômes cliniques de la paralysie générale correspondent à une période déjà avancée de ses lésions anatomiques ; tant que l'on n'aura pas, à l'aide d'expérimentations décisives ou par toute autre voie, constitué un critérium permettant de déterminer cliniquement quand *commence* l'affection, les facteurs étiologiques personnels proposés resteront susceptibles d'être considérés comme secondaires, surtout si on leur oppose l'hérédité, seul facteur constant ; le seul aussi qui échappe à l'influence de causes occasionnelles manifestement consécutives et n'ayant pu agir que comme agents provocateurs. La multiplicité des facteurs personnels invoqués démontre l'insuffisance de chacun en particulier et leur variabilité dénote leur importance secondaire. Notons toutefois la plus grande fréquence de l'alcoolisme et de la syphilis associés qui forment, avec l'hérédité, une triade où cette dernière a l'importance prédominante, par rang de date et de fréquence. Plus on cherche les antécédents héréditaires dans la paralysie générale plus on les trouve. On peut donc la considérer comme affection dégénératrice, non de l'individu, mais de l'espèce, et la pathogénie en doit être envisagée dans la série ;

il y aurait lieu de mettre à l'étude le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de cette affection. »

M. Combemale rend compte de ses expériences sur les animaux alcoolisés : « Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique comme cause de la paralysie. » « Après une période d'excitation de cinq à six mois, surviennent des symptômes d'affaiblissement cérébral et musculaire ; l'animal a des frayeurs fréquentes et des paralysies disséminées ; du septième au neuvième mois, accentuation de la démence et des paralysies. Les crises épileptiformes apparaissent. Si l'on fait l'autopsie à la fin du septième mois, on trouve une congestion active des membranes, parfois des petits foyers de ramollissement. Du neuvième au onzième mois, on trouve des lésions plus diffuses. »

On trouve donc d'abord comme dans l'alcoolisme, des frayeurs, puis plus tard des symptômes analogues à ceux de la paralysie générale vraie. Si on ajoute de quatre à cinq grammes d'alcool absolu, on observe l'affaiblissement des membres inférieurs, des mouvements choréiformes de la tête et du cou ; changement de caractère de l'animal. L'auteur voit dans les cas aigus quelque chose d'analogue aux attaques de paralysie générale spinale.

M. Magnan félicite l'auteur du procédé qui lui a permis de mener à bien ses expériences (ingestion à l'aide de la sonde œsophagienne). Il avait lui-même tenté semblables essais par la même voie, mais s'était heurté à des vomissements incoercibles.

M. Christian objecte aux conclusions du précédent rapport que les conditions de l'animal en expérience sont toutes différentes de celles de l'homme. Il repousse toute assimilation.

M. Mairet rappelle les caractères cliniques qui résultent de l'alcoolisme concomitant à la paralysie générale :

« 1° Au point de vue de la sensibilité : L'alcoolisé paralytique est halluciné comme l'alcoolique, il a des troubles de la sensibilité générale, des fourmillements, qu'il peut attribuer à l'électricité (idées de persécution), d'autres fois il y a anesthésie.

2° Le malade n'est pas affaissé comme le paralytique ordinaire, il présente une sorte d'état spasmodique, d'enraidissement des muscles, simulant l'ataxie.

3° Au point de vue de l'intelligence, les alcoolisés paralytiques sont éminemment violents et d'un caractère difficile. Tantôt le délire est ambitieux non continu, tantôt mélancolique avec idées de persécution.

4° L'excitabilité musculaire est portée à son maximum.

5° La marche de l'affection est également caractéristique ; les rémissions sont fréquentes ; la marche, par suite, en est plus lente, sauf les cas d'attaques épileptiformes qui sont assez fréquentes et peuvent emporter le malade. »

M. Magnan prend la parole pour rappeler que l'on observe en

clinique le passage insensible de l'alcoolisme chronique à la paralysie générale.

M. Charpentier étudie à son tour les lésions macroscopiques variées, résultant de l'intoxication alcoolique constatée chez 43 de ses paralytiques autopsiés. (Note sur la rareté des lésions viscérales dans la paralysie générale.)

L'étude de M. Charpentier a porté sur 735 cas. Il s'est limité aux malades alcoolisés entrant en état d'excitation maniaque à l'entrée et montrant des signes de paralysie générale cliniquement constatés. 83 de ces malades sont morts, 68 ont été autopsiés. 25 ne présentaient pas de signes d'alcoolisme suffisamment ancien pour entrer en ligne de compte, à notre point de vue. 43 autres avaient au contraire, des antécédents d'alcoolisme invétéré caractéristiques. Sur 14 d'entre eux, on a constaté à l'autopsie les adhérences classiques de la pie-mère et en outre des lésions viscérales caractéristiques de l'alcoolisme (dégénérescences cirrhotiques du foie, etc.), 31 ne présentaient que les adhérences méningées. Les autres ne présentaient ni adhérences, ni lésions alcooliques, en dépit de leurs antécédents et des symptômes cliniques précités. De ces recherches nécropsiques l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Rien ne permet d'affirmer que la paralysie générale alcoolique n'existe pas ;

2° C'est chez les alcooliques que la paralysie acquiert son maximum de fréquence. En cinq ans nous avons trouvé 83 alcooliques avérés sur 135 cas de paralysie générale ;

3° La forme spéciale de la paralysie générale est déterminée par les symptômes de l'intoxication alcoolique ;

4° La paralysie générale est plus grave chez les gros buveurs qui, avant le début des symptômes de la paralysie générale, n'ont jamais présenté de troubles cérébraux ;

5° L'intoxication alcoolique peut produire tout le complexus symptomatique dénommé paralysie générale sans qu'à l'autopsie on trouve des lésions caractéristiques de la paralysie générale, c'est-à-dire la sclérose cellulaire, interstitielle, proliférante, diffuse ;

6° Il n'y a pas de sclérose interstitielle proliférante, diffuse sans paralysie générale, mais il peut y avoir paralysie générale sans cette lésion caractéristique ;

7° La théorie de l'intoxication que nous avons exposée à la Société médico-psychologique de Paris pour expliquer la paralysie générale, appliquée à l'intoxication alcoolique, permet de comprendre et de réunir dans un même ensemble tous les troubles cérébraux dus à l'alcoolisme depuis l'ivresse jusqu'à la démence paralytique, les cas suraigus ou rapidement mortels, les cas d'immobilité, les cas de rémission ou de guérison, quelle que soit la forme cérébrale qu'ait revêtu l'alcoolisme.

M. Mordret présente une objection relative à cette dernière conclusion ; mais il se rallie pour le reste à la façon de voir de M. Charpentier.

M. Cadéac, professeur à l'Ecole Vétérinaire, communique des planches très intéressantes à l'appui de préparations histologiques faites d'après des animaux intoxiqués.

Avec M. A. Meunier il a fait ingérer à un chien 25 litres d'eau d'arquebuse dans l'espace de 3 mois. Ils ont constaté, à l'autopsie, une cirrhose du foie et une néphrite interstitielle. Il semble démontré aussi que l'alcool détermine la dégénérescence graisseuse des organes, et les essences, au contraire, la sclérose. Cette dernière altération a été provoquée par l'intoxication à l'aide de la liqueur d'arquebuse. Cet empoisonnement différerait de l'empoisement chronique par l'alcool, aussi bien par les lésions anatomiques, que par les troubles de la sensibilité et de la motilité. Les essences des liqueurs peuvent être, d'après ces expériences, cause de lésions analogues à celles de la paralysie générale de l'homme.

M. Ladame signale l'influence de la loi suisse de monopolisation des alcools sur leur consommation et le développement parallèle de la paralysie générale.

M. Camuset lit un mémoire où il conclut de ses observations à ce que l'alcool influe puisamment sur le développement de la méningo-encéphalite diffuse.

M. Bouchereau lève la séance à 4 heures 40 et convoque le Congrès pour le lendemain 4 août à 9 heures.

Séance du 4 août (matin). — Présidence de M. Bouchereau.

A 9 heures précises, M. le Dr Bouchereau ouvre la seconde séance pour continuer l'étude de la première question du programme.

La parole est donnée à M. Camuset. Le mémoire qui fait l'objet de cette communication rentre dans la catégorie des *documents cliniques et statistiques relatifs à l'étiologie de la paralysie générale.* L'auteur en conclut au rapport étroit existant entre l'alcoolisme chronique d'une part et la paralysie générale de l'autre, mais sans trancher la question de la prédisposition particulière signalée comme nécessaire dans plusieurs communications antérieures.

M. Joffroy expose les arguments tirés de l'histologie pathologique, qui lui paraissent infirmer la théorie de l'encéphalite interstitielle initiale dans la paralysie générale des aliénés. Il considère au contraire que la lésion primordiale siège dans la cellule, en un mot qu'il y a encéphalite parenchymateuse au début. Cela ne peut s'expliquer sans un *locus minoris resistentiæ* résidant dans la cellule même, aussi croit-il à l'influence de la prédisposition héréditaire. Il faut un germe préexistant, l'alcool ne fait que favoriser la germination de l'encéphalite parenchymateuse.

M. Magnan objecte que c'est là une hypothèse qui ne lui paraît pas reposer sur des données suffisamment convaincantes; il demande à M. Joffroy comment il a pu obtenir des préparations d'encéphalites parenchymateuses évidemment préexistantes à toute lésion interstitielle.

M. Joffroy répond qu'il a fait pour cela des préparations en choisissant de préférence les portions de circonvolutions dans lesquelles les lésions étaient le moins avancées, les lésions interstitielles lui ont alors paru peu accentuées, tandis que l'altération parenchymateuse, elle, était constante; c'était une dégénérescence granulo-pigmentaire du protoplasma des cellules (surtout les petites) et de leur noyau.

M. Pierret demande la parole. Il explique que, pour lui aussi, c'est l'élément noble, la cellule, qui est la première touchée. La lésion de la cellule est rarement seule, mais seule elle est l'élément indispensable, l'encéphalite interstitielle n'étant pas nécessaire. Il a publié des observations avec autopsies dans ce sens, il s'appuie en outre sur la priorité presque constante des troubles de l'intelligence correspondant à la lésion de la cellule. Dans l'alcoolisme, la cellule est aussi touchée, il est vrai, mais secondairement, en sorte que s'il est vrai qu'à l'autopsie le microscope décèle la coexistence des deux lésions, comme dans la paralysie générale, le mécanisme en est tout différent. A ce point de vue, l'alcoolique est un sénile précoce et se rapproche plus du dément sénile que du dément paralytique (tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique).

M. Magnan exprime son étonnement relativement à l'affirmation de M. Pierret concernant des cas de paralysie générale sans encéphalite interstitielle. C'est la première fois qu'il entend pareille affirmation; au Congrès de Berlin, où l'on s'est occupé de la question, aucun des micrographes compétents n'en a parlé. Ce que M. Magnan a vu, et, après lui, beaucoup d'autres auteurs, c'est l'encéphalite à la fois interstitielle et parenchymateuse des zones corticales antérieures frontales; à côté d'elles on trouve de l'encéphalite interstitielle prédominante ou seule dans la zone moyenne, fronto-pariétale ou motrice; en arrière, dans la zone postérieure, moins atteinte, on ne trouve généralement qu'un peu ou poin d'encéphalite interstitielle, mais pas trace de lésions parenchymateuses.

M. Pierret prend acte de ce que M. Magnan vient de dire au sujet des lésions qu'il a lui-même constatées dans les cellules, indépendamment de la question de date de ces lésions.

M. Mordret lit ensuite une observation de méningo-encéphalite constatée à l'autopsie sans que du vivant de la malade rien n'ait pu faire prévoir une paralysie générale.

M. le Dr Ballet demande la parole pour faire observer que la discussion dévie de son but primitif. En plaçant la question sur le terrain de l'anatomie pathologique, il craint de la voir immobilisée. Les hypothèses plus ou moins attrayantes ne parviendront pas à trancher la question de priorité entre l'altération conjonctive ou cellulaire; il ne cache d'ailleurs pas ses préférences pour la théorie soutenue par M. Magnan qui fait jouer aux lésions vasculaires et interstitielles le rôle principal.

Mais il y a mieux à faire pour avancer la question, c'est de multiplier les statistiques relatives à l'étiologie; que l'on ne se rebute pas par ce fait qu'elles sont jusqu'ici toutes contradictoires ou à peu près; ce n'est qu'après de multiples tâtonnements que l'on pourra établir une moyenne approchant de la vérité; les divergences, d'ailleurs, ne sont qu'apparentes et tiennent souvent non à l'homme qui dresse la statistique, mais au milieu observé; M. Ballet l'a vu pour lui-même en ce qui a trait aux rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

En attendant des documents statistiques suffisants, M. Ballet se déclare partisan des pseudo-paralysies générales qui offrent un moyen pratique de classer en cliniques des affections d'un diagnostic délicat sans préjuger de leur nature.

M. Pierret clôt le débat en rappelant que M. Ballet, comme MM. Joffroy et Magnan, admet l'altération de la cellule. Il persiste donc à croire que c'est là le substratum anatomique essentiel de l'affection. Cette lésion de la cellule doit être mise à l'étude, parallèlement et indépendamment de la recherche des causes particulières variées qui peuvent la provoquer.

Le Congrès passe ensuite à l'examen de la seconde question.

M. le Dr Coutagne, médecin expert près les tribunaux de Lyon, a été chargé du rapport sur la *Responsabilité légale et la séquestration des aliénés persécuteurs*. Cette question devient chaque jour plus intéressante et plus actuelle à une époque où ce genre d'aliénés font de plus en plus parler d'eux, et où des travaux importants, dont le point de départ ont été surtout ceux de Falret, permettent de les distinguer nettement des autres. Il en est deux sortes principales : des persécutés types devenant persécuteurs, et des aliénés persécuteurs primitifs. Le Dr Coutagne retrace, avec des exemples frappants à l'appui, les caractères de ces malades. Abordant ensuite la question de responsabilité, il pose en règle générale que le persécuteur devra être déclaré irresponsable, sans restriction, lorsqu'il le sera devenu dans le cours du délire de persécution. Mais il se prononce pour la responsabilité atténuée à l'égard des aliénés persécuteurs. Il regrette que, soustraits à l'action de la justice, ceux-ci retombent sous la seule surveillance administrative comme des fous inoffensifs et puissent sortir des asiles dans les

mêmes conditions qu'eux. La séquestration lui paraît s'imposer pour eux, tant dans leur propre intérêt que dans celui de la société. Peut-être, en effet, guériraient-ils plus si on les prenait à temps, et, en tout cas, les nombreux dangers qu'ils font courir à autrui montrent qu'on peut séquestrer trop tard un persécuteur, mais qu'on ne pourra jamais le séquestrer trop tôt. C'est de plus le genre de malades qui communiquent le plus fréquemment la folie. La question de la durée de la séquestration est des plus délicates. Par leur chronicité reconnue, les persécutés devenus persécuteurs sont forcément internés à vie. Mais, pour les persécuteurs, c'est très difficile de se prononcer : calmes dans l'asile, ils sont souvent repris de leurs idées dès leur sortie. Pour la leur accorder il faudrait, comme en Angleterre, pouvoir les confier à des personnes sûres, qui les ramèneraient à l'asile aux premières manifestations de rechute. Peut-être, en France, pourrait-on tirer parti des Sociétés de patronage des aliénés. En tous cas, une hospitalisation très prolongée est de rigueur. Le Dr Coutagne insiste aussi, non sans raison, sur la différenciation des modes d'assistance suivant telle ou telle classe de malades, et est partisan de réserver l'asile actuel, si coûteux, pour les seuls aliénés justiciables d'un traitement médical. Quant aux persécuteurs incurables et dangereux, pourquoi ne les enverrait-on pas très loin du pays où a éclos leur délire, dans des sortes de colonies, en Nouvelle-Calédonie, par exemple? Il est certain que l'encombrement de plus en plus marqué des asiles par des aliénés chroniques, des non-valeurs de toutes sortes, des alcooliques invétérés, finira par forcer l'attention sur cette situation et aboutira à une assistance variable avec les catégories de malades.

La conclusion principale de l'orateur a soulevé des protestations, notamment de la part de M. le Dr Giraud, qui repousse la déportation : « Les persécuteurs sont des malades après tout et on ne saurait leur infliger le sort des condamnés. »

M. Charpentier développe des considérations intéressantes sur les conclusions précédentes et formule les propositions suivantes :

1° L'aliéné persécuteur se reconnaît à la nature de ses idées délirantes : idées de haine, de vengeance, idées persécutrices; à la fixité de ses idées délirantes, à leur longue durée ou à leur retour fréquent; à la tendance extrême de ces idées à commander l'acte délictueux; 2° le médecin étant tenu de répondre à la question de la responsabilité légale des aliénés, nous sommes d'avis de proposer l'irresponsabilité, quand le délit est un acte pathologique, lié à l'idée délirante; la responsabilité atténuée, quand, chez le délinquant, malgré l'absence de lien entre le délit commis et l'idée délirante, il se trouve une accumulation de présomptions tirées, soit d'autres troubles mentaux intérieurs, soit de signes physiques ou psychiques dits de dégénérescence; et la responsabilité partielle quand, en l'absence des présomptions ci-dessus notées, il n'y a aucun rapport entre le délit et l'idée délirante; 3° la séquestration de l'aliéné persécu-

teur, dans un asile, doit comporter la possibilité de l'application d'une thérapeutique disciplinaire (isolement absolu provisoire, moyens de contrainte, punitions); 4° L'époque de la séquestration d'un aliéné persécuteur doit se déduire de sa conduite, de son caractère, de ses menaces, et du délit; 5° La prescription des sorties d'essai, pour l'aliéné persécuteur séquestré, doit être considérée comme un moyen de traitement réservé au médecin; 6° Les aliénés persécuteurs dangereux ou indisciplinés doivent être sequestrés dans tous les asiles d'aliénés, mais pourvus de quartiers spéciaux; 7° Tout aliéné persécuteur, guéri après un certain temps d'observation, ne devra pas être maintenu dans l'asile qui lui a servi de traitement.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

3e *Séance (soir).*

A 2 heures précises s'ouvre la 3e séance du Congrès. M. Bouchereau cède le fauteuil présidentiel à M. Ladame (de Genève). La discussion reprend les conclusions des rapports de MM. Coutagne et Charpentier.

M. Giraud prend la parole pour appeler l'attention sur ce point que les aliénés persécuteurs ne constituent pas une entité morbide.

« Il en admet trois catégories (le persécuteur persécuté, le persécuteur raisonnant, le persécuteur latent). Il combat l'opinion de M. Coutagne qui veut faire figurer l'aliénation comme élément *graduateur* et non *chimicateur*. La responsabilité partielle ne doit pas être admise parce qu'il est impossible de rendre un verdict partiel ni d'appliquer un jugement partiel ; on ne peut que donner les circonstances atténuantes. En ce qui concerne la responsabilité légale, si on a affaire à de vrais aliénés, il y a irresponsabilité complète, sinon ce sont des fous dégénérés et on a à apprécier s'ils peuvent être réellement considérés comme aliénés, ou si, en tant que dégénérés, ils ne méritent que les circonstances atténuantes. »

M. Giraud relève dans le rapport de M. Coutagne une phrase où il est dit que, dans les asiles parisiens, il y a, au milieu de fous véritables, des alcooliques maintenus après leur guérison comme serviteurs auxiliaires ; il signale la chose à ses collègues des asiles de la Seine présents au Congrès, cette assertion pouvant donner lieu à de sévères interprétations sur le terrain de la séquestration arbitraire. L'orateur s'élève contre la mesure un peu radicale proposée par M. Coutagne, à savoir le transport des aliénés en Nouvelle-Calédonie ; les aliénés, en tant que malades, ne peuvent être l'objet de mesures semblables à celles qui visent les récidivistes.

M. Coutagne répond qu'il n'a jamais prétendu qu'au point de vue nosologique il fallût créer une catégorie spéciale de persécutés

persécuteurs. Pour lui, la responsabilité partielle, limitée, est un moyen de formuler ses conclusions dans les cas de difficulté ou d'impossibilité d'un diagnostic ferme. Il assure à l'inculpé l'indulgence du tribunal qui est toujours accordée sur de telles conclusions, devant les tribunaux de Lyon en particulier. L'auteur rappelle que, pour lui, responsabilité partielle n'est point synonyme de responsabilité limitée : l'une se rapporte à l'acte, l'autre à l'individu.

Quant à la question de la durée de la séquestration que M. Coutagne veut longue, alors que M. Charpentier la demande courte, c'est là une question qui intéresse plutôt le médecin d'asile, qui pourra ordonner la sortie à sa guise. M. Coutagne s'est surtout placé au point de vue du médecin légiste.

M. Ballet fait observer qu'il y aurait intérêt à circonscrire le debat ; M. Charpentier l'a étendu à tous les malades persécuteurs, au sens littéral du mot ; il faut en restreindre l'application aux aliénés persécuteurs classiques (type Falret) sans hallucination. Il faudrait encore, dans ce cas, distinguer des persécuteurs persécutés faciles d'autres qui le sont moins, ce sont ceux qui ont un délire alcoolique avec idées de persécution et que M. Charpentier a peut-être eu tort d'éliminer du débat; enfin il y a le persécuteur d'occasion, pour ainsi parler, qui représente le cas le plus délicat : ce sont souvent des malades confinant à l'aliénation, mais ressemblant, par ailleurs, beaucoup à des gens simplement désagréables en temps ordinaire ; avec eux on manque de critérium suffisant ; mais il ne faut, parce que le diagnostic est obscur, conclure à une responsabilité mitigée ou autre; il y a lieu de se demander seulement, en présence de cas semblables, si le malade a agi sous l'influence d'un mobile délirant; il se peut aussi que le malade donne des signes d'aliénation n'ayant cependant pas influé sur l'acte (vol, coups, etc.), il peut enfin n'avoir que des stigmates physiques de dégénérescence démontrant une organisation anormale; dans ces cas on demandera les circonstances atténuantes. Quant à la séquestration préventive, qui serait évidemment préférable, l'application en paraît difficile en l'absence de signes certains ; ces dernières ne pourraient se baser que sur l'examen physique dans ce cas. Nous pouvons du moins exprimer ici le désir que la question des asiles spéciaux pour cette catégorie de malades, internés après réactions violentes, soit étudiée au plus tôt.

M. Charpentier reprend la parole pour répondre à M. Giraud ; bien que n'étant pas des asiles de la Seine, il a dans les quartiers d'hospices de Paris vu les malades auxiliaires, mais ce sont des débiles non guéris ni guérissables qu'on utilise, sans qu'il y ait là séquestration arbitraire. Mis en liberté, ils seraient aussitôt arrêtés et réintégrés, l'expérience l'a maintes fois prouvé. M. Charpen-

tier a cru devoir prendre le mot de persécuteur dans son sens le plus large ; si on restreint ce sens, on aura des persécuteurs réels qui ne seront pas rangés dans le cadre commun. Or, ce sont précisément ceux-là qui intéressent comme cas discutés et embarrassants. Malgré que M. Falret en ait dit, bien qu'on n'ait pas de phrénomètre, il faut admettre des responsabilités variées ; il y a dans le cerveau des parties qui peuvent délirer, tandis que d'autres restent étrangères à la folie. On récompense un fou qui fait une action d'éclat, il est des cas où un délit commis par lui pourrait entraîner une peine, atténuée ou non. On voit parfois, dans les asiles, des coquins qui eussent été mieux placés dans un établissement pénitencier. Folie, vice et passion peuvent conduire aux mêmes actes, en se combinant ou en agissant isolément. Il faut pouvoir faire la part, le dosage de ces différentes combinaisons, c'est pour cela que la responsabilité atténuée doit être acceptée, sinon il n'y a plus de responsabilité.

M. Rouby lit un mémoire sur la *folie de Ravaillac :* « Ravaillac était aliéné, atteint du délire de persécution avec hallucinations. Ses interrogatoires confirment l'existence de ce délire. Le meurtre du roi lui fut directement commandé dans ses visions. Il ressort de ses interrogatoires répétés que cette obsession le poursuivait depuis longtemps. C'est un type de persécuteur tel qu'on n'hésite plus à le reconnaître de nos jours. »

Séance du 4 août 1891, *soir.* — Présidence de M. Ladame.

Les débats étant clos sur la deuxième question, M. Ladame donne la parole à M. Lacour pour la lecture de son rapport préparatoire sur l'*assistance des épileptiques.*

M. Lacour. — *De l'assistance des épileptiques.* (Rapport.)— L'auteur essaie de faire le dénombrement des épileptiques en France, et reconnaît qu'il est à peu près impossible à établir. Legrand du Saulle le fixe de 33.000 à 40.000 ; Lunier le ramène à 33.225, qu'il décompose ainsi : 3.550 internés comme aliénés, 1.650 placés comme non aliénés dans les hôpitaux ou hospices, etc.; les 28.000 restants sont conservés dans leur famille ou errent à l'aventure [1]. M. Lacour met en relief l'insuffisance de l'assistance des épileptiques, l'insuccès des efforts tentés par Ferrus, Parchappe, Lunier, etc. « Ce qu'il y a d'étrange, dit-il, c'est que ces espérances ont quelques chances d'être réalisées par la simple initiative d'un député, M. Reinach, qui a présenté un projet de loi sur les aliénés, pour remplacer la loi du 30 juin 1848, devenue le *delenda Car-*

[1] Voir : Bourneville. — *Rapport sur la création de Sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles,* 1891.

thago d'une partie de la presse parisienne. Ce projet, véritable réquisitoire contre les médecins chargés d'interpréter et d'appliquer cette loi mémorable, contient un article qui est une révolution et ainsi libellé : « *Les établissements publics devront comprendre deux quartiers annexes, destinés l'un aux épileptiques, l'autre aux idiots et aux crétins.* »

Cette innovation, dont il est fait honneur à M. Reinach, appartient au rédacteur en chef de ce journal. Il l'a formulée dans son rapport à la Chambre fait en 1889, et sa proposition avait été acceptée par la Commission parlementaire [1].

M. Lacour examine l'état actuel de l'assistance des épileptiques en France et à l'étranger. Il donne quelques renseignements sur la situation des épileptiques à Paris et rappelle qu'ils sont en général hospitalisés sans difficulté. Il insiste ensuite sur la création de la section des enfants idiots de Bicêtre.

« *Hors Paris*, dit-il, les épileptiques peuvent mourir ou être aggravés avant d'avoir rempli des formalités qui annulent, pour ainsi dire, leur assistance. Ils sont repoussés des asiles parce qu'ils ont trop de raison, et des hôpitaux parce qu'ils peuvent devenir subitement impulsifs. S'ils tombent en crise sur la voie publique, ils sont transportés dans l'hôpital le plus voisin, où l'*exeat* est prononcé la crise à peine terminée. Le plus grand nombre erre sur les grandes routes; les plus heureux sont recueillis dans les fermes, où on les emploie au rabais. » « C'est donc une minorité qui est admise à l'Assistance dans les départements. » Il signale un quartier de quatre-vingts épileptiques, à la Grave (Toulouse), d'autres annexés à l'asile Sainte-Catherine, près Moulins, à Bourges, à l'hôpital général de Nantes, etc.

M. Lacour donne ensuite des détails sur l'assistance des épileptiques à Lyon, sur leur hospitalisation actuelle à l'Antiquaille, qui est vicieuse et dangereuse, et sur leur future installation au Perron, au sujet de laquelle M. Georges Dufétre doit présenter à l'administration des hospices un rapport sur les voies et moyens à employer. Cette installation comprendra un service d'hommes et de femmes épileptiques, une section pour les enfants épileptiques des deux sexes réunis aux enfants idiots, et une division pour les femmes atteintes de maladies nerveuses. Depuis avril 1885, tous les épileptiques adultes sont à l'hospice du Perron (40 lits). Il y a aussi 25 lits pour les femmes épileptiques. A l'Antiquaille, il y a 37 femmes épileptiques et 20 places destinées aux garçons épileptiques de 7 à 16 ans. Il donne la statistique du service des épileptiques depuis 1883 jusqu'en 1890.

« La plupart des traitements préconisés contre l'épilepsie ont été

[1] Bourneville. — *Rapport sur le projet de loi adopté par le Sénat, tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838*, 1889, p. 19.

essayés dans le cours de ces huit années, et c'est aux bromures et plus particulièrement au bromure de potassium que la plus grande efficacité a été reconnue. Seul ou mêlé, suivant les cas, à la digitale, au fer, à l'arsenic, il a constitué la principale médication employée avec l'hydrothérapie, qui a été reconnue dans bien des cas comme un puissant adjuvant de la médication [1]. »

Le service de l'Antiquaille comprend en outre une consultation qui n'est pas le moindre des secours offerts à ces malheureux. C'est ce qui existe déjà à Paris. Le rapporteur donne ensuite des détails intéressants sur l'établissement de la Teppe, qui contient actuellement 170 pensionnaires payants, 40 indigents au compte des départements du Rhône, de la Loire, des Bouches-du-Rhône et de la Côte-d'Or, et 50 au compte de la communauté, soit 250 malades.

Il donne ensuite quelques renseignements sur l'asile privé de Ladevèze, situé dans l'arrondissement de Saint-Flour, consacré aux idiots et aux épileptiques. Il contient 300 malades. Il fait une description détaillée des asiles de La Force, à 8 kilomètres de Bergerac, créés à partir de 1848 par John Bost ; des dix asiles qui constituent ce groupement deux seulement sont consacrés aux épileptiques (150). Ces asiles, dont le médecin est le Dr Rolland, sont exclusivement consacrés aux protestants.

Dans un dernier paragraphe, M. Lacour indique rapidement quel est l'état de l'assistance des épileptiques à l'étranger et insiste surtout sur la colonie de Bielfield. Enfin, son rapport se termine par les conclusions suivantes :

L'assistance des épileptiques indigents fait partie de l'Assistance publique au même titre que les autres infortunes. La vieille habitude de les laisser dans l'oubli doit disparaître du monde scientifique. (Gowers.)

Ce serait mal comprendre l'Assistance publique que de la faire dépendre uniquement de telle ou telle médication.

Cette assistance est très complexe. Il faut s'occuper et se préoccuper du comitial, s'intéresser à tout ce qui l'intéresse, faire appel à ses sentiments affectifs, développer son intelligence, lui inspirer l'amour du travail et lui créer des occupations. Sous cette influence incessante, la médication a une action plus décisive. Le succès dépend du tact, du dévouement et de la persévérance de l'entourage.

Sur tel ou tel mode d'assistance, il faut se garder d'avoir un parti pris. Chaque mode a sa raison d'être. Il est libéral et humain de laisser naître et évoluer à sa guise la charité privée, si ingénieuse dans ses aspirations, si touchante dans ses manifestations, et tenir grand compte des

[1] Personnellement, depuis 1876 ou 1879, nous avons employé à la Salpêtrière l'hydrothérapie conjointement avec les bromures. Mais c'est surtout depuis le mois d'octobre 1879 qu'à Bicêtre nous avons employé ces moyens combinés sur une grande échelle, ainsi que le mentionnent les statistiques qui figurent dans les Comptes rendus de notre service de 1880 à 1890. B.

lieux, des habitudes, des coutumes, des traditions, des croyances et même des légendes.

M. Carrier prend ensuite la parole: Quel que soit le mode d'assistance, il importe tout d'abord de secourir les épileptiques ; les uns sont justiciables des asiles et ne rentrent pas dans la question spéciale qui occupe le Congrès.

Quant à l'épileptique non aliéné, c'est généralement tout au moins un débile qu'il faut aussi assister.

On en peut distinguer à ce point de vue différentes catégories. Les cas d'infirmités plus ou moins graves, compliqués d'épilepsie, sont souvent des incurables.

Si cependant leur épilepsie peut guérir, ils sont néanmoins encore susceptibles d'être placés dans les hospices. Quant aux épileptiques simples, valides, mais ayant des crises fréquentes, leur hospitalisation constante n'est pas nécessaire, parce que, avec une médication appropriée, leurs crises peuvent devenir plus rares.

Les épileptiques à crises rares peuvent être assistés ainsi à l'aide d'une consultation externe où on puisse les suivre et jusqu'à un certain point les surveiller. Il ne faut jamais détruire l'espoir d'un retour à la vie ordinaire, et l'hospitalisation temporaire combinée au moyen précédent a l'avantage de ne pas donner au malade qu'elle assiste le caractère d'incurable. Il y a lieu de distinguer certaines périodes où l'assistance s'impose aussi à certains autres points de vue ; c'est d'abord pour instruire l'épileptique, puis pour lui apprendre un métier.

Il faut aussi, en dehors de l'intelligence, s'occuper du caractère du malade et améliorer son état moral. Ils sont souvent méfiants et sournois, mais cela s'explique par ce fait qu'ils ont été repoussés de partout. Il importe donc de les traiter avec douceur pour modifier leur état moral, c'est le complément indispensable de tout traitement. Aujourd'hui l'assistance doit être basée sur le travail comme élément moralisateur, c'est dans cet ordre d'idées qu'on assiste les épileptiques à Lyon.

M. Ladame expose qu'à Zurich l'assistance des épileptiques a été perfectionnée ; elle est confessionnelle. L'établissement reçoit toutes les confessions. Un médecin est attaché à l'établissement et publie chaque année un rapport.

M. Leriche, ancien médecin en chef de l'établissement départemental de Saône-et-Loire, donne un aperçu des conditions dans lesquelles il a trouvé les épileptiques à son arrivée en 1876. En 1875, sur trente-un épileptiques, il y avait cinq décès, soit 16,12 p. 100. Il a alors commencé à instituer un traitement qui, avant n'était même pas ébauché : dès le deuxième semestre, il n'avait point de décès. Depuis la mortalité a varié de 7 à 3 p. 100, puis de 2,25 à 0 p. 100 (84) à mesure que le traitement a été plus complet.

On se trouvait, comme dans beaucoup d'asiles, dans des conditions très défavorables, par suite du refus de crédit, et on laissait les épileptiques travailleurs dépenser leur pécule en achat de tabac à fumer, chiquer ou priser et en alcool qui leur étaient facilement dispensés, tandis qu'on leur refusait le bromure.

M. Mairet lit un travail sur la *température dans les accès d'épilepsie*. Il rappelle l'importance d'un critérium pour dépister la simulation en médecine légale, point signalé il y a déjà longtemps par M. Bourneville. M. Mairet distingue l'attaque épileptique de l'attaque épileptiforme, les attaques en séries et les attaques subintrantes. Il se limite à l'étude des premières, les attaques simples. Les premières recherches importantes sur ce sujet ont été faites par M. Bourneville. Voici le résultat des recherches de M. Mairet et de M. Coste, son élève.

L'épileptique étant laissé au lit vingt-quatre heures, on prend la température rectale tous les quarts d'heure, sans s'occuper tout d'abord s'il y a attaque ou non ; on peut ainsi comparer les jours à attaques à ceux sans attaques, où la température n'est généralement pas modifiée ; cependant, dans quelques cas, les auteurs ont trouvé des oscillations thermométriques inattendues, en dehors des attaques, sans qu'on puisse les rattacher à une cause nettement définie.

Quoi qu'il en soit, peu avant l'attaque, s'est souvent manifestée une dilatation pupillaire prodromique ; pendant l'attaque, quatre fois, il y a eu abaissement de la température, variant entre 0,1 et 0,3 dixièmes, trois fois la colonne mercurielle est restée stationnaire.

A l'abaissement marqué correspondent les convulsions les plus intenses ; pendant le stade convulsif s'observent quelques oscillations ; puis vient la période de stertor, au cours de laquelle la température remonte progressivement à la normale ; elle s'élève même au-dessus, de quelques dixièmes, au cours de la période de résolution ; l'existence de ce plateau consécutif est cependant subordonnée au sommeil ou, au contraire, à l'agitation possible à ce moment. Les divergences des auteurs relativement aux modifications thermiques, viennent de ce qu'on a examiné l'épileptique en crise à des moments différents.

On observe enfin une modification complémentaire des urines, correspondant à la période ascensionnelle finale, mais non à la période de crise ; on trouve une notable quantité d'acide phosphorique et de déchets organiques.

M. Magnan rappelle que dans ces cas la dilatation pupillaire prodromique s'accompagne à l'ophtalmoscope d'une turgescence des vaisseaux papillaires, en même temps que d'hypérémie encéphalique. Sur des animaux en expériences avec attaques convulsives

provoquées, ce triple phénomène est très net, si on trépane l'animal, on voit au moment de la crise la turgescence des vaisseaux encéphaliques et diploïques correspondre à l'hypérémie de la rétine et de l'iris. M. Magnan, en revanche n'a pas trouvé d'abaissement initial de la température comme M. Mairet. Il signale en terminant le cas possible d'attaques bulbo-spinales sans participation du cerveau proprement dit ni perte de connaissance par suite, il en a observé un cas très net chez une femme âgée.

M. Coutagne clôt le débat en rappelant l'importance de ces faits au point de vue de la question médico-légale d'épilepsie simulée.

MM. Cadéac et A. Meunier étudient en finissant les éléments épileptogènes contenus dans l'eau d'Arquebuse. Cette action pour eux est inséparable de celle que produisent les hallucinations.

Les principes composants actifs à ce double point de vue sont :

Essences de sauge.
— d'absinthe.
— d'hysope.
— de romarin.
— et de fenouil.

Toutes ces essences sont des convulsivants et des épileptisants au premier chef.

A l'appui, les auteurs présentent de très nombreuses photographies d'animaux intoxiqués par ces différents éléments. Ils entrent particulièrement dans la composition de l'absinthe, du kummel, du vermouth et des vulnéraires qui devraient être proscrits de l'hygiène alimentaire. On les trouve aussi dans l'ail, l'oignon, la moutarde. Les auteurs ont observé, comme M. Magnan des phénomènes hallucinatoires indéniables chez le chien. L'état final dans lequel tombe l'animal empoisonné a beaucoup d'analogie avec la rage. — La séance est levée.

Séance du 7 août 1891, *matin.* — Présidence de M. Bouchereau.

M. le Dr Bouchereau ouvre la séance en remerciant M. Thévenet, député du Rhône, de ce qu'il a bien voulu honorer cette séance de sa présence.

Le Président fait part aux membres du Congrès de l'invitation de M. le Maire de Lyon pour ce soir. Il présente au nom de M. Bourneville ses regrets de ne pouvoir assister au Congrès ; une adresse est votée à M. Bourneville pour le féliciter de son prompt rétablissement. La parole est donnée à M. Wiell pour la lecture de son mémoire fait en collaboration avec M. Raphaël Dubois, sur la *toxicité des urines des aliénés*. Il présente les résultats d'expériences faites pour comparer la toxicité de l'urine normale et de l'urine de certains vésaniques. Le procédé employé a été celui de

Bouchard : injections intra-veineuses d'urine en nature chez le lapin. L'urine a été réduite au tiers par évaporation pour se débarrasser de l'influence de l'élément quantité au profit de l'élément toxicité et l'injection faite, non pas avec une seringue mais avec une pipette de Dazère, l'écoulement de l'urine étant assuré par une pression mercurielle.

Dans ces conditions, on a trouvé que l'urine de provenance vésanique est beaucoup moins toxique que l'urine normale. (La première a été fournie par un héréditaire à stigmates physiques avec phénomènes épisodiques, depsomanie, fugues, crises maniaques, état continu de subexcitation, insomnie). Cette diminution de toxicité a été vérifiée par des injections comparatives : : 30 cc. d'urine de fou réduite au tiers, ne font rien ou donnent quelques convulsions passagères, 30 cc. d'urine normale tuent, et elles tuent un animal qui a résisté quelques jours avant à une injection d'urine pathologique.

La diminution de la toxicité urinaire chez notre vésanique est d'autant plus remarquable que cette urine était plus dense, 1020 au lieu de 1010, plus riche en extrait sec, 40 grammes au lieu de 20 grammes par litre, plus acide 12 grammes au lieu de 0,5, évalués en acide oxalique, que le vésanique était plus pesant que le sujet normal pour la même quantité d'urine en vingt-quatre heures (2 litres) que les lapins les plus lourds, les plus résistants recevaient l'urine normale.

Cette diminution de la toxicité ne peut être rapportée qu'à un défaut d'élaboration et ce trouble de la nutrition explique peut-être certains symptômes, insomnies, excitation permanente, relevés chez le malade. On pourrait peut-être les comparer aux phénomènes d'abstinence que provoque la suppression du toxique dans certains états qu'on pourrait appeler normaux artificiels comme l'alcoolisme, la morphinomanie. Il y aurait là une indication thérapeutique. Il ne serait pas choquant de donner en lavement de l'urine normale ou ses principes actifs à un vésanique.

Mais sans aller jusque-là, on peut comprendre que de même qu'il y a des équivalents toxiques pour l'alcoolisme ou la morphinomanie tels que éther, chloral, digitale, de même on peut en concevoir pour les empoisonnements en retour qui surviennent par la suppression des toxines normales.

Discussion sur la revision de la loi de 1838 *sur les aliénés.* — M. Rebatel fait l'historique des principales études faites sur le sujet par Gambetta, Théophile Roussel ; il rappelle les derniers débats, les travaux de la Commission présidés par M. Thévenet, et le projet de M. Reinach. Ce projet diffère de la loi actuelle en substituant l'autorité judiciaire à l'autorité préfectorale et en instituant des commissions locales et une inspection centrale. Les formalités à remplir impliquaient, pour l'admission, non plus un certificat

médical, mais un rapport de médecin adressé au procureur de la République; ce rapport, transmis avec le certificat de vingt-quatre heures, ferait l'objet d'un jugement rendu en chambre du Conseil.

Au terme de la loi de 1838, le préfet prononce en s'entourant « de tous les moyens d'informations », le tribunal ne fera pas autrement; or, ces moyens se ramènent aux renseignements médicaux des spécialistes, il est même préférable que ces documents soient concentrés entre les mains d'un préfet responsable qu'aux mains du tribunal, personne morale, anonyme, inamovible. Le deuxième degré du contrôle judiciaire, possible avec l'ancien régime, est supprimé si, d'emblée, le tribunal prononce, sans appel dès lors; en paraissant donner garantie nouvelle aux malades, on les restreint[1].

Au point de vue médical, par ce système, l'aliéné devient un malade à part, mis hors la société par jugement; les aliénistes s'efforcent, depuis un siècle, d'assimiler l'aliéné aux malades ordinaires, on ferait un retour en arrière considérable en modifiant dans ce sens la législation.

La discrétion, si délicate à garantir, ne sera plus possible à assurer, même avec la précaution du jugement en chambre du Conseil. Il en résulte une situation sociale des plus funestes au point de vue de l'état moral du malade qui restera sous le poids d'un scandale possible. Le résultat qu'on peut prévoir, sera de faire tourner la loi par des placements déguisés, dans des établissements sans contrôle ni surveillance, ni traitement sérieux. Les placements à l'étranger se multiplieront; la proposition Reinach a prévu ce cas, mais n'y obvie pas, car elle prescrit une simple déclaration au parquet. Les reproches au système actuel sont toujours les mêmes, les sequestrations arbitraires les plus retentissantes se sont ramenées à des internements ultérieurements justifiés pour la plupart.

Mais il faut convenir qu'il y a des améliorations à apporter à la loi existante; les règles relatives au régime des biens de l'aliéné sont à remanier, mais cela n'est pas du ressort de la médecine mentale; il faut seulement que les autorités compétentes tiennent compte de l'effet moral sur le malade, de nominations trop hâtives de tuteurs, curateurs, etc. Ce que l'on peut faire actuellement, c'est constater les bons côtés comme les défauts de la loi de 1838.

M. Pierret ne trouve pas, dans la loi de 1838, ni dans les projets proposés, de disposition facilitant à l'indigent aliéné la mise en traitement et l'isolement immédiat dans un établissement d'assistance. Il combat ensuite le préjugé courant dans le public, de l'incurabilité des aliénés. Il ressort des rapports des inspecteurs la

[1] Voir notre rapport sur le projet de budget de l'asile de Villejuif pour 1892.

diminution progressive des guérisons, qui actuellement n'est guère supérieure à une proportion de 19 p. 100. Et l'étranger en particulier en Grande-Bretagne, on a 40 et même 41 p. 100 de guérison, parce que les malades, plus riches, peuvent se faire soigner et se faire placer à temps. De plus, chez nous, l'asile est envahi par les déments, idiots, incurables, d'une façon générale, qui peuvent diminuer la proportion des guérisons. Mais la cause vraie du peu de guérison, tient encore à l'insuffisance de l'assistance des aliénés indigents; le retard au placement augmente le nombre d'incurables. La preuve en est dans la proportion des guérisons dans les asiles privés. Savage a 60 à 65 p. 100 de guérison chez ses aliénés pensionnaires. (Bedlam, 1891.) Malgré l'apparence, le plus grand nombre des admissions immédiates aboutirait, croit l'orateur, à la diminution du nombre des aliénés dans les asiles, car on pourrait faire un nombre encore plus grand de sorties. Ce n'est pas que l'auteur soit contre le traitement dans les familles, mais ce système n'est pas possible avec l'indigent, car pour assister à domicile, encore en faut-il un.

M. Bouchereau prend la parole pour rappeler que Bedlam est composé de deux parties, asile et maison de convalescence. En outre, la population des malades est composée seulement de pensionnaires femmes (fondations privées) qui se recrutent surtout parmi les jeunes filles pauvres, mais relativement instruites. M. Bouchereau y a vu beaucoup de vésaniques aigus.

La statistique n'en peut donc être comparée en aucune façon à nos asiles, qui, eux aussi d'ailleurs, sont fort différents parfois, les uns des autres. Un élément, aussi de variations statistiques, consiste dans le statisticien lui-même, qui peut compter plusieurs fois comme guéris, des malades que d'autres signalent aux rechutes (alcooliques aigus par exemple).

M. Christian fait observer qu'à Charenton, où il n'y a pas d'indigents de la catégorie signalée par M. Pierret, la statistique donne une forte proportion d'incurables, traités de bonne heure, mais dans des maisons privées; ils sont envoyés à Charenton seulement lorsqu'ils sont passés à l'état chronique. Dans ces conditions, la statistique est difficile à dresser et les résultats donnent une très faible proportion de guérisons, bien que la population soit exclusivement composée de pensionnaires de l'Etat.

M. Pierret répond qu'il a observé le même phénomène au pensionnat de Bron, et qu'il n'en est pas moins vrai que la proportion des guéris, de 40 p. 100 du temps de Parchappe, est tombée à 20 p. 100 aujourd'hui. Il s'agirait d'en étudier les causes.

M. Camuset développe les inconvénients qu'entraînent déjà les élargissements ordonnés par les magistrats, en particulier pour les paralytiques en rémission, l'extension de leurs pouvoirs ne peut

avoir que des inconvénients, au moins jusqu'à ce que les magistrats en arrivent comme les préfets, à ne s'en remettre qu'à l'avis des médecins compétents auquel se ramène toujours, en définitive, la question si délicate à trancher.

M. Giraud rappelle les inégalités flagrantes existant entre les différents départements. A côté d'institutions admirables, on voit des établissements délaissés, où les conseils généraux paraissent tout-puissants aussi, mais pour ne rien faire ou faire mal. L'abaissement du prix de journée au-dessous d'un certain taux devrait pouvoir être contrôlé étroitement par les pouvoirs centraux. La création par la nouvelle loi de ce pouvoir régulateur central est des plus désirables.

M. Paraud rappelle la façon dont sont faites les enquêtes des parquets ; elles enlèvent toute garantie de discrétion aux informations ainsi prises à l'égard de l'aliéné.

M. Rouby discute l'article 19 de la nouvelle loi. Il conclut comme les orateurs précédents au maintien de l'intervention administrative, à l'exclusion de la magistrature. Il rappelle qu'il a combattu l'application de l'article 29 de l'ancienne loi par les mêmes arguments au Congrès de 1878.

M. Rebatel lit un vœu proposé au vote du Congrès.

Les Membres du Congrès de Médecine mentale de Lyon, considérant que la loi de 1838, appliquée journellement depuis plus de 50 ans, répond aux besoins des malades et n'a donné lieu qu'à des abus très restreints comme nombre et des plus contestables comme faits :

Emettent le vœu : Que la loi de 1838, susceptible de quelques perfectionnements dans les détails, soit maintenue dans ses dispositions générales.

Voté à mains levées à l'unanimité.

M. Sabran développe l'intérêt capital que présente l'union du corps médical et de l'administration pour la perfection de l'assistance. A Lyon et ailleurs cette union a produit déjà de grands et beaux résultats, dont nous pouvons être fiers, et qui font le plus grand honneur à la France et au gouvernement. Le principe du devoir pour la collectivité d'assister l'indigent, principe proclamé par la loi, a déjà commencé à donner ses fruits. En ce qui concerne le régime des aliénés, M. Sabran rappelle les deux rapports de M. Bourneville et celui de M. E. Carrier, qui l'ont convaincu de l'excellence d'une loi si attaquée.

M. Sabran a contribué à faire repousser, au conseil supérieur de l'Assistance, l'ingérance des pouvoirs judiciaires aux lieu et place de l'administration. Il n'y aurait pas de garantie réelle à cette

substitution, il en résulterait seulement une plus grande longueur de la procédure. Au point de vue médical, ces lenteurs peuvent avoir les plus fâcheux résultats. Comme l'a dit M. Rebatel, il y aurait enfin un stigmate difficile à effacer, que l'opinion publique rattache à toute décision judiciaire et qui ne s'attache pas aux décisions administratives. Loin de compliquer on devrait, au contraire, simplifier encore la procédure ; quant aux catégories négligées jusqu'ici, les épileptiques en particulier, la nouvelle loi, quelle qu'elle soit, aura le devoir de s'en occuper.

M. Thévenet indique au Congrès où en est l'état de la question de la revision de la loi, il engage le Congrès et le secrétaire général à la publication rapide des débats qui viennent de se dérouler, pour éclairer la commission d'étude. La question des jugements d'internement peut avoir les plus graves conséquences.

L'assistance des indigents aliénés mérite aussi toute l'attention que le Congrès et M. Pierret, en particulier, y ont apporté.

L'orateur termine en réitérant le vœu, au nom de la Commission parlementaire d'étude, que les desiderata du Congrès soient nettement formulés et transmis en temps voulu, pour que la Commission législative et son rapporteur puissent les faire valoir. La publication de cette partie des débats est décidée comme devant être faite la première.

M. Renaut montre des préparations de substance corticale cérébelleuse obtenue par coloration longuement poursuivie de bichromate d'ammoniaque. L'imprégnation d'argent par la méthode de Golgi ne va pas assez loin. Les *cellules forment un plexus inextricable*, un *réseau;* les *prolongements protoplasmiques des cellules multipolaires sont réunis les uns avec les autres.*

Au-dessous de la membrane propre qui constitue la pie-mère, rang de petites cellules qui doublent absolument la pie-mère, d'où une constitution particulière; elles s'implantent les unes à côté des autres à la façon des épithéliomas, se touchent au noyau et par leur partie supérieure, série de prolongements qui s'entrecroisent et prennent la disposition des fibres de névroglie. Les cellules sont le seul point où prennent naissance les cellules de Purkinge.

Analogie entre le cervelet et les organes des sens supérieurs. Les cellules de la surface de la circonvolution mettent des analogies marquées avec celles de la partie antérieure de la rétine, constituent le pied des fibres de Muller. Ces fibres se touchent toutes par leur pied. Ces cellules des fibres de Muller dans la rétine sont des éléments de la prolifération du nervo-épithélium primordial.

Cette disposition épithéliale trouvée à la surface des circonvolutions cérébelleuses a été décrite par M. Renaut pour la première fois.

Séance du 7 août 1891 (soir).

M. JOFFROY. — *Fièvre typhoïde et folie.* — Le travail porte sur quatre observations :

1re *observation.* — Une vieille femme, délire sénile, mais coordonné, cicatrices au grand trochanter, *fièvre typhoïde à l'âge de 23 ans* avec troubles nerveux, avec délire de convalescence (mangeait de tout, etc.). A sa sortie, même état de délire. Antécédents héréditaires : père suicidé, délire guéri assez rapidement. Diagnostic : troubles vésaniques à la suite de fièvre typhoïde.

2e *observation.* — A. P., attaques d'hystérie antérieures, accidents délirants à l'occasion d'une fièvre typhoïde, depuis, répétition du délire dans les attaques d'hystérie.

3e *observation.* — Syphilis antérieure, fièvre typhoïde, à la suite démence précoce.

4e *observation.* — Paraplégie absolue des membres inférieurs, fièvre typhoïde antérieure, stigmates avérés d'hystérie avec grandes attaques depuis cette époque. Ce n'est pas la fièvre typhoïde qui crée les accidents, les accidents vésaniques qui surviennent sont des accidents héréditaires, c'est de la folie en germe, la *fièvre typhoïde fait apparaître une* cause qui existe déjà à l'état latent.

M. WEILL fait observer que la fièvre typhoïde n'a dans tous ces cas ni plus ni moins d'action que tous les processus infectieux déjà signalés.

M. JOFFROY. — La fièvre typhoïde a un rôle plus puissant que toutes les autres maladies. La fièvre typhoïde est une maladie à manifestations inverses plus que toute autre maladie infectieuse.

M. LADAME. — En 1884, commence l'application de l'électricité statique dans les maladies mentales à Genève (n'a pas employé d'étincelles électriques), gradue l'électricité comme à la Salpêtrière (Dr Vigouroux). La constipation est efficacement combattue par l'électricité statique. Trilogie de Pierret : étiologie générale des maladies mentales : insomnie, mal de tête, constipation. L'électricité statique est un agent thérapeutique, qui doit être classé à côté des autres traitements (formes asthéniques et dépressives), succédané de l'hydrothérapie.

M. JOFFROY. — A côté de l'action physiologique, il y a aussi la suggestion qui est un mode de traitement, plus ancien qu'on ne le croit. La suggestion est un mode très puissant, pour guérir les psychopathes ; il importe de tenir compte de son effet dans toute appréciation de médication nouvelle, comme celle de l'électricité statique en particulier.

Le Congrès passe ensuite à la discussion des dates et fixation du

lieu pour le prochain Congrès. Sur proposition de M. Bouchereau, président, le principe des Congrès annuels prévaut en face de la réussite complète du Congrès actuel ; on discute si l'on ne combinera pas ce principe à celui de l'extension aux pays de langue française.

M. Ladame, bien que n'ayant pas les pouvoirs voulus, demande s'il y a lieu d'étudier l'organisation de la prochaine réunion en Suisse par exemple. On restreint la discussion des localités proposées à celles dont les autorités ou les aliénistes, membres de l'administration locale, ont été au-devant du choix du bureau. Bordeaux et Marseille réunissent quelques voix, Blois réunit la majorité des suffrages ; M. Doutrebente avait d'ailleurs déjà invité le Congrès à s'y rendre dès la première réunion à Rouen.

La date reste fixée au premier lundi d'août 1892.

M. Saury (de Suresnes) communique l'observation d'une femme de quarante-deux ans, atteinte de *troubles trophiques, circulatoires et sécrétoires, au cours d'un accès de délire mélancolique* à forme hypochondriaque. Hérédité névropathique. Stigmates psychiques de la dégénérescence (émotivité, superstitions, topophobie). A l'âge de vingt-sept ans, crises hystériformes, disparues au bout de six mois, mais remplacées par du délire hypocondriaque. Depuis cette époque, persistance des mêmes préoccupations délirantes, avec périodes plus ou moins longues de rémission relative. Depuis le mois de janvier 1890, recrudescence du délire : la malade est anxieuse et tourmentée ; elle gémit et se lamente, prétendant qu'elle est couverte de cassures, qu'elle a un trou au cœur, que ses membres sont arrachés, que son corps est à l'envers ; qu'elle est moisie, décomposée, etc. Le 10 juillet, éruption de zona le long de la face interne du bras, de l'avant-bras et de la main gauche (distribution du nerf cubital). Du 21 au 26 août, apparition *spontanée* d'ecchymoses multiples, ayant pour siège la face, le tronc et les membres, très étendues surtout au bras gauche. En dernier lieu, anomalies de la sudation (hyperhydrose). M. Saury conclut de cette observation que l'hystérie et l'hypochondrie sont unies par des liens très étroits à la dégénérescence héréditaire dont elles ne sont, en réalité, qu'une dépendance. Il signale, en terminant, les conséquences pratiques qui découlent de la connaissance des observations de ce genre. Il est évident, par exemple, en ce qui concerne le fait spécial de la production spontanée d'ecchymoses dans certains états pathologiques déterminés, que cette connaissance peut éclairer le médecin-légiste appelé à donner son avis à l'occasion de plaintes contradictoires pour coups et blessures,

M. Henry Contyse présente une observation avec photographie dans laquelle des altérations cutanées coïncident avec un état mental qu'on peut faire rentrer dans le cadre de la dégénérescence. Il

s'agit d'une femme de quarante-deux ans, à la face asymétrique, au palais ogival, dont les antécédents héréditaires n'ont pas pu être établis ; elle est atteinte d'une débilité mentale confinant à l'imbécillité avec obtusion extrême des facultés morales, sans délire. Elle a subi depuis quatre ans 15 condamnations pour délits de vagabondage et mendicité. Elle présente un érythème de la face sur lequel tranchent plusieurs plaques où la peau est absolument dépigmentée ; le dos des mains est atteint d'un érythème avec desquamation sèche et induration de la peau. La localisation éveille l'idée de la pellagre, l'auteur croit que dans ce cas l'influence de l'état du système nerveux doit être admise au moins dans une certaine mesure.

M. Weill fait des réserves sur le qualificatif d'héréditaire ou dégénéré qu'on donne invariablement et sans renseignements à tous les sujets, bien qu'on ne connaisse pas leurs antécédents, présentant les stigmates physiques ou psychiques, et qui rentrent dans la catégorie des vésaniques et des héréditaires. Ce sont souvent des accidentels, ayant souffert au moment du développement d'une affection infectieuse qui a frappé leur système nerveux.

M. Combemale communique un mémoire sur les rapports de la paralysie générale précoce avec l'alcoolisme ancestral. L'auteur n'apporte que deux observations à l'appui de sa façon de voir ; dans ces cas les malades n'ont rien fait pour devenir paralytiques et on chercherait vainement dans leurs antécédents personnels de quoi justifier l'éclosion de la maladie mentale. Ce sont des victimes fatales de leur hérédité et la dégénérescence qui pèse sur leur vie et leur évolution intellectuelle est une dégénérescence due à l'alcoolisme de leurs géniteurs. L'auteur rappelle que dans sa thèse (88) il a déjà indiqué le rapport que la paralysie générale précoce affecte avec l'alcoolisme ancestral, il avait déjà apporté, à l'appui de cette opinion, deux observations recueillies à l'asile d'aliénés de Montpellier.

M. Cullerre envoie un mémoire sur un effet paradoxal obtenu par la suppression de la morphine chez certains mélancoliques soumis à ce médicament. Rappelant les observations de M. A. Voisin sur ce sujet, M. Cullerre n'accepte pas les conséquences extrêmes de sa méthode, « si au bout de quelques semaines l'effet thérapeutique, sous l'influence de doses beaucoup moindres que celles dont je viens de parler (2 gr.), ne s'est pas manifesté, j'arrête la médication, quitte à la reprendre à un moment plus favorable. C'est précisément dans ces conditions que j'ai constaté l'amélioration inattendue survenue chez les malades dont je cite l'observation. »

M. Boubila (de Marseille). — *Des chlorures d'or et de sodium dans la paralysie générale.* Les résultats du traitement par le chlorure

d'or et de sodium, traitement institué dans les conditions de doses signalées (de 0,002 à 0,01) présente des avantages. Les inconvénients paraissent nuls. L'augmentation des globules marche parallèlement à l'augmentation du poids. La pression dynamométrique peut être considérée comme une quantité négligeable, vu les difficultés de l'opération, malgré sa simplicité.

La première période est plus favorable pour l'application de ces agents thérapeutiques ; ils provoquent des rémissions et même dans la seconde période ils sont indiqués comme augmentant la résistance et retardant la terminaison par la mort rapide et la cachexie paralytique.

M. Rey. — *Trépan dans un cas de paralysie générale.* Il y a tout lieu de croire que le malade a bénéficié de l'intervention chirurgicale. La dure-mère incisée ne présente aucune altération apparente. Au-dessous, les méninges sillonnées de vaisseaux volumineux présentent un aspect gélatineux et des plaques laiteuses. On remarque que le cerveau fait un peu hernie et vient combler en partie l'ouverture du crâne. Cet examen rapide étant fait, les lambeaux de la dure-mère sont réunis par des points de suture ; le lambeau épicrânien est également réuni en place.

L'opération a duré une heure ; inutile de dire qu'elle a été faite selon toutes les règles de l'antisepsie rigoureuse. Au réveil, le malade est calme et satisfait. Huit jours après, la cicatrisation est complète, le malade reprend sa place dans la division. Le malade, un mois et demi après, a pu être rendu à sa famille ; il est calme, d'humeur égale. L'état de dépression, les idées de satisfaction ont disparu.

En l'absence de tumeur exerçant une compression, une irritation du cerveau, ne peut-on admettre que le seul débridement ne donne les résultats que donne la suppression de toute gêne de cause externe ? Comme le vertige, l'épilepsie essentielle ou symptomatique, la paralysie générale peut donc tirer profit de l'intervention chirurgicale. L'incurabilité habituelle de l'affection, l'inefficacité reconnue du traitement interne, et d'autre part l'inocuité de l'opération du trépan, grâce à l'antisepsie, toutes ces raisons paraissent justifier ces tentatives.

M. Révillet (de Cannes). — *Déformation et lésions pathologiques du nez chez l'idiot.* « Chez l'idiot, la déviation du nez à gauche, poussée jusqu'à la difformité, s'observe dans plus de la moitié des cas. Les fosses nasales sont presque constamment le siège d'un catarrhe chronique. L'hypertrophie de la muqueuse de la cloison et de celle des cornets est d'une grande fréquence, d'autant plus remarquable que ces affections sont relativement rares chez l'homme sain d'esprit. La déviation de la cloison, par le fait du rétrécissement qu'elle produit dans une des fosses nasales, est une

des causes pathogéniques nettement efficiente de l'hypertrophie de la cloison et de celle des cornets. »

M. le Dr Chaumier fait une communication sur un cas d'hallucinations persistantes de la vue, liées à une lésion intra-crânienne et s'accompagnant d'atrophie des nerfs optiques.

Malade, soixante-deux ans, sans alcoolisme, ni syphilis, présentant une atrophie des deux nerfs optiques, s'accompagnant d'hallucination interne de la vue. Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes, tant au point de vue séméiotique, qu'au point de vue de la physiologie psychologique. En outre des lésions de l'appareil oculaire, produisant une double hémianopsie, mais différente pour les deux yeux, notre malade a des hallucinations dont l'intensité a suivi la marche progressive de l'atrophie de la rétine. Ce dernier fait tendrait à démontrer que des lésions dégénératives, tout aussi bien que des lésions irritatives, d'un appareil sensoriel peuvent accompagner des troubles hallucinatoires. Mais il y a loin de là à la folie sensorielle. Quelle que soit l'intensité de ses hallucinations, notre malade n'a jamais présenté le type de la vésanique hallucinée. Les phénomènes sensoriels d'origine toxique, surtout ceux causés par l'atropine, la cocaïne, l'alcool, dont nous avons observé plusieurs cas dans notre pratique médicale s'en rapprocheraient davantage, ce qui pourrait faire supposer que la folie sensorielle est sous la dépendance de troubles de la nutrition cérébrale ayant déterminé des auto-intoxications.

Enfin, un dernier fait intéressant au point de vue de la physiologie psychologique repose dans la marche progressive et la généralisation des troubles sensoriels. Au début de son affection, notre malade ne se plaignait que des hallucinations de la vue. Les troubles auditifs, les illusions de la sensibilité générale se manifestent, secondairement, en vertu de ce principe que nos sens réagissent les uns sur les autres et se complètent mutuellement de telle sorte que le mauvais fonctionnement de l'un d'entre eux entraîne inévitablement des troubles de tous les autres.

M. Royer. — *Contribution à l'étude de l'œil des aliénés.* 1° Conclusions générales : 1° au point de vue de la nature des lésions. Les aliénés ne présentent aucune maladie oculaire qui leur soit spéciale. — 2° L'œil droit chez les droitiers, l'œil gauche chez les gauchers sont le plus souvent intéressés. — 3° D'une façon générale, les aliénés atteints d'affections oculaires présentent des hallucinations. — 4° La proportion d'aliénés atteints d'affections oculaires est d'environ un tiers. — 5° L'examen ophtalmoscopique peut indiquer l'administration tonique du cœur chez certains cardiaques qui, porteurs de lésions cardiaques en apparence composées, présentent des troubles de circulation intra-oculaire.

2° *Observations particulières.* 1° Chez les paralytiques géné-

raux, il est utile de remplacer le symptôme inégalité pupillaire par le symptôme rigidité de la pupille, plus général et plus caractéristique. — 2° L'excavation physiologique de la papille est une disposition très générale chez les dégénérés. — 3° Les idiots hypermétropes sont des idiots vrais d'origine intra-utérine. Les emmétropes et myopes idiots sont généralement des déments de la première enfance.

Communication de M. Belle (de Moulins) *sur les cultures du liquide vaccinal.* L'opération de la vaccination est très élémentaire, néanmoins elle rencontre beaucoup de difficultés dans sa pratique : 1° par suite des récriminations des sujets ou parents de sujets à vacciner qui ignorent l'origine du vaccin que le médecin veut inoculer ; 2° par suite des difficultés de se procurer à un prix élevé une quantité suffisante de vaccin, pour opérer au milieu d'une population contaminée par la variole.

Ces difficultés peuvent être levées en se procurant du vaccin par un procédé décrit par M. Charles, pharmacien à Moulins, dans une brochure ayant pour titre : *De la préparation économique de la pulpe vaccinale.*

La pulpe vaccinale préparée par *ce procédé a été expérimentée à l'Asile des aliénés de Sainte-Catherine* au commencement d'une épidémie de variole qui a fait des ravages à Moulins et dans les communes voisines et cet établissement a été préservé de l'épidémie. Le sujet vaccinifère a été pris dans la ferme de l'asile sur lequel il a été possible de récolter environ quatre cents tubes de vaccin, dont le prix de revient demandé par un institut vaccinal est de 1 fr. à 1 fr. 50 le tube.

Cette provision de vaccin a été plus que suffisante pour vacciner les 600 malades de l'établissement. En outre, cette opération a été faite rapidement, car il a été possible de vacciner près de 60 personnes en une heure.

La lenteur avec laquelle il est possible de se procurer du vaccin en quantité suffisante pour vacciner un rayon de communes, et parfois des villes contaminées par la variole, est une cause de propagation de l'épidémie. En employant le procédé de M. Charles pour avoir du vaccin, il est possible d'en avoir à sa disposition 125 heures après l'inoculation de l'animal vaccinifère. La fraîcheur du vaccin qui est une condition de succès est assurée en employant le procédé ci-dessous qui évite l'usage de tubes de vaccin déjà anciens.

A six heures, le président lève la séance en remerciant au nom des congressistes la municipalité lyonnaise et les confrères de Lyon pour la magnifique réception et l'organisation si bien comprise du Congrès. M. Bouchereau se fait l'interprète des adhérents absents ou empêchés, et les membres présents votent à l'unanimité un ordre du jour de remerciements aux organisateurs du Congrès et à leur secrétaire général, M. A. Carrier. M. Bouchereau

rappelle à ses collègues l'invitation de M. le maire de Lyon pour le soir et l'excursion du lendemain à l'asile de Saint-Robert.

VISITES AUX ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

1° Visite a l'asile départemental de Bron (5 aout).

Le 5 août, les membres du Congrès ont visité l'asile départemental du Rhône, situé à Bron, à 4 kilomètres de Lyon ; les tramways à vapeur comprimée ont transporté les visiteurs; ils ont été reçus à leur arrivée, par M. Tondu, directeur, MM. les Drs Pierret et Brun, médecins en chef, et M. Rousset, médecin adjoint.

Le laboratoire d'anatomie pathologique et d'anthropologie de M. le Dr Pierret a tout d'abord fixé l'attention des congressistes ; parmi les pièces présentées, nous signalerons une collection de cerveaux durcis à l'acide nitrique et des préparations de crânes très intéressantes. Les quartiers cellulaires ont été ensuite parcourus ainsi que le quartier d'observation et les infirmeries.

Le cubage d'air largement compris et l'heureuse disposition des baignoires pour les agités ont fait, avec les jardins annexés à chaque cellule, l'admiration des visiteurs. Si la surveillance et l'aération de ces quartiers sont satisfaisantes, il n'en a pas paru de même des moyens de chauffage et de l'installation des cabinets d'aisance. L'insuffisance des lavabos et l'impossibilité de surveiller les cours cellulaires ont aussi attiré l'attention des membres du Congrès.

Le luxe de grillages en fer forgé, disposés autour des poêles, n'a pas paru une innovation très heureuse, et la disposition des tuyaux-coudes de dégagements pour l'échappement de la fumée reste inférieure à la colonne verticale à large tirage.

L'installation matérielle des douches a paru pleinement satisfaisante, ainsi que la *pression* et la *température* de l'eau.

La combinaison du cadre métallique à la couverture de toile pour la fermeture des baignoires nous a semblé ne pas présenter d'avantages évidents sur la couverture entièrement en toile. Les autres moyens de contraintes en usage sont la camisole et la jambière-entrave, dont nous en avons constaté la présence, mais que nous avons eu le plaisir de ne pas rencontrer appliquées à plus de trois malades.

Leur usage est encore nécessité par l'insuffisance, dans certains cas, de l'instruction professionnelle des gardiens ou gardiennes, en l'absence d'écoles municipales d'infirmiers et infirmières telles qu'il en existe à Paris. La tenue du personnel a paru particulièrement correcte et le costume sévère des gardiens ainsi que l'habillement simple et gracieux des surveillantes ont été remarqués. Les cuisines installées avec générateurs de vapeur sont construites suivant les dernières données scientifiques.

Dans les nouveaux bâtiments des pensionnats, les quelques défectuosités que nous avons eu à signaler n'existent plus, et le confortable, le luxe même n'y fait point défaut.

A midi précis, un banquet offert par l'Asile a réuni les congressistes. Pendant tout le temps s'est fait entendre l'excellente musique de l'Asile, composée exclusivement de gardiens de l'établissement.

Au déjeuner de l'asile de Bron, plusieurs toasts ont été portés ; le premier par M. Rivaud, préfet du Rhône. Après avoir exprimé l'espoir que les membres du Congrès garderont un bon souvenir de l'accueil qui leur est fait à Lyon, il a ajouté :

Je lève mon verre, dit-il, au président du Congrès de médecine mentale, à l'éminent docteur Bouchereau et à ses savants confrères qui l'assistent au bureau du Congrès, aux médecins étrangers qui ont pris place à ce banquet, à nos amis et voisins les Suisses, dont les citoyens sont venus récemment en si grand nombre au concours national de tir de Lyon nous apporter, comme eux, une affirmation nouvelle de l'inaltérable amitié qui unit les deux Républiques; — à M. le docteur Mendelsohn, qui représente ici la grande nation qui faisait, hier, un si splendide accueil aux marins de notre escadre. Que M. le docteur Mendelsohn emporte la conviction que ces manifestations ont soulevé dans tous les cœurs français une émotion ineffaçable et que nous éprouvons tous, pour son pays, des sentiments identiques de profonde sympathie.

Ces paroles ont été accueillies par des applaudissements répétés. D'autres toasts ont été portés par M. Bouchereau, président du Congrès, remerciant la ville de Lyon de sa brillante hospitalité, M. Nolot, MM. Magnan, Tcherine, délégué suisse, et Rebatel.

M. Nolot remercie les aliénistes qui ont bien voulu honorer l'asile du Rhône de leur présence, il souhaite que leurs appréciations décident de nouvelles améliorations dont le département est prêt à supporter les sacrifices.

M. Jetcherine (de Nyons), remercie, au nom des aliénistes de langue française et de la Suisse en particulier, l'administration française de tout ce qu'elle fait pour les aliénés et pour la science mentale.

M. Rebatel répond au nom du conseil général du Rhône.

M. Tondu, directeur de l'asile, remercie également les orateurs des éloges exprimés au sujet de l'asile de Bron, il en reporte tout le mérite à l'administration centrale. M. Magnan porte, en finissant, un toast à la mémoire de son ancien maître, le Dr Arthaud, premier fondateur de l'Asile.

2° Visite a l'asile des frères Saint-Jean-de-Dieu (5 aout).

Le 5 août, au retour de Bron, le Congrès a visité l'établissement des Frères de Saint-Jean-de-Dieu situé sur la rive gauche du

Rhône en face le Pont-du-Midi. La vaste superficie des terrains et l'aération largement comprise des bâtiments rappelle les modèles anciens dont on connaît les défauts (agglomération des malades et diminution du nombre des quartiers de classement). Le personnel entièrement religieux a paru avoir une bonne tenue; son éducation professionnelle paraît être satisfaisante et même au-dessus de la moyenne de ce qu'on rencontre dans les asiles privés.

3° Jeudi 6 aout. — Excursion a l'établissement d'épileptiques de la Teppe, près de Tain (Drôme).

Le 6 août a eu lieu une excursion sur le Rhône à l'établissement religieux de Tain-de-la-Teppe. Arrivés après une descente des plus pittoresques à bord du *Gladiateur*, les congressistes ont été reçus par M. Tournaire, médecin de l'établissement. Après une allocution prononcée par lui pour souhaiter la bienvenue aux visiteurs, M. Bouchereau remercie au nom de ses confrères et la visite commence.

Ce n'a été qu'un long défilé dans les jardins et les dortoirs coquets dont le confortable a paru ne rien laisser à désirer; mais d'une façon générale l'établissement a plutôt l'air d'un caravansérail très proprement tenu, d'une immense hôtellerie très bien comprise; on cherche vainement trace d'une installation particulière appropriée au genre de pensionnaires recueillis (épileptiques).

Dans la sphère de l'outillage matériel spécial, il règne peut-être le même mystère que dans celle de l'arsenal thérapeutique; M. Magnan a essayé en vain de pénétrer le secret (caché avec un soin jaloux) du médicament auquel M. Tournaire persiste, sans vouloir autrement nous en convaincre, à attribuer une action capitale. Retour par le chemin de fer à six heures.

4° 8 aout. — Visite a l'asile départemental de Saint-Robert (Isère).

Le 8 août, les membres du Congrès, au nombre de 30, se sont rendus à l'asile départemental de l'Isère, à Saint-Robert. Ils ont été reçus par M. le Dr Dufour, directeur-médecin-chef, qui les a conviés à un banquet offert par l'administration de l'asile. La visite des sections a permis de constater la multiplicité des quartiers de classement et le nombre très suffisant du personnel de surveillance (120/900).

Le non-restraint est par suite appliqué dans la plus large mesure. Les cellules, au nombre de 40, bien disposées, complètent ce système excellent à tous points de vue. L'exploitation agricole, qui fait l'objet de la sollicitude toute particulière de M. Dufour, permet d'employer un grand nombre de malades (150). Le Congrès a pu admirer les excellents résultats obtenus.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 25 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Présentation d'une nouvelle sonde œsophagienne. — M. TARGOWLA, interne de Villejuif, présente à la Société une sonde œsophagienne qu'il a trouvée en usage à son arrivée dans la division des femmes à Villejuif et qui offre des garanties de sécurité qu'on ne rencontre pas dans les autres modèles. C'est une sonde en gomme dont la longueur est telle, qu'il est impossible de ne pas être prévenu si elle venait à être introduite dans les voies respiratoires.

M. VALLON demande à M. Briand quelques explications complémentaires sur le fonctionnement de la nouvelle sonde.

M. BRIAND. Cette sonde est beaucoup plus longue que les modèles précédents employés. En outre, à environ 35 centimètres de l'œil est un repère qui, une fois arrivé à la hauteur de l'orifice nasal, indique que la sonde pénètre dans l'estomac. L'avantage réel qu'elle présente est le suivant : sa longueur permet de l'introduire profondément et d'avoir ainsi la certitude qu'on ne fait pas fausse route dans les voies respiratoires, car si la sonde s'engageait dans la trachée, elle y serait bien vite arrêtée par la bifurcation bronchique. Quand l'opérateur a introduit la sonde d'une quantité suffisante pour être certain qu'elle s'est logée dans l'estomac, on la retire jusqu'au premier repère et on procède ensuite à l'injection du liquide alimentaire. Celui-ci se compose habituellement de lait, jaunes d'œufs et farine de lentilles avec une petite quantité de poudre de viande.

La sonde peut servir à faire des lavages d'estomac.

Atrophie partielle symétrique des hémisphères et porencéphalie du lobe frontal droit. — M. RITTI donne lecture d'un mémoire de M. Salgo, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Budapest, sur l'*atrophie partielle des hémisphères cérébraux.*

Neurasthénie tardive. Idées obsédantes. Ramollissement cérébral. — M. SÉGLAS communique l'observation d'un individu atteint de neurasthénie avec obsessions survenues à un âge très avancé. A l'âge de cinquante-six ans, cet homme eut une première attaque de neurasthénie; deux ans après, ictus apoplectiforme léger, mais ayant cependant laissé une hémiparésie gauche et un peu de faiblesse intellectuelle. Un an et demi après, seconde atteinte de neurasthénie s'accompagnant, cette fois, d'obsessions conscientes (folie du doute, peur des espaces, des voitures, etc.). M. B.

Séance du 29 juin 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

M. ROUILLARD lit une note sur trois cas de troubles cérébraux consécutifs à la scarlatine.

M. A. VOISIN pense que l'urémie peut entrer en ligne de compte pour expliquer l'excitation. Il a observé lui-même deux cas de délire aigu au début de la scarlatine. Une saignée de 100 grammes a été suivie d'amélioration.

M. CHARPENTIER ne trouve pas dans les observations la preuve qu'il s'agisse bien de scarlatine. Certains érythèmes peuvent la simuler.

M. BALLET retrouve dans la communication de M. Rouillard certaines tendances qu'il a eu l'occasion de combattre souvent, et qui consistent à faire une maladie, d'un symptôme. On cherche trop, selon lui, à constituer des espèces morbides d'après l'étiologie.

M. ROUILLARD ne voit pas que l'urémie puisse être en cause. Il s'agit bien de scarlatine; la maladie régnait épidémiquement dans la garnison où les observations ont été recueillies par son correspondant qui est un médecin militaire très distingué. Il se défend d'avoir prononcé le mot de folie scarlatineuse, mais malgré que le raisonnement *post hoc ergo propter hoc* soit souvent vicieux, il ne voit pas quelle autre cause que la scarlatine pourrait être invoquée pour expliquer le délire.

La loi sur les aliénés. — M. FALRET propose à la société d'inscrire à son ordre du jour la discussion de la loi de 1838.

Pathogénie du mutisme mélancolique. — M. SÉGLAS cherche à expliquer la pathogénie de certains mutismes mélancoliques par des phénomènes d'amnésie verbale transitoire qui amènent l'obsession angoissante du mot. D'autres fois, c'est un affaiblissement du pouvoir de synthèse qui produit le mutisme surtout chez les mélancoliques à forme neurasthénique qui éprouvent de très grandes difficultés à comprendre ce qu'on leur demande.

Les hallucinations psychiques de Baillarger peuvent aussi encombrer la faculté du langage et en troubler l'expression.

M. CHARPENTIER attribue plus volontiers le mutisme mélancolique à l'affaiblissement du pouvoir d'association et l'amnésie.

Marcel BRIAND.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

Séance du 12 novembre 1888 [1]. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

M. UHTHOFF présente une malade *atteinte de sclérose en plaques au début*. Cette malade, qui est affectée depuis janvier 1888 d'une amblyopie de l'œil droit, a été prise du même trouble de l'œil gauche au mois d'août. A l'ophtalmoscope on constate une atrophie des parties temporales de la papille. Le trouble de la vue s'est installé brutalement et intense sur l'œil droit; il ne s'est développé que plus tard graduellement et à un degré bien plus faible sur l'œil gauche.

M. BERNHARDT. — *Des paralysies du péronier (sciatique poplité externe)*. Observation de paralysie par compression longtemps prolongée dans le jarret, de même que la paralysie du radial si fréquente par semblable cause. Par comparaison, l'orateur présente un malade atteint de paralysie cérébrale de l'extrémité inférieure gauche et en particulier du pied.

M. OPPENHEIM. — *Un cas de lésion combinée des cordons de la moelle épinière dans l'enfance*. Fillette de quinze ans présentant les symptômes suivants : atrophie bilatérale du nerf optique, immobilité fixe des deux pupilles, blépharoptose du côté droit, signe de Westphal, signe de Romberg. Affaiblissement et léger degré d'ataxie des extrémités inférieures; troubles de la motilité rappelant l'hémichorée à gauche : nasonnement avec convulsions des muscles de la bouche et de la langue, respiration haletante. *Autopsie*. Légère hydrocéphale avec lésion combinée des cordons postérieurs latéraux et antérieurs de la moelle, mais de faible intensité. La lésion des faisceaux pyramidaux dans les cordons latéraux se continue à travers l'entrecroisement des pyramides, jusque dans la moitié supérieure de la protubérance. Atrophie presque complète de la vaccine descendante de la cinquième paire des deux côtés; dégénérescence des groupes de cellules décrits par Westphal au niveau du noyau de l'oculo-moteur commun.

Séance du 10 décembre 1888. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

M. SPERLING présente une *paralysie du péronier* produite par une

[1] Voy. *Archives de Neurologie*. Séance de juillet 1888.

contusion au moyen d'une poutre qui lui est tombée entre le tiers moyen et le tiers inférieur de la jambe. Paralysie du mouvement et de la sensibilité cutanée.

M. Sperling.— *De la paralysie isolée du nerf sus-scapulaire gauche* sans motif chez une femme de cinquante ans, indemne de tares héréditaires. L'évolution de la maladie comprend trois stades dans l'espèce : 1° paralysie de tout le bras gauche, brusque, avec douleurs violentes principalement dans l'épaule et le bras. Durée : huit jours; 2° retour graduel de la motilité; 3° trois mois de galvanisation complètent la guérison.

Diagnostic : névrite du nerf sus-scapulaire.

M. Westphal. — *Nouveau groupe annulaire de cellules* placées en dehors et en avant des deux nouveaux groupes de cellules de l'oculomoteur commun déjà décrits par l'auteur. Ce groupe annulaire comprend cinquante à soixante séries de cellules à l'état normal. Or, dans un cas pathologique, on en a trouvé vingt-cinq atrophiées; l'atrophie du groupe entier était complète en un cas d'atrophie du noyau de l'oculomoteur commun, les deux autres noyaux ayant été épargnés.

M. Siemerling. — *Un cas d'hystérie grave avec aliénation mentale.* A l'*autopsie* on trouva : une bifidité de la partie inférieure du bulbe, des fibres transversales dans la moelle, un déplacement des colonnes de Clarke, l'hétérotopie de la substance grise. En outre, dégénérescence partielle des cordons postérieurs de la moelle cervicale et de la partie supérieure de la moelle dorsale, atrophie des cellules dans les noyaux moteurs du bulbe, mais avec conservation parfaite des racines correspondantes et des nerfs périphériques.

Séance du 14 janvier 1889. — Présidence de M. Westphal.

M. Kronthal montre un *chien auquel il a enlevé les parois osseuses du canal vertébral.* Actuellement, on constate une diminution de la partie postérieure du tronc et la disparition de la sensibilité de la patte postérieure avec perte de la sensibilité musculaire de la même jambe devenue ataxique; exagération des réflexes tendineux de ce membre.

M. Westphal. Chez un malade atteint de *paralysie progressive des muscles des yeux*, on trouve une hypérémie notable du noyau atrophié du moteur oculaire commun et de nombreux extravasats sanguins au même endroit. On n'a pas examiné le pathétique, mais on a rencontré les mêmes lésions dans le noyau de l'oculomoteur externe. Chez un autre malade affecté du même complexus oculaire, il existe une sclérose en plaques. Enfin voici le dessin d'une racine de l'oculomoteur commun séparé du centre par un processus dégénératif.

M. Sperling. — *Cas insolite de dystrophie musculaire progressive* (type facio-scapulo-huméral. Voyez le *Neurolog. Centralb.* de 1889[1]).

M. Uhthoff présente un homme de quarante ans ayant depuis six mois une *paralysie de l'oculomoteur commun du côté droit* ainsi qu'une *paralysie du trijumeau* du même côté (branches sensitives toutes); la muqueuse buccale et les fibres gustatives de la corde du tympan sont aussi affectées à droite. Santé générale bonne, à part quelques céphalalgies par moments. Aucun symptôme tabétique. On diagnostique une lésion gommeuse du tronc de l'oculomoteur commun et du trijumeau. Le malade a en effet eu la syphilis. Tout récemment enfin, il a éprouvé des douleurs lancinantes violentes à gauche le long des nerfs intercostaux; l'examen révèle une paresthésie du sixième nerf intercostal gauche. Est-ce dans ces conditions un tabes au début et à marche des plus insolites? est-ce au contraire l'indice de l'envahissement par des gommes des méninges spinales à la région d'où émergent les nerfs intercostaux? Faut-il y voir plutôt l'association fortuite d'une lésion gommeuse des deux nerfs oculomoteur et trijumeau droits et d'un trouble hétérotopique des nerfs intercostaux gauches.

Séance du 11 mars 1889. — Présidence de M. Sander.

M. Mittenzweig. — *Hémorrhagie sous-dure-mérienne issue du développement anormal d'un vaisseau du cerveau.* Mémoire publié dans le *Centralb. f. Nervenheilk*, 1889[2].

M. Bernhardt. — *Paralysie périphérique isolée du nerf sus-scapulaire droit. Etiologie extraordinaire.* Publié dans *Centralb. f. Nervenheilk.*

M. Sperling. — *Un cas de dystrophie musculaire progressive en ayant, à un examen superficiel, imposé pour une ataxie héréditaire.* Jeune homme de dix-neuf ans n'ayant appris à marcher qu'à l'âge de quatre ans et n'ayant jamais pu marcher comme les enfants normaux. A douze ans, la marche devient encore plus difficile; à quinze ans, il fait une chute et, consécutivement, marche encore moins bien. Sa mère est atteinte de lupus; deux de ses tantes sont aliénées. Le jeune homme, scrofuleux, est fort intelligent et travaille avec assiduité à l'horlogerie. Sa démarche est incertaine et chancelante; il marche les jambes écartées, levant les pieds plus haut que d'ordinaire parce qu'il ne peut en soulever les extrémités. Il lui est très difficile de se mettre debout; pour y parvenir, il lui faut le concours de tous les muscles du corps. Sensibilité intacte; absence de réflexes

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

[2] Une fois pour toutes, on trouve l'analyse des mémoires publiés à par dans les *Archives de Neurologie*, aux Revues analytiques.

patellaires; persistance des réflexes cutanés. Léger nystagmus horizontal des deux yeux. Diminution évidente de la force motrice brute. Atrophie manifeste du deltoïde gauche, des deux sterno-cléido-mastoïdiens et des muscles de la colonne vertébrale. Hypertrophie des deux mollets. Un grand nombre de nerfs et de muscles réagissent moins aux courants faradiques et galvaniques; l'électricité statique ne provoque sur eux aucune réaction. C'est évidemment une dystrophie musculaire progressive généralisée.

Séance du 8 avril 1889. — PRÉSIDENCE DE M. W. SANDER.

M. SIEMERLING. — *Un cas de névrite alcoolique avec myosite.* Une femme de cinquante et un ans présentant tous les signes de l'alcoolisme chronique, est depuis Noël 1887 paralysée des jambes, elle ne peut quitter la chambre. On constate le 26 mars 1888 : léger délire, œdème de la face, de la région de l'épaule gauche, du bras de ce côté et des deux jambes. Il ne lui est possible de marcher qu'à l'aide d'un appui; elle marche alors les jambes écartées, en vacillant et en laissant tomber la pointe du pied, ataxie légère. Réaction pupillaire prompte; intégrité des mouvements des yeux; rien d'anormal à l'ophtalmoscope. Parésie légère des membres supérieurs; parésie plus accusée des membres inférieurs, surtout à gauche; signe de Westphal des deux côtés. La pression sur les origines des gros troncs nerveux (radial, cubital, sciatique poplité externe) et sur les muscles est très douloureuse. Légère albuminurie. Température normale. Réaction dégénérative dans le domaine du sciatique poplité externe. Le malade succombe à une pleurésie droite (peut-être tuberculeuse). On constate au microscope l'intégrité de la moelle et des racines nerveuses. Les nerfs périphériques (radial, sciatique, poplité externe, crural) sont, jusque dans leurs rameaux intramusculaires, affectés d'atrophie des fibres avec multiplication des noyaux du tissu conjonctif interstitiel. Prolifération interstitielle des muscles (tissu conjonctif et ses vaisseaux); atrophie de la plupart des fibres, hypertrophie de quelques fibres; dans le tissu interstitiel beaucoup de pigments et d'extravasats sanguins libres : ce processus est surtout accusé dans le gastrocnémien et l'extenseur commun des orteils. Les altérations des nerfs et des muscles sont simultanées.

M. OPPENHEIM. — *Un cas de tumeur cérébrale.* Mémoire publié à part.

M. OPPENHEIM. — *Des allures des fonctions de la vessie dans la sclérose en plaques disséminées.* Contrairement à ce que disent les livres, l'auteur a sur 30 cas de cette maladie, confirmée par l'autopsie ou diagnostiquée sûrement par un examen clinique bien fait, observé des troubles vésicaux. Dans six cas seulement, ceux-ci manquaient totalement. Le mémoire sera publié.

Séance du 13 *mai* 1889. — Présidence de M. W. Sander.

M. Eulenbourg présente un malade atteint de *lacune partielle du muscle trapèze droit*. L'anomalie apparaît des plus nettes quand on fait étendre les deux bras en avant à hauteur des épaules. On voit alors que l'épaule gauche est tout à fait normale; son bord postérieur reste vertical, parfaitement vertical de haut en bas, l'angle inférieur de l'omoplate ne s'éloigne pas notablement de la paroi postérieure du thorax. A droite au contraire, l'angle inférieur de l'omoplate forme une aile, qui s'éloigne de 4 centimètres du thorax, et paraît en même temps déplacée autour de son axe vertical, l'extrémité de l'acromion s'abaisse, le bord postérieur de l'omoplate est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, de sorte que l'angle supéro-interne de cet os s'éloigne plus encore que son angle inférieur de la colonne vertébrale. Si l'on examine le malade par derrière, on voit saillir à gauche le bourrelet du trapèze et un peu en dehors une partie des muscles postérieurs du cou; à droite, au contraire, le bord cervico-scapulaire paraît déprimé, principalement dans la région des trousseaux moyens et inférieurs du trapèze, entre le bord scapulaire et la ligne des apophyses épineuses : en cet endroit existe une véritable fossette. Mais cette fossette est interrompue par une dentelure qui représente la conservation des origines musculaires inférieures du trapèze, de celles qui correspondent à l'insertion des huitième, neuvième, dixième vertèbres dorsales; cette dentelure monte obliquement au bord postérieur et à la face interne de l'omoplate en dehors et en haut.

Il n'existe pas d'anomalies de l'excitabilité électrique du nerf ni du muscle, pas plus au courant galvanique qu'au courant faradique ou à l'électricité statique. S'agit-il d'une lacune partielle (congénitale?) semblable à celle qui affecte parfois le grand et le petit pectoral? S'agit-il d'une atrophie due à une atrophie musculaire juvénile? Nous adopterions plus volontiers la première hypothèse.

M. Kronthal. — *Présentation des préparations empruntées à un malade atteint de névrose traumatique.* Mémoire publié dans la *Neurolog. Centralblatt*, en commun avec M. Sperling.

M. Bernhardt. — *Du traitement des tabétiques par la suspension.* Mémoire publié dans le *Berl. klin Wochenschrift*, 1889.

Séance du 8 *juillet* 1889. — Présidence de M. W. Sander.

La séance est précédée d'une visite de la colonie et de l'asile d'idiots de Dalldorf. — M. W. Sander est, par acclamation, nommé

délégué de la Société au Xe congrès international de médecine (1890).

M. Mœli. *Trois cas d'altération du nerf optique à la suite de lésions du lobe occipital du cerveau*, présentation des pièces. Les deux premières observations (porencéphalie et amoindrissement considérable des circonvolutions occipitales d'un côté, avec hydrocéphalie très marquée) ont trait à des troubles de la vue, survenus pendant le développement. L'altération du nerf optique était extrême, même a l'examen macroscopique, sur le nerf du côté opposé aux lésions. La troisième observation comporte une cécité totale (?), durant depuis des années; les pupilles réagissaient bien à la lumière l'ophthalmoscope ne révélait rien de bien certain; on constate à l'autopsie de faibles altérations des deux bandelettes et de la portion intra-crânienne du nerf optique, des foyers bilatéraux dans le lobe occipital. Le mémoire sera publié.

Séance du 11 novembre 1889. — Présidence de M. W. Sander.

M. B. Baginsky. — *Contribution à la connaissance du trajet de la racine postérieure du nerf auditif et de l'allure des stries médullaires (barbes du calamus)*. Présentation de pièces. Les recherches de l'orateur ont été faites sur des lapins et des chats nouveau-nés suivant le procédé de de Gudden. Il a essayé de détruire le labyrinthe par l'angle de la mâchoire; il a réussi nombre de fois à produire l'atrophie des racines postérieures de l'acoustique. L'origine des racines postérieures, en relation avec le limaçon, occupe le bulbe; c'est le noyau antérieur de l'auditif et le tubercule latéral (lapin et chat); le noyau acoustique externe et le noyau acoustique interne n'ont aucune relation avec la racine postérieure de ce nerf. C'est ce qu'ont déjà constaté Monakow, Forel, Onufrovicz. On peut aussi constater chez le lapin une atrophie du corps trapézoïde et de l'olive supérieure du même côté, de la partie inférieure du ruban de Reil et du tubercule quadrijumeau postérieur du côté opposé. Chez le chat, on voit que l'entre-croisement de la racine postérieure de l'acoustique est total et a lieu dans le corps trapézoïde. Les barbes du calamus sont, non pas, comme le croit Monakow, des faisceaux secondaires de l'auditif, mais des trousseaux qui vont à l'olive supérieure du même côté, dans la substance blanche de laquelle ils forment deux faisceaux séparés.

M. Baginsky. *Note sur la coloration des coupes du cerveau*. Si, après durcissement dans la liqueur de Muller, vous les placez pendant longtemps dans l'alcool, vous obtenez une mauvaise élection par la coloration de Weigert et de Pal. Commencez donc par les soumettre à l'action des sels de cuivre suivant la méthode de Weigert colorez-les ensuite par la méthode de Pal.

Séance du 9 décembre 1889. — Présidence de M. W. Sander.

M. Kronthal. *Histologie des grandes cellules des cornes antérieures.* Voyez le *Neurol. Centralbl.* de 1890.

M. Siemerling. *Etude clinique et anatomique sur la syphilis de la moelle.* Voy. *Archiv. f. Psychiatrie.*

Séance du 13 janvier 1890. — Présidence de M. Sander.

M. Uhthoff présente une malade ayant été brusquement atteinte *d'alexie pure.* On ne constate chez elle aucun élément d'aphrasie motrice ni d'aphasie amnésique; elle suit très bien, très couramment la conversation, comprend tout ce qu'on lui dit, et répond correctement; elle écrit aussi spontanément et sous la dictée sans se tromper, mais il lui est impossible de lire l'imprimé ou l'écriture manuscrite; elle écrira par exemple fort bien son nom, mais sera incapable de le lire. Elle reconnaît relativement bien les nombres, les objets qu'on lui montre, et indique nettement leur usage. En même temps que l'ataxie, il lui est survenu une hémianopsie droite; mais l'acuité visuelle est restée bonne, assez bonne pour que les lacunes du champ visuel n'expliquent point le trouble de la lecture. Elle a également perdu la mémoire des faits récents.

MM. Bernhardt et Kronthal. — *Cas de névrose traumatique avec autopsie.* Voy. le *Neurol. Centralbl.*, 1890.

Séance du 17 mars 1890. — Présidence de M. W. Sander.

M. Sander prononce l'éloge funèbre du professeur Westphal. — La Société s'occupe ensuite de sa participation au prochain Congrès international.

Séance du 12 mai 1890. — Présidence de M. W. Sander.

M. Wollenberg. — *Présentation de préparations microscopiques empruntées aux cerveaux de choréiques.* En 1874, M. Elischer, et après lui, MM. Flechsig et Jakowenko ont, sous le nom de *corpuscules de la chorée*, décrit des organites qu'ils ont rencontrés sur les capillaires des segments internes du noyau lenticulaire. M. Wollenberg a pu examiner les cerveaux de deux choréiques; un de ces cerveaux avait été durci dans le liquide de Muller, l'autre était frais. Dans le dernier cas, il s'agissait d'une fille de trente-quatre ans atteinte de chorée légère. Puis, la chorée devint extrêmement intense; en même temps elle présenta les symptômes de la paralysie générale (immobilité

et fixité des pupilles, troubles de la parole, exagération du phénomène du genou, mégalomanie caractéristique); elle mourait six semaines après le début de la chorée. A l'*autopsie*, on trouvait des lésions de la paralysie générale. Sous le microscope, on examina à l'état frais tous les éléments du noyau lenticulaire, avec ou sans addition d'acétate de potasse ou d'autres réactifs. Les deux segments internes de cet organe, surtout le plus interne, contenaient une très grande quantité de corpuscules fortement réfringents, brillants comme la graisse, adhérents aux plus fins capillaires pour la plupart. Quelques-uns cependant étaient isolés ou pelotonnés en petits amas libres au sein du tissu nerveux. Leur structure révélait la stratification en couches concentriques. Le segment externe du noyau lenticulaire n'en contenait qu'un très petit nombre.

Sur ces corpuscules, l'éther, l'alcool, la solution de Lugol, l'acide chlorhydrique, l'acide acétique n'ont aucune action. Mais l'acide sulfurique les fait disparaître; les plus petits s'évanouissent instantanément, les plus gros ne sont dissous qu'après s'être dissociés en touffes radiées. Les mêmes corpuscules ont été rencontrés dans le second cerveau durci. Il s'agissait ici d'un garçon d'un an. Ce cerveau avait été coloré au carmin, mais cet agent colorant ne prend pas sur ces organites, pas plus d'ailleurs que les autres matières colorantes.

Discussion. — M. Sander. On a rencontré ces corpuscules avant M. Elischer et non pas seulement dans la chorée. — M. Wollenberg. En tout cas pas dans le noyau lenticulaire normal. — M. Siemerling. A coup sûr pas non plus dans la paralysie générale.

M. Remak présente un malade porteur *des symptômes de la paralysie bulbaire*. Un homme de cinquante et un ans a soudain, en travaillant, perdu, sans défaillir, la parole et la faculté de déglutir. La parole est restée défectueuse; la déglutition s'est rétablie. Parésie des muscles des lèvres des deux côtés; glossoplégie bilatérale; troubles de la motilité du voile du palais sans atrophie musculaire ni altérations électriques; dysarthrie. Avec ces symptômes, on constate à droite une forte parésie du facial buccal, affaiblissement de l'énergie de l'orbiculaire de la paupière du même côté, parésie de la branche motrice du trijumeau. En outre, chose particulière, quand le malade ferme les mâchoires, le maxillaire inférieur se subluxe, le condyle gauche se déplaçant en dedans, tandis que le condyle droit fuit en dehors. Puisqu'il n'est pas survenu d'atrophie musculaire, les noyaux d'origine des nerfs sont probablement intacts, il est permis, dans ces conditions, de supposer qu'il y a eu des foyers de ramollissement intraprotubérantiels, dus à des thromboses de l'artère basilaire. De là la forme apoplectique.

M. Goldscheider. — *D'un rapport qui existe entre la contraction musculaire et la conductibilité du nerf.* Si, chez la grenouille, on

diminue la conductibilité du nerf par les vapeurs d'alcool ou la cocaïne la courbe tétanique subit une modification. Si l'on agit sur le bout central du nerf, on obtient, dans ces conditions, une courbe tétanique moins abrupte, la hauteur en est moins grande et la ligne de descente est plus plane ; si l'on agit avec les mêmes excitants sur le bout périphérique, on obtient une courbe abrupte et élevée. Seconde remarque, l'excitation du bout périphérique engendre une contraction trémulante du muscle, le même excitant appliqué au bout central provoque une contraction lente uniforme. Il faut expliquer ces phénomènes par le fait que la diminution de la conductibilité au point d'application affaiblit l'intensité de l'irritation du nerf; chaque poussée contractile est, par suite, individuellement modifiée, de même que les conditions de sommation des ondes suscitées. Ces expériences montrent qu'en lésant la conductibilité on modifie la contraction, qu'on la rend semblable à celle que produit le muscle fatigué, semblable à celle que l'électrothérapie enseigne être la résultante d'une altération musculaire (réaction dégénérative faradique de Remak).

M. Brasch montre une préparation *d'anévrysme de l'aorte descendante*. Malade de trente-neuf ans chez lequel on constatait une artériosclérose prononcée et une vive névralgie intercostale gauche; celle-ci résistait à tout traitement depuis cinq mois. Aucune autre manifestation. Un beau jour, syncope; on pense à une tumeur. Cette tumeur apparaît en effet entre l'omoplate gauche et la colonne vertébrale; elle est pulsatile et croît à vue d'œil. Finalement hématémèse, mort. Pendant les derniers temps, les plus vives douleurs intercostales étaient apparues ainsi que de l'angoisse respiratoire et de la dysphagie, mais aucun autre symptôme. L'anévrysme siège au début de l'aorte descendante; il adhère au lobe supérieur du poumon gauche non atélectasié et à l'œsophage; c'est dans ce conduit qu'il s'est ouvert. Il y a usure des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales et des extrémités costales correspondantes. Par places le canal vertébral est ouvert et la dure-mère mise à nu. Intégrité relative des cartilages intervertébraux. Intégrité du cœur et des valvules. Athéromasie extrême du bout originel de l'aorte; il communique au niveau de la crosse avec le sac anévrysmal par une ouverture du diamètre d'une pièce de deux francs, circulaire, à bords lisses mais ayant la forme de rempart.

Voilà donc un anévrysme très ancien n'ayant pas donné lieu à d'autres accidents qu'à une névralgie intense opiniâtre, cela quatre semaines seulement avant la mort. Ce n'est que lorsque la tumeur pulsatile apparut au dehors, qu'il y eut des phénomènes de compression sur tous les organes du médiastin. Et le canal vertébral put être ouvert, sans qu'il se produisit de symptômes de compression de la moelle épinière. (*Archiv. f. Psychiatrie*, XXIII, 1.)

P. Keraval.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE L'EST DE L'ALLEMAGNE

SESSION DE BRESLAU.

Séance du 25 novembre 1889 [1].

M. Cl. Neisser lit l'observation d'un malade qui, après avoir été d'abord et pendant longtemps atteint d'une mélancolie caractéristique, présenta ultérieurement un délire systématique, par une gradation progressive. Ces cas sont assez rares, mais ils démontrent que la folie systématique peut, contrairement à ce que pensait Westphal, succéder à une mélancolie pure.

Voici maintenant une malade actuellement en convalescence d'une psychopathie aiguë, qui a été affectée d'une amnésie complète. Aujourd'hui cette amnésie s'atténue. Il y a dix ans, les mêmes phénomènes s'étaient présentés et avaient guéri. Elle a soixante-neuf ans et n'est pas buveuse.

Présentation d'un paralytique général présentant une verbigération écrite des plus nettes.

M. Wernicke présente un malade qui, dans le cours d'une maladie mentale, perdit complètement la parole.

Démonstrations anatomiques au moyen de l'appareil de projection.

Séance du 24 février 1890.

Le président Wernicke communique au Congrès la nouvelle de la mort de M. de Ludwiger. L'assemblée se lève en l'honneur de sa mémoire.

M. Kahlbaum. *De la psychopathie connue sous le nom de folie systématique (Paranoïa), avec remarques relatives aux méthodes de recherche en psychiatrie.* Mémoire publié. — M. Sachs (de Breslau). *De la substance blanche du lobe occipital dans le cerveau humain.* Mémoire publié. — Démonstrations anatomiques au moyen de l'appareil de projection.

SESSION DE LEUBUS.

Séance du 15 juin 1890.

M. Kraepelin. De la *catalepsie*. Il s'agit d'aliénés ayant au cours de ces deux dernières années présenté des phénomènes catalep-

[1] *V. Archives de Neurologie*, t. XIX, p. 271 et suiv.

tiques. Le nombre de ces cas est de 28, ce qui représente à peu près 8 à 10 p. 100 des malades traités pendant ce laps de temps à l'asile de Dorpat. Ces observations se décomposent, au point de vue clinique, en huit groupes :

1° Paralysie générale.	5 cas.	
2° Epilepsie.	4 —	
3° Folie systématique.	4 —	
4° Manie.	4 —	(Dont 2 cas de manie périodique.)
5° Epuisement cérébral aigu.	3 —	
6° Débil. mentale ou démence.	3 —	
7° Folie systém. catalonique.	2 —	
8° Lésions organ. du cerveau.	3 —	(Un cas d'abcès traumatique du cerveau. — Un cas d'hydrocéphalie cong. énorme av. atrophie des nerfs optiques.)
Total. . .	28 cas	

Evidemment, puisque les diagnostics diffèrent, il ne s'agit pas de la catalepsie univoque, mais, partout, les mêmes conditions président à la genèse de ce symptôme, qu'il s'installe pour un temps assez long, comme cela a généralement lieu dans la folie systématique et dans les épuisements aigus du cerveau, ou qu'il ne soit que passager, comme cela se passe dans la manie ou dans l'épilepsie. Les assertions des patients ne nous éclairent pas le moins du monde sur le mécanisme intime du syndrôme ; ils se croient simplement, disent-ils, influencés par les médecins ; il leur faut faire ce qu'on les force à faire. La catalepsie expérimentale de l'hypnotisme nous fournit en revanche quelques éléments d'appréciation. Dans ce cas particulier, il est certain que la catalepsie n'est qu'une résultante partielle de l'état de suggestion ; c'est une sorte d'automatisme subi par les sujets subissant une influence impérative. On sait qu'il y a un rapport intime entre les représentations mentales qui président aux attitudes et celles qui président aux mouvements (impulsions de l'innervation) ; par suite l'automatisme impératif d'ordre pathologique est une forme de la catalepsie, et les muscles qui nous fournissent les représentations les moins nettes de l'attitude, ceux de la physionomie, sont aussi les moins suggestibles. Il est plus difficile encore de suggérer d'autres processus moteurs, toutefois, comme dans l'hypnotisme, M. Krœpelin est arrivé à provoquer des mouvements de rotation prolongés des bras. L'écholalie observée chez les maniaques appartient à la même catégorie, mais la suggestibilité verbale ne se produit que là où existe une notable activité mentale (paralysie générale et manie) ; or, dans la catalepsie, il existe une stupeur plus ou moins profonde. La cause de la catalepsie est sans doute générale ; toute l'écorce du cerveau est intéressée, car les phénomènes sont bilatéraux et étendus, même quand, ainsi que dans les traumatismes, la lésion est limitée

à un côté. Il arrive, dans l'hydrocéphalie, que vers la fin de la vie, la catalepsie est hémilatérale, mais ce n'est qu'une apparence, car l'autre côté du corps est occupé par des accidents spasmodiques, qui masquent la catalepsie.

L'étude de l'hypnotisme nous apprend encore le rôle de l'auto-suggestion; elle provoque des idées subites et des impulsions qui détonent dans la manière d'être de l'individu et dont on ne s'explique pas le motif. Tandis, par exemple, que la suggestion qui vient du dehors produit l'échappement involontaire des attitudes et des mouvements les plus différents, l'auto-suggestion engendre un maintien coulé pour ainsi dire en bronze, tant il résiste à toute sollicitation, ou la répétition stéréotypée du même mouvement dépourvu de sens. Et cependant ces deux genres de phénomènes opposés se trouvent assez souvent réunis dans le même complexus morbide (Kahlbaum, Krœpelin). En tout cas, la stéréotypie des attitudes et des mouvements, nous la rencontrons de préférence, même sans la catalepsie, quand il existe encore une activité psychique considérable (folie systématique, paralysie générale, hystérie), tandis que l'automatisme impératif et la catalepsie proprement dite relève principalement d'obnubilations profondes de la connaissance.

M. Clemens Neisser. *De la catatonie avec présentation des malades.* Memoire publié.

M. Lissauer. *Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale.* Publié dans la *Deutsch. Med. Wochenschrift*, n° 26, 1890.

M. Alter. *L'asile de traitement de Leubus dans le cadre de l'assistance provinciale des aliénés.* En Silésie, depuis 1830, on a adopté le système des asiles de traitement et des asiles-hospices, séparés. Leubus fut l'asile de traitement pur; Brieg et Plagwitz furent des asiles hospices. En 1863, on ouvrit l'asile hospice de Bunzlau.

Mais, de 1874 à 1876, on transforma le dépôt de mendicité de Kreuzbourg en un asile mixte; cette disposition fit baisser le nombre des admissions de Leubus, qui se releva quand Kreuzbourg reçut surtout des aliénés incurables. Enfin, en 1877, le conseil provincial (*Landtag*) a décidé de transformer les vieux asiles de la Silésie en asiles mixtes, conservant à Leubus le privilège d'un établissement de traitement. Suivent des considérations locales qui montrent qu'il n'y a pas lieu de transformer Leubus en un asile mixte et qu'il ne saurait être un établissement utile qu'à la condition qu'on le munisse d'installations indispensables.

M. Schubert. *Contribution à la pathogénie de la folie circulaire.* Mémoire publié dans la *Neurolog. Centralbl.*, 1890. Voy. *Archives de Neurologie.*

M. Cl. Neisser montre, en s'appuyant sur les plans de l'asile de Leubus, *le mode de traitement au lit des aliénés*. Visite de cet asile *Allg. Zeistch. f. Psychiat.*, XLVIII, 1-2. P. Kéraval.

XXII[e] CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST

SESSION DE CARLSRUHE

Séance du 8 *novembre* 1890[1]. — Présidence de M. Fuerstner.

M. Kirn. — Les *névroses et psychoses de l'influenza*. De son expérience en pareille matière et du champ d'observation des autres, M. Kirn tire les conclusions suivantes : l'influenza est capable de nuire à l'ensemble du système nerveux et de produire les névroses les plus différentes ; elle peut aussi atteindre les centres psychiques et provoquer des troubles intellectuels. Ceux-ci sont, comme l'a montré l'épidémie toute récente, loin d'être rares ; ils sont certainement plus fréquents que les psychopathies produites par toute autre affection fébrile aiguë.

Les troubles psychiques se produisent pendant le stade fébrile de l'influenza ; ce sont alors : soit des délires fébriles proprement dits ; soit, bien plus rarement, des psychoses fébriles aiguës à longue durée. Ou bien ils ne surviennent qu'après le décours de la fièvre : psychoses asthéniques, mélancoliques ou maniaques ; mais les formes mélancoliques prédominent.

La forme des psychopathies varie ; elle ne porte en aucune façon le cachet de l'influenza. Ces affections, de courte durée, se terminent par la guérison ; toutefois, une petit nombre d'entre elles présentent des symptômes graves, une évolution prolongée, un pronostic douteux.

On a également mis sur le compte de l'influenza des psychoses paralytiques et hystériques, ainsi que des cas de folie systématique. Mais celle-ci préexistait à la grippe ; elle avait seulement passé inaperçue. Quant au delirium tremens, rattaché à la grippe, c'est une pseudo-psychose de l'influenza.

Evidemment, l'influenza distille un poison des plus dangereux, une toxine encore indéterminée ; celle-ci est engendrée par la

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, XIX[e] congrès. Les autres séances n'ont pas été publiées.

fièvre où elle exerce son action irritante sur un terrain prédisposé (psychoses afébriles). Le mémoire sera publié *in extenso*.

Discussion. — M. Fuerstner propose d'adopter dans la discussion l'ordre suivant : 1° rôle étiologique de l'influenza? 2° les psychoses consécutives à l'influenza présentent-elles une complexion morbide spécifique? 3° l'influenza exerce-t-elle une influence sur les psychoses préexistantes?

M. Schuele. — Voici neuf femmes de 25 à 60 ans. L'influenza chez toutes est restée simple, non compliquée; elle s'est traduite par le complexus symptomatique connu, sans fièvre élevée; celle-ci atteignit passagèrement chez quelques-unes d'entre elles 39°. L'infection proprement dite fut suivie d'un stade d'épuisement. Puis, on observa les formes morbides que voici : délire systématique hallucinatoire — mélancolie avec angoisse et hallucinations — exaltation avec gaieté, idées de grandeur — manie avec confusion dans les idées. Tous ces types portèrent l'empreinte de l'épuisement de l'activité mentale. La marche est toujours lente, la durée est au minimum de trois mois; dans la plupart des cas la psychopathie persiste encore maintenant. Nous n'avons pas vu de psychoses aiguës comme il s'en montre sous l'influence de la fièvre. L'influenza provoque aussi chez les gens sains d'esprit des états de dépression passagers; c'est de l'asthénie nerveuse. Les psychopathies de l'influenza apparaissent deux jours après le début de la maladie (une observation), trois à quatre jours après (une observation), ou au moment de la défervescence fébrile (une observation). Voilà pour la période fébrile. Enfin, elles peuvent survenir huit à quatorze jours après la cessation de la fièvre (six observations).

Quant à l'étiologie, sur mes neuf malades deux étaient des hystériques qui avaient eu des attaques convulsives, et les autres présentaient de la prédisposition héréditaire ou individuelle. L'influenza n'est donc, en aucun cas, la seule cause psychopathogénétique. Nous tendons à croire que l'influenza a simplement donné un coup de fouet, c'est un élément accidentel; il est probable que mes malades seraient devenues des aliénées plus tard sans cette maladie infectieuse. Quelle a été l'action de l'influenza sur l'attitude clinique ou somatique du complexus pathogène? Toutes mes malades, excepté une qui était à la ménopause, avaient de tout temps présenté des anomalies marquées de la menstruation, avec accidents nerveux. Chez quatre d'entre elles, l'onde menstruelle (graphiques) montre que les périodes de dépression ou d'excitation se manifestaient à la suite de l'onde, de la courbe elle-même; ainsi, le début de l'influenza coïncide avec l'apparition de la menstruation et la psychose se rattache également aux menstrues ou au solstice intermenstruel. Ce qui prouve que l'organisme féminin est à cette dernière époque particulièrement sensible, et

que, pour peu qu'une action nocive intervienne, il réagit par une psychopathie. Une psychopathie ou une affection mentale a donc d'autant plus de chances de se développer que le début de l'influenza, ou le maximum de la fièvre, ou l'acmée du stade ultérieur d'épuisement accompagne ou avoisine les époques critiques des ondes menstruelles.

M. KREUSER. — L'influenza aggrave les psychoses. Les aliénés guéris ont, à la suite de l'influenza, éprouvé une récidive.

M. EMMINGHAUS. — Y a-t-il là-dessous des lésions anatomiques.

M. KIRN. — Nullement.

M. FUERSTNER. — Les psychoses de l'influenza sont rien moins que démontrées. Les délires fébriles de l'influenza ne se différencient en rien des autres délires fébriles. De même que dans les psychoses puerpérales, il faut distinguer entre les psychopathies précoces et les psychopathies tardives. L'influenza a une action hyposthénique. Les femmes surtout deviennent aliénées à la suite de l'influenza, celles principalement qui avaient été antérieurement affaiblies par d'autres facteurs. Ce sont les mélancolies qui se montrent les plus nombreuses; elles sont caractérisées par une évolution prolongée. Si l'on avait affaire à une toxine, on observerait plus fréquemment des cas graves de démence aiguë. Enfin, il semblerait qu'on eût à accuser une matière délétère pour les nerfs et non pour le cerveau. L'influenza n'a pas déterminé de psychoses spécifiques.

M. EMMINGHAUS. — La fièvre de l'influenza n'a pas d'importance; nous n'avons pas vu non plus de cas de démence aiguë.

M. FISCHER signale des troubles vaso-moteurs consécutifs à l'influenza.

M. KARRER, sur 64 hommes admis, a vu deux exemples de psychopathie consécutive à l'influenza; sur 69 femmes, il n'en a vu que quatre. Un homme et trois femmes étaient porteurs de tares héréditaires. De même que les autres maladies infectieuses, l'influenza peut provoquer une maladie mentale.

M. STARK. — Sur 1,250 aliénés, nous en avons eu 160 atteints d'influenza. La psychose préexistante n'a pas été influencée par l'influenza; la fièvre intense ne provoque pas de délire chez les aliénés.

M. EMMINGHAUS. — L'influenza n'a pas d'action sur la psychose préexistante.

M. KREUSER. — Les aliénés tranquilles ont été proportionnellement plus atteints que les agités.

M. FUERSTNER. — En d'autres maladies aiguës, çà et là, on voit guérir une psychopathie; mais cela n'a pas lieu pour l'influenza. En revanche, l'influenza récidive.

M. Stark. — A Stephansfed, les individus sains d'esprit ont été les premiers atteints par l'influenza; celle-ci a très peu sévi sur les malades agités.

M. Kuhnen. — *Un cas de contagion psychique terminé par complète guérison.* Mémoire publié *in extenso*. Il s'agit d'une infirmière de 17 ans, jusque-là tout à fait bien portante, dont on n'avait qu'à se louer à tous égards. Elle était un peu sensible, et craignait de ne pas se montrer à la hauteur de sa tâche. Elle était attachée jour et nuit au service d'une hystéro-épileptique atteinte de manie en dehors des attaques convulsives. A la suite d'une attaque sérieuse survenue en voiture à sa malade, elle resta comme anéantie, se plaignant de céphalée, douleur dans les membres, incapacité de travailler, mélancolie simple. La nuit, elle est prise d'attaques convulsives exactement semblables à celles de l'hystéro-épileptique en question, fatigue consécutive, anémie. Aucun médicament n'agit. On s'adresse à la thérapeutique psychique, y compris la suggestion hypnotique. L'infirmière guérit complètement. Elle exerce aujourd'hui ses fonctions dans une clinique chirurgicale privée.

Discussion. — M. Schuele se rappelle une dame intelligente qui n'attachait aucune importance à l'accès maniaque de son mari atteint de folie circulaire, mais qui appréciait comme il convenait la phase mélancolique de celui-ci. De même, une autre dame, très instruite et jouissant d'un parfait discernement, considérait comme normaux les projets insensés de son mari bon à séquestrer. Il est certain que leur admiration pour la supériorité de leur époux influence les épouses; elles sont suggestionnées et deviennent incapables de distinguer la fausse monnaie du cerveau mâle de ses judicieuses qualités.

Séance du 9 novembre. — Présidence de M. Emminghaus.

M. Nissl. — *Des altérations, chez le lapin, des cellules originelles du noyau du facial à la suite de l'arrachement des nerfs.* Voici une nouvelle méthode de coloration qui présente des avantages essentiels sur l'ancienne méthode de Nissl. Jusqu'à l'exécution des coupes, on se conforme aux errements connus. On se sert des solutions suivantes :

1° Solution aqueuse de bleu de méthyle à 0.50 p. 100. (Chez C. Buchner et fils, de Munich);

2° Mélange d'huile d'aniline, 20 ; alcool à 96=200. Employer un mélange frais, pas trop jaune;

3° Essence d'origan;

4° Benzine;

5° Solution de colophane du commerce dans la benzine. On immerge dans la benzine de petits morceaux de colophane jusqu'à

ce que, au-dessus de la colophane non dissoute, surnage un liquide jaunâtre présentant la consistance de baume de chloroforme légèrement fluide ; c'est ce liquide qui va servir.

On tire la coupe de l'alcool pour la chauffe dans la solution de bleu de méthyle jusqu'à ce que montent à la surface des bulles qui crèvent en faisant entendre une crépitation perceptible. On laisse refroidir. On la transporte alors dans le mélange d'alcool et d'huile d'aniline ; on agite légèrement jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de flocons colorés. On porte sur le porte-objet, on sèche au papier filtre ; on instille quelques gouttes d'essence d'origan que l'on égoutte rapidement ; on sèche une seconde fois ; le reste de l'essence est chassé par quelques gouttes de benzine, on passe enfin à une goutte de solution de colophane. En chauffant à la lampe à alcool, on enflamme la solution benzinée de colophane. On place le couvre-objet avec prudence, de façon à fluidifier la colophane qui se répand sous le couvre-objet.

Eh bien, à l'aide de cette méthode, on voit que l'arrachement du facial se traduit dans les vingt-quatre heures qui suivent par l'altération des cellules de son noyau. Déjà les éléments chromatiques des cellules granulées commencent à se dissocier. Dès les deux ou trois jours ultérieurs, l'effritement s'étend à toute la cellule. Les granulations, de colorées qu'elles étaient, pâlissent, et finalement se résolvent en tout petits grains sans couleur. Le troisième jour, la structure de quelques-uns des prolongements commence à disparaître ; la chromatine, à laquelle est due la striation, pâlit aussi, la substance intermédiaire aux raies devient plus obscure ; en certains cas, les prolongements prennent une apparence plus homogène. Le quatrième jour, en outre, la cellule entière se tuméfie ; elle se montre globuleuse tandis que ses prolongements apparaissent homogènes ; en plusieurs points, les contours semblent déchiquetés. Le noyau présente également de légères altérations.

Le sixième jour, toutes ces modifications s'accusent, la structure ancienne du protoplasma a disparu, le corps de la cellule paraît saupoudré de particelles colorées. Il est impossible de percevoir les prolongements. Le noyau a changé de place ; on le voit occuper la périphérie ; il représente, du reste, la seule partie presque intacte de l'élément cellulaire. Plus tard il quitte la cellule même ; on n'en voit plus traces. Le dixième jour, bien des cellules ont subi la dissociation totale ; ce sont des masses irrégulières, pâles, légèrement granulées, privées de noyaux, privées de prolongements.

Ces altérations ne portent point sur toutes les cellules du noyau d'origine du nerf en même temps ; elles se disséminent irrégulièrement. Elles atteignent d'abord les parties latérales du noyau d'origine à trois branches. A partir du douzième jour, les cellules tuméfiées qui n'ont pas encore subi la dégénération totale diminuent

de volume à leur tour. Vers le dix-huitième jour à peu près, presque toutes les cellules du noyau sont affectées.

M. Kreuser. — *Un cas de porencéphalie.* L'anatomie pathologique de cette observation montre que le processus qui aboutit à la porencéphalie se compose de trois stades. Elle montre encore que la lésion de l'hémisphère droit entraîne une dégénérescence secondaire de la couche optique et du faisceau latéral du pédoncule cérébral. Le mémoire sera publié en détail.

M. Landerer. — *Présentation d'un cerveau atteint d'un kyste méningé congénital.* Il s'agit d'un malade ayant d'abord été atteint de mélancolie hypochondriaque; plus tard, il présenta des pertes de connaissance, des convulsions toniques; il succomba finalement à une pneumonie caséeuse. A l'*autopsie*, on trouva dans la pie-mère un kyste du volume d'un œuf de poule ; il occupait à droite la région de la scissure de Sylvius et s'étendait en avant et en bas; il avait déplacé la partie correspondante de l'hémisphère. Evidemment il n'y a rien là de la porencéphalie ni au point de vue clinique ni au point de vue anatomique.

Discussion. — MM. Emminghaus et Nissl font remarquer qu'il s'agit peut-être là d'une hypoplasie des régions cérébrales en question et que le kyste a pu se développer dans l'espace vide laissé par l'atrophie.

Le Congrès se réunira au mois de novembre prochain. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVIII, 1-2.) P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE

V. *Les fonctions du cerveau* (doctrines de l'école de Strasbourg; doctrines de l'école italienne); par Jules Soury. — Aux bureaux du *Progrès médical* et Lecrosnier et Babé, 1890.

Dans ce volume qui, nous l'espérons, ne sera pas le dernier, l'auteur étudie les recherches récentes sur les fonctions du cerveau, en classant ses recherches par nationalité, à la manière des écoles de peintres, ce qui nous promet des études nouvelles sur Ferrier et l'école anglaise, Munck et l'école allemande, Exner et l'école de Vienne, Charcot, etc. C'est une manière sinon vraie, du moins originale, et qui sert à mieux fixer les idées.

La première partie est consacrée à Goltz (de Strasbourg), dont le

point de départ et le but furent de discuter l'opinion de Flourens sur la doctrine de l'homogénéité et de l'équivalence fonctionnelle de toutes les parties du cerveau ; les phénomènes d'arrêt, les phénomènes de déficit, les critiques sur les excitations des écorces grises, sur les suppléances d'un hémisphère par l'autre, d'un centre par un autre, ou d'une portion de centre par une portion restante ou régénérée, y sont très bien exposés.

L'auteur nous montre Goltz luttant contre les localisations cérébrales, admettant la possibilité des localisations, mais non leur démonstration expérimentale, discutant la validité des troubles nettement paralytiques chez les animaux observés, et reconnaissant cependant que les troubles de la sensibilité et de la motilité générale se montrent surtout dans les lésions du cerveau antérieur, les altérations de la sensibilité spéciale surtout dans les lésions du cerveau postérieur. — Il y a aussi une bonne analyse des travaux de Goltz et de ses élèves Loeb et Schrader sur les troubles de la sensibilité générale et sur les troubles visuels; dans la partie consacrée à l'intelligence d'après Goltz, le psychologue reparaît en critiquant les changements de caractère, devenant hargneux et agressif dans les lésions antérieures, doux et tranquille dans les lésions postérieures du cerveau des animaux. Nous relevons une assez bonne définition de l'intelligence par Goltz : « La faculté d'élaborer avec réflexion les perceptions des sens en vue d'actions appropriées à une fin. »

En réfléchissant à cette étude consacrée à Goltz, nous ne serions pas surpris que M. Soury ne se soit servi des travaux de ce physiologiste que pour mieux mettre en relief les travaux des partisans des localisations cérébrales; en tous cas, l'auteur n'a pas à y perdre.

Le même reproche ne peut être adressé à la seconde partie, consacrée à l'école italienne; d'autant qu'ici ne se trouve pas l'influence directrice d'un seul homme, mais le concours ethnique d'un certain nombre de savants vers un même but : les localisations cérébrales qu'il s'agit de reconnaître et de démontrer.

M. Soury, grâce à sa profonde érudition, passe successivement en revue les travaux italiens sur les centres corticaux de chaque sens et sur les centres corticaux de la sensibilité cutanée, musculaire et des mouvements volontaires, les découvertes histologiques sur les centres nerveux, les résultats des expériences de thermogénie, les recherches d'anatomie locale et pathologique; le tout pour aboutir à une étude des fonctions de l'intelligence d'après l'école italienne.

Tout d'abord, il personnifie cette école dans l'école de Florence, dans Luciani, dont il expose les cinq critères approximatives, qui permettent d'apprécier les résultats des lésions destructives du cerveau et Sapilli (d'Imola), faisant l'application clinique de cette méthode.

A propos des centres corticaux de la vision, l'auteur rappelle que c'est Ponizza qui découvrit le centre cortical de la vision en 1855, dans les circonvolutions occipitales. Munck l'étendit au lobe occipital. Luciani et Tamburini découvrirent en 1878 l'hémianopsie bilatérale homonyme par lésion du gyrus angulaire d'un côté et localisèrent le centre de la vision dans la région pariéto-occipitale; les recherches cliniques de Sapilli sont venues confirmer ces expériences. L'auteur expose la théorie de l'engrenage, d'après laquelle les médecins italiens admettent que les différents centres, outre leur territoire propre, ont entre eux des zones d'irradiation, des territoires communs, d'où l'impossibilité de léser une de ces fonctions sans que les autres soient plus ou moins troublées. Toutes les zones sensitivo-sensorielles convergeraient, chez le chien, vers un territoire neutre : le lobe pariétal inférieur. La destruction de ce centre des centres entraînerait des troubles de tous les sens, de la sensibilité générale et même du caractère.

La théorie italienne des suppléances de l'écorce grise des circonvolutions par la substance grise des ganglions opto-striés, rappelant le petit circuit et le grand circuit de Ferrier, est rappelée à propos des recherches de Tamburini sur les hallucinations. Toutefois, M. Soury n'admet pas, comme cet auteur, de centres supérieurs d'adduction. L'intelligence, la volonté, la conscience, qui sont des abstractions, des résultantes de fonctions, ne peuvent avoir d'organes.

Il faut lire page par page les recherches sur le centre de l'audition, la surdité verbale, le sens musculaire, la théorie de Luciani, faisant des corps striés de véritables centres de motilité volontaire et pouvant être mis directement en action par des processus psycho-sensoriels.

Les recherches de Golgi sur l'histologie des cellules nerveuses ont fixé spécialement l'attention de M. Soury; elles concluent que les connexions anatomiques des cellules ont plus de valeur que leur forme; que les fonctions de la sensibilité et de la motilité, loin d'être distinctes, coïncident et ont un siège anatomique commun.

A lire aussi les organes nerveux musculo-tendineux, ces dynamomètres organes du sens musculaire, la grande discussion sur le refroidissement et l'échauffement oscillatoire des centres nerveux pendant la période d'activité, d'où il résulte que le travail cérébral est une forme de l'énergie et que l'intelligence a des équivalents chimiques, thermiques et mécaniques. L'appendice sur l'épilepsie corticale, déjà très résumé par l'auteur, demande à être lu et perdrait à l'analyse.

En résumé, ce travail, qui a exigé de longs et pénibles labeurs, est le tableau le mieux présenté de nos jours sur les fonctions du cerveau. L'auteur a certainement été guidé dans ses appréciations et ses critiques par les doctrines évolutionnistes qui lui sont chères,

mais la méthode employée ne fait que relever l'esprit de ce livre, qui demande a être lu et relu. CHARPENTIER.

VI. *Des mouvements de salut et des secousses de la tête, souvent associés au nystagmus, chez les enfants*; par W. B. HADDEN, médecin assistant à l'hôpital Saint-Thomas et à l'hôpital des Enfants malades. (*The Lancet*, 1890.)

M. Hadden, dans une monographie basée sur l'observation de douze cas, décrit une affection caractérisée par des mouvements de la tête associés le plus souvent à du nystagmus.

Les *mouvements de la tête* sont des mouvements cloniques plus ou moins brusques et rapides, se présentant sous forme de crises. — Parfois, ce sont uniquement des mouvements de salut, *mouvements d'assentiment;* plus fréquemment, ce sont des mouvements de latéralité, *mouvements de négation* — le plus souvent, du reste, il y a mélange des uns et des autres. — Quelquefois isolées, les crises peuvent aussi se reproduire plusieurs fois par jour et même par heure. Souvent des accès subintrants constituent une sorte d'état de mal durant plusieurs jours: la tête du malade semble alors agitée de tremblements, l'énergie et la rapidité des mouvements sont très variables. Ses mouvements sont exagérés par les tentatives faites pour les réprimer ou pour fixer l'attention de l'enfant; ils cessent lorsque l'enfant est couché et par conséquent pendant le sommeil.

Le *nystagmus*, qu'on rencontre toujours, présente une indépendance relative avec les mouvements de la tête. Pouvant survenir avant eux, il peut aussi disparaître avant, quoique, la plupart du temps, il persiste plus longtemps. De plus, il est beaucoup plus rapide que les mouvements de la tête (cinq à six mouvements par seconde). Comme eux, il se présente par accès pouvant se répéter plusieurs fois par jour, même par heure et peut devenir presque continu. Il est exagéré lorsqu'on attire l'attention de l'enfant ou qu'on cherche à arrêter vigoureusement les mouvements de la tête. Quelquefois le nystagmus est unilatéral; enfin, dans certains cas, au lieu d'être horizontal, il était vertical: il ne paraît pas, du reste, y avoir de relation entre la direction du mouvement des yeux et celle du mouvement de la tête.

A côté des deux symptômes essentiels, le nystagmus et les mouvements de la tête, s'en rencontrent d'autres, plus ou moins constants: d'abord, une *manière particulière de regarder les objets*, l'enfant fermant à demi les yeux et renversant la tête en arrière, pour regarder; ce symptôme survient en général quelque temps avant le début des accidents convulsifs et ne cesse qu'après leur disparition. Des *crises de rires* ont été observées plusieurs fois pendant les périodes d'accès.

Dans plusieurs cas a été constatée, au moment de la crise, une sorte de *perte de la conscience*, l'enfant restant comme stupide et regardant dans le vide avec un mouvement des yeux plus rapide que jamais. Enfin, lorsque l'affection a été d'une certaine durée, on a noté un *changement notable dans le caractère des enfants* : de gais ils sont devenus tristes et irritables.

La recherche des antécédents héréditaires a été souvent négative au point de vue des accidents convulsifs. Quant aux antécédents personnels, deux enfants étaient rachitiques, deux présentaient des crises d'épilepsie et deux autres y étaient prédisposés par leurs antécédents héréditaires.

Age. — C'est de six à douze mois que paraît être le maximum de fréquence de la maladie.

Durée. — Les crises forment des périodes durant de une à plusieurs semaines, périodes après lesquelles tout disparaît complètement, mais les rechutes sont fréquentes sous l'influence de causes occasionnelles quelconques. La durée de l'affection, de huit à douze mois probablement, ne peut être absolument précisée, la plupart des sujets étant encore en observation. Quelle est donc la *nature* de cette affection ? L'excitation réflexe de la période active de la dentition peut, dans certains cas, donner naissance aux secousses de la tête ou les aggraver, mais comme les accidents peuvent faire leur apparition à un âge où la dentition n'est pas dans une période active, on ne peut ranger cette affection parmi les *troubles de la dentition.*

Les *traumatismes de la tête*, qu'on a rencontrés dans sept cas, paraissent constituer tout d'abord une donnée pathogénique importante, mais ce commémoratif perd de sa valeur lorsqu'on remarque que chez cinq des malades, le traumatisme crânien a été consécutif à une chute résultant du rejet de la tête en arrière, signe que nous avons vu marquer souvent le début de la maladie : l'affection était donc antérieure au traumatisme. Le Dr Hughlings Jackson a émis l'idée que ces cas sont une variété de *chorée spinale.*

M. Hadden rattache à l'*épilepsie* les cas où s'est rencontrée de la perte de la conscience. Quant aux autres, il en cherche la nature réelle en faisant appel à l'*évolution des mouvements volontaires* chez l'enfant: parmi les mouvements volontaires, les premiers acquis sont ceux de la tête et du cou, mais ce n'est guère que vers le quatrième mois que les mouvements de la tête et des yeux deviennent harmonieusement associés, et pendant un certain temps des mouvements ataxiques peuvent encore se voir quand la tête est mue volontairement: c'est précisément ce qui se produirait dans cette affection où il y aurait un désordre des mouvements, une perte passagère de leur coordination.

Or, si l'on remarque, avec M. Hadden, que la plupart des malades n'ont été observés que depuis un temps relativement court,

c'est-à-dire pendant lequel on a pu ne pas constater de crises comitiales alors que les malades sont cependant bien en puissance de morbus sacer, cette distinction des malades en deux catégories, les uns épileptiques, les autres non, peut paraître excessive, et l'on est tenté d'étendre à tous les cas ce que l'auteur affirme de quelques-uns, c'est-à-dire de rattacher cette affection à l'*épilepsie*.

Ce serait un nouveau point de ressemblance avec le tic de Salaam. Du reste, les points de ressemblance ne manquent pas entre les deux affections : mouvements de salut de la tête, nystagmus, changement de caractère, âge des malades, parfois perte de la conscience, etc..., et, à ce propos, il eût été intéressant que l'auteur, après avoir dit que grande était la différence entre les deux affections, insistât sur le diagnostic.

Un dernier fait en faveur de la nature épileptique de la maladie peut être tiré du traitement : en effet, dans tous les cas, le bromure de potassium a eu une action efficace très manifeste. Peut-être serait-il donc possible d'appliquer aux enfants atteints de cette affection l'appellation créée pour le tic de Salaam par M. Féré et de dire que ce sont des apprentis épileptiques qui pourront guérir définitivement, mais qui pourront aussi aller jusqu'à l'épilepsie vulgaire. E. Blin.

VII. *Nouvelle étude sur la diffusion anodale des agents thérapeutiques* (*A Further Study of anodal Diffusion of therapeutic Agents*); par Frederick Peterson. (*The medical Record*, 31 janvier 1891.)

Dans une précédente publication, l'auteur a attiré l'attention sur la valeur thérapeutique du pouvoir cataphorétique de l'électricité auquel il a donné le nom de diffusion anodale. Cette propriété a depuis été confirmée par divers auteurs. Les indications de cette méthode sont les suivantes : On peut l'employer pour obtenir la production d'une anesthésie locale pour des névralgies, des douleurs superficielles ou des opérations sur la peau. Elle sera utile pour la médication topique de diverses lésions locales, en particulier pour les dermopathies et les syphilides. Enfin on pourra se servir du bain électro-cataphorètique pour des usages généraux ainsi que pour établir certains diagnostics. P. B.

VIII. *Seconde note sur les hallucinations hémiopiques homonymes* (*A second note upon homonymous hemiopic hallucinations*); par P. Peterson. (Extrait *du New-York medical Journal* du 31 janvier 1891.)

Dans le *New-York medical Journal* du 30 août 1890, l'auteur a décrit un cas de démence avec paranoia dans lequel les hallucinations visuelles offraient le caractère remarquable d'être unilatérales. Dans le travail actuel, M. Peterson analyse des faits qui ont

trait à des hallucinations hémiopiques homonymes accompagnant ou précédant l'hémianopsie par lésion organique, dans la migraine, l'épilepsie et dans l'hémiplégie avec hémianopsie. Il se rallie complètement à l'hypothèse de Seguin d'après qui, les hallucinations dépendraient d'une excitation plus ou moins prolongée du lobe occipital. Dans les cas de migraine, elles seraient dues à des spasmes des artères qui nourrissent ce lobe, et à l'anémie consécutive. Il croit que cette pathogénie expliquerait les hallucinations dans la folie. Paul Blocq.

IX. *Contribution à l'étude de la polynévrite à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë et rapide*; par A. Gosselet. — Th. de Lille, 1890.

Les rapports des poliomyélites et des polynévrites sont encore mal établis en raison de l'analogie de leurs symptômes. Dans les paralysies générales à forme subaiguë qui reconnaissent pour cause une intoxication par l'alcool, le plomb, l'arsenic, etc., on est autorisé a rapporter les symptômes qui les caractérisent aux nerfs périphériques, et cela parce qu'on admet que ces substances toxiques attaquent de préférence le système nerveux périphérique. Mais lorsqu'il s'agit de ces cas où toute cause fait défaut, la difficulté est presque insurmontable, et mieux vaut ouvrir un chapitre d'attente que de s'exposer en pareille circonstance à affirmer cliniquement un diagnostic que l'on sait pouvoir être infirmé par l'examen microscopique. Ce n'est que dans les cas où prédomine l'élément douleur avec ses formes si variées de douleurs paroxystiques spontanées et provoquées qu'on est autorisé à incliner vers une polynévrite. Cet état indique certainement plutôt un état morbide des nerfs qu'une altération de la moelle. Paul Blocq.

VARIA

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS

Un vieillard, du nom de H..., dit le *Rappel de l'Eure*, du 4 juillet, demeurant boulevard de l'Est, près de l'usine à gaz, a tenté de se suicider lundi en s'ouvrant la gorge avec une serpe. Ce ma lheureux, qui depuis quelque temps ne jouit plus de ses facultés

mentales, s'est fait une horrible blessure qui a nécessité son transport à l'hospice. Ses jours ne sont pourtant pas en danger. Des mesures sont prises pour qu'à sa sortie de l'hospice il entre à Navarre.

Si nous reproduisons tous les faits donnés par les journaux politiques, concernant les accidents occasionnés par les aliénés c'est dans le but de montrer d'une manière de plus en plus évidente la nécessité de l'assistance des aliénés et cela dès le début de la maladie. Ce vieillard était fou depuis longtemps; il aurait dû être placé, soigné dès les premiers temps de sa maladie, il avait peut-être, de grandes chances de guérison. Les préjugés, les nécessités budgétaires, l'hospitalité à donner à des aliénés de la Seine payants, ont empêché son hospitalisation en temps opportun. Sa tentative de suicide, dont l'administration est responsable, exige son placement. Il est probable qu'il est incurable; il coûtera plus cher.

LES ENFANTS ARRIÉRÉS

Une nouvelle école d'enfants indisciplinés ou arriérés a été inaugurée récemment à Highbury-Grove. L'école appartenait à la Société des Missions religieuses et vient d'être achetée par le « School Board », de Londres. Elle peut recevoir 160 jeunes gens et présente toutes les garanties possibles au point de vue de l'hygiène. Tout est clair et aéré; les dortoirs et l'installation des lavabos et des douches ont été particulièrement soignés.

Cette école n'a sa pareille qu'à Ypton-House (Hackney) où a été installée la première école de « vagabonds ». Dans l'espace de six ans, 1.985 jeunes garçons y ont été reçus.

1.894 enfants en sont déjà sortis, et il y en a en ce moment 138 présents à l'école. Le « School-Board » compte sur un semblable succès pour son école de Highbury-Grove.

NÉCESSITÉ DE L'ASSISTANCE DES IDIOTS

Les journaux politiques du commencement du mois d'août signalent un assassinat commis à Montfort-l'Amaury, arrondissement de Rambouillet, par un idiot nommé Prostot, domicilié chez ses parents, bouchers-charcutiers. Cet idiot a coupé la gorge à la bonne de la maison. La malheureuse n'a pas survécu à cette horrible blessure. Elle avait trente ans, son meurtrier en a quarante. Ce dernier a été conduit hier à la maison d'arrêt de Rambouillet. Comme ses facultés mentales sont complètement oblitérées, il n'a

pu répondre que par des mots inintelligibles aux questions que lui a posées le juge d'instruction.

Ce fait rappelle celui de Herder concernant un idiot qui, ayant vu égorger un porc en fit autant à un homme. Il montre aussi la nécessité d'assister les idiots, de les hospitaliser et de les traiter dès leur première enfance. Les administrations communales et départementales sont, par leur parcimonie et leur ignorance, responsables moralement des malheurs que commettent journellement les idiots ainsi que les épileptiques. Elles se décident seulement alors qu'il s'est produit des malheurs qu'elles auraient pu et dû éviter.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. (*Nominations et promotions.*)—(Arrêté du 12 juillet 1891). Sont promus, à partir du 1er juillet 1891, à la classe exceptionnelle : M. le Dr Cullerre, directeur-médecin de l'asile public de La Roche-sur-Yon ; M. le Dr Langlois, médecin en chef de l'asile public de Maréville ; — à la 1re classe : M. le Dr Germain Cortyl, directeur-médecin de l'asile public de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ; M. le Dr Boubila, médecin en chef de l'asile public de Saint-Pierre, à Marseille ; — à la 2e classe : M. Denizet, médecin-adjoint de l'asile public de Cadillac, à partir du 1er avril 1891, M. le Dr Guyot, directeur-médecin de l'asile public de Châlons, à partir du 1er septembre 1891 ; — à la classe exceptionnelle : M. le Dr Dérico, médecin-adjoint de l'asile public de Prémontré (Aisne), à partir du 1er juillet 1891 ; M. le Dr Boiteux, médecin-adjoint de l'asile public de Clermont (Oise), à partir du 1er juillet 1891 ; — à la 1re classe : M. le Dr Jules Sizaret, médecin-adjoint de l'asile public de Châlons, à partir du 1er mai 1891 ; M. le Dr Gilbert Petit, médecin-adjoint de l'asile public d'Alençon, à partir du 1er juillet 1891. — (Arrêté du 15 juillet.) Sont promus à partir du 1er juillet, à la 1re classe : M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'asile public de Villejuif ; — à la 2e classe : M. le Dr Dubuisson, médecin en chef de l'Asile clinique (Sainte-Anne) ; — à la classe exceptionnelle : M. le Dr Legrain, médecin-adjoint à l'asile public de Vaucluse, à partir du 1er août 1891. — (Arrêté du 28 juillet.) M. le Dr Malfilatre, médecin-adjoint à l'asile public de Bailleul

(Nord), nommé aux mêmes fonctions à l'asile public de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est maintenu à la 1re classe du cadre. — (Arrêté du 13 août). M. le Dr Sérieux, médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse, est nommé aux même fonctions à l'asile de Villejuif (poste créé) et maintenu dans la 2e classe ; M. le Dr Rouillard, chef de la clinique des maladies mentales, médecin-adjoint à l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Villejuif (poste créé), est maintenu dans la 2e classe.

Asile d'aliénés de Pierrefeu. — « Dans la séance du 20 août du conseil général du Var, M. Michel demande que le budget de l'asile soit lu, article par article, en séance publique. Plusieurs membres combattent cette motion comme contraire à l'usage suivi par le conseil. Sur la proposition de M. Blache, le conseil décide que le budget sera examiné en séance publique. Cette proposition est acceptée. Après la lecture du budget, et après une discussion très animée entre divers membres, le conseil vote le budget de l'asile.»

La lecture et la discussion des budgets des établissements hospitaliers doit avoir lieu article par article, ce qui permet à tous les membres des conseils élus de présenter leurs observations. C'est la seule pratique compatible avec un sérieux examen des budgets, en d'autres termes la pratique vraiment républicaine. Nous l'avons fait prévaloir en 1878 au conseil municipal, M. Ferdinand Duval étant préfet, pour le budget de l'assistance publique. Agir autrement, pour les conseils élus, serait une faute. (B.)

Concours du clinicat des maladies nerveuses. — Le concours vient de se terminer par la nomination de M. Dutil, ancien interne de M. le professeur Charcot. Il entrera en fonctions le 1er novembre 1891. Suivant le nouveau règlement, il est nommé pour un an avec faculté pour le professeur de le proroger deux fois d'une année.

Distinctions honorifiques. — Parmi les noms des médecins promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, nous relevons les noms suivants : officiers : M. le professeur Ch. Bouchard, Dr Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat ; — chevaliers : MM. Joffroy, médecin de la Salpêtrière ; professeur Ch. Richet ; Cuffer, médecin de l'hôpital Tenon ; Rigal, médecin de l'hôpital Necker ; Hutinel, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le Dr A. Hoche est nommé privat-docent de psychiatrie.

Congrès des aliénistes allemands. — La session annuelle se tiendra à Weismar, les 18 et 19 septembre. Parmi les sujets qui

viendront en discussion, nous relevons les suivants : prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés, Etat actuel de la question de l'aphasie. Valeur thérapeutique de l'hypnose dans les asiles d'aliénés, etc.

CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS. — La réunion de cette année se tiendra à Halle, du 21 au 25 septembre, nous relevons dans les communications annondées :

Section d'anatomie : Dr Eisler : sur le plexus lombo-sacré.

Section de physiologie : professeur Grützner : excitabilité des nerfs moteurs; professeur Ewald : fonctions du labyrinthe; le chien sans moelle, d'après des recherches avec le professeur Goltz.

Section de pathologie générale et d'anatomie pathologique : Professeur Chiari : altérations du cervelet consécutives à l'hydrocéphalie.

Section d'obstétrique et de gynécologie : Dr Pautzer : rapports de la maladie de Basedow et des affections génitales chez la femme.

Section de neurologie et de psychiatrie : Dr Monakow : dégénération secondaire dans la couche optique chez l'homme; professeur Flechsig : anatomie pathologique du tabes dorsal; professeur Mendel : anatomie pathologique de la maladie de Basedow; Dr Siemerling : ophtalmoplégie dermique progressive; Dr Oppenheim : Considérations sur les maladies toxiques du système nerveux; professeur Binswanger : anatomie pathologique de la paralysie générale; Drs Moeli et Marinesco : syphilis du système nerveux; Dr Sioli : sur un cas de cécité corticale avec troubles du toucher; Dr Zichen : paranoïa; Dr Fries : états hystéro-hypnotiques dûs au traumatisme; dégénération variqueuse des vaisseaux de la pie-mère chez un épileptique.

Section des maladies des oreilles : professeur Zanfal : exploration du cerveau dans la pachyméningite externe purulente; Dr Truckenbrod : abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne et guéri par l'opération; Dr Katz; le labyrinthe des sourds-muets.

ASILES D'ALIÉNÉS DE BLOIS. — Une loi du 10 avril 1891 (*Journal Officiel* du 11) autorise le département de Loir-et-Cher, conformément à la demande du conseil général, à emprunter une somme de 70.000 fr., remboursable en trente ans et applicable à la construction d'un quartier d'épileptiques dans l'asile d'aliénés de Blois. Les fonds nécessaires au service des intérêts et de l'amortissement seront prélevés sur les bonis de l'asile et au besoin sur les ressources départementales

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE. — En 1889, les membres du Congrès international de l'hypnotisme, avant de se séparer, ont, sur la proposition de M. Levillain, voté la création, à Paris, d'une Société d'hypnotisme.

Le but de cette Société étant de faciliter le contrôle scientifique des faits observés journellement dans l'état d'hypnotisme ou dans les états analogues, il a été décidé que les membres du Congrès seraient convoqués périodiquement et qu'un appel serait adressé à tous les savants qui s'intéressent à ces études.

Le Congrès a, en outre, désigné pour composer le bureau : MM. Dumontpallier, G. Ballet, Grasset, Liégeois, Auguste Voisin et Bérillon, membres du bureau du Congrès.

Conformément à ces décisions, la réunion annuelle de la Société d'hypnologie, s'est tenue au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le lundi 20 juillet, à quatre heures.

Les questions mises à l'étude étaient les suivantes : 1° Des rapports de l'hystérie avec l'hypnotisme ; 2° Les suggestions criminelles et la responsabilité pénale ; 3° De l'influence que certaines impressions psychiques ressenties par la mère peuvent exercer sur le fœtus.

Exercice illégal de la médecine. — Une somnambule, Mme Auffinger, vient de comparaître en police correctionnelle, sous l'inculpation d'exercice illégal de la médecine.

Elle avait, moyennant finances, conseillé à la mère d'un garde municipal, atteinte d'une bronchite, d'absorber un sirop pectoral pour la composition duquel elle avait remis la recette suivante :

Conseils à suivre pendant dix jours

Sirop pectoral à faire soi-même

Couper un radis noir en rondelles, ainsi qu'un ou deux oignons, les étendre dans un saladier en les couvrant par couches de poudre de sucre candi, et laisser macérer trente-six à quarante-huit heures au plus. Passer au clair en exprimant le jus à travers un linge fin, conserver dans une bouteille et en prendre une petite gorgée lors des forts accès de toux.

Mme Auffinger recommandait également l'application de bouse de vache sur la poitrine.

La somnambule n'était, du reste, pas seule poursuivie : son fils, Louis Auffinger, fondateur de la *Société magnétothérapique*, qui l'assistait dans ses consultations, était assis à côté d'elle sur les bancs correctionnels. Le tribunal leur a appliqué seize amendes de cinq francs chacune. Sur la plaidoirie de Me Puech, la mère du garde municipal, partie civile, a obtenu 100 francs de dommages-intérêts (*Bull. méd.*).

Les pommes et la dipsomanie. — Un médecin américain ayant remarqué que les dipsomanes mangent très peu de pommes, s'avisa d'essayer les pommes dans le traitement de la dipsomanie ; il prescrivit aux malades d'en manger le plus possible aux repas, aussi bien que dans l'intervalle de ceux-ci. Les résultats obtenus furent excellents ; l'envie de boire diminue rapidement et même

disparaît tout à fait. Malheureusement, l'auteur ne nous dit pas quelle variété de pommes on doit prescrire de préférence (*Bull. méd.*).

Suicide d'une petite fille. — Courthiézy (Marne). — Le mardi 14 avril, vers cinq heures du soir, une petite fille âgée de 11 ans, nommée Marcelle Ledernez, a disparu de chez ses parents, les époux Ledernez-Dodemant, qui habitent Courthiézy. Depuis ce jour, et malgré toutes les recherches faites par la famille, elle n'a pu être retrouvée.

Cette gamine, qui était intelligente, et que ses parents aimaient beaucoup était un peu jalouse de ses frère et sœur; elle avait dit plusieurs fois à sa mère qu'elle irait se noyer, mais on ne croyait pas à cette menace d'enfant, et rien ce jour-là ne peut faire croire qu'elle a mis sa menace à exécution, car en rentrant de l'école à quatre heures elle avait dit à sa mère qu'elle allait apprendre ses leçons, et depuis ce moment on ne l'a pas revue. On fit des recherches et le cadavre de la pauvre enfant a été retrouvé dimanche dernier, dans la Marne, à 100 mètres en aval du barrage de Courcelles, par l'éclusier Bailly et un employé du chemin de fer, en présence du père qui dirigeait les recherches. Après les constatations d'usage, le corps a été ramené à Courthiézy, chez les parents. Ce suicide, accompli par une enfant aussi jeune, a produit une vive émotion dans le pays, où sa famille est très estimée. (*Petit Troyen*, 23 avril.)

Assistance des épileptiques. — « Une dépêche de Cambrai, en date du 2 juillet, annonce que la veille au matin, à Inchy-Beaumont, un ouvrier tisseur, nommé Théophile Herbin, a tué sa femme qui était *épileptique*. La victime porte deux blessures à la tête faites à l'aide d'un instrument contondant et des traces de strangulation. La gendarmerie du Cateau a mis Herbin en état d'arrestation. »

La situation faite au mari par une femme épileptique, ou à la femme par un mari épileptique, est en général extrêmement pénible. Mieux vaudrait interdire le mariage aux épileptiques; ou encore autoriser le divorce quand l'épilepsie n'a pas été signalée avant le mariage. Mais, dès maintenant, il serait possible d'éviter des malheurs semblables à celui que nous relatons, en ouvrant les portes des asiles et des hospices aux épileptiques, comme nous n'avons pas discontinué de le réclamer depuis longtemps. C'est pour fournir des arguments aux médecins qui pensent comme nous que nous reproduisons les faits semblables à celui qui précède. (B.)

Asile d'aliénés du district de Cork, — Le gourvernement Irlandais dont l'atention avait été attirée sur les conditions dans lesquelles le Parlement avait apporté son appui pour l'entretien des aliénés

pauvres dans les asiles des districts, a adressé une communication aux gouverneurs de l'asile du district de Cork, établissant que le montant de la contribution du Gouvernement est limité à 4 shillings par semaine et par tête ; ou si la dépense totale des aliénés pauvres après le recouvrement de sommes autres que celles votées, se trouve inférieure à 8 shillings par semaine, la contribution du Gouvernement sera de la moitié de la dépense nette, c'est-à-dire après défalcation des recettes provenant des malades payants, des produits de la ferme et du jardin, etc.

Aucun payement ne peut être fait par le Gouvernement à l'égard des aliénés pauvres, à moins que la charge nette du pays ou de la ville n'excède 4 shillings par semaine. Comme ces règlements auront pour effet d'élever la dépense d'une façon considérable, l'attention des gouverneurs sera appelée sur ce sujet à leur prochaine assemblée mensuelle. (*British Med. Journ.*, 1890, p. 804.)

Les alcooliques. — « Hier soir, vers dix heures, lisons-nous dans le *Paris* du 27 mars, un journalier nommé Charles Leroy, en complet état d'ivresse, s'enfermait chez sa mère, 7, rue de Paris à Clichy avec l'intention de se suicider. Dans ce but, il arrosa un tas de charbon de bois avec du pétrole et y mit le feu. Les voisins défoncèrent bientôt la porte et éteignirent ce commencement d'incendie. Tandis qu'on courait prévenir M. Labussière, commissaire de police, Leroy tenta de rallumer le feu, sans toutefois y réussir. Après l'interrogatoire, M. Labussière a envoyé Charles Leroy au Dépôt. On se trouve, selon toute apparence, en face d'un alcoolique, atteint de la monomanie du suicide. L'on ne peut toutefois s'empêcher de songer aux terribles conséquences de l'étrange lubie de l'ivrogne si la maison, de construction légère et qui abrite onze ménages, avait pris feu. »

Les cas de ce genre sont malheureusement très communs. Les asiles d'aliénés renferment un grand nombre d'aliénés par alcoolisme. Une fois isolés, leur délire se dissipe promptement, ils gagnent quelque argent, sortent et rentrent bientôt. La question reste toujours posée de la création pour les alcooliques, d'asiles spéciaux comme il en existe dans divers pays.

Le nouvel asile pour les criminels atteints d'aliénation mentale de l'état de New-York est maintenant en bonne voie. 70,000 dollars seront nécessaires pour le terminer. 4,750,000 francs ont déjà été dépensés. L'établissement sera très complet quand il sera terminé. (*The Alienist and Neurologist*, janvieur 1891, p. 129.) Les lecteurs des *Archives* savent que, avec le Congrès de médecine mentale de Rouen et avec la grande majorité des aliénistes, nous considérons ces asiles spéciaux comme tout à fait inutiles.

Nominations. — Le Dr F.-G. Test a été nommé directeur de

l'asile pour les fous incurables à Hastingsteb. Le Dr Test a été directeur-adjoint pendant quelque temps et a pris la direction depuis la démission du Dr Stone. (*Med. Record*, 1890, p. 551.)

Tentative d'assassinat d'un médecin par un malade. — On nous écrit de Villefranche (Rhône) qu'une tentative d'assassinat a été commise hier sur le docteur Lassalle, médecin de l'hôpital, conseiller général du Rhône. Un individu nommé F... C... furieux d'avoir été renvoyé de l'hôpital, après guérison constatée, a attendu le docteur dans la rue et lui a tiré un coup de revolver presque à bout portant. Le docteur n'a pas été atteint. C... a été désarmé et conduit en prison. Il va être soumis à un examen médical, car on doute qu'il ait toutes ses facultés.

Infirmier laïque. — Il y un mois environ, un drame terrible jetait la consternation dans l'hospice de Bicêtre. Un infirmier, M. Roguet, en faisant son service, était assailli par plusieurs fous furieux. Quand on put venir à son secours le malheureux était dans un état lamentable. Les soins les plus énergiques lui furent prodigués à l'hospice même, où il était soigné; mais les blessures reçues par le pauvre diable étaient des plus graves et il y a trois jours il rendait le dernier soupir. Il a été enterré hier. M. Pinon, directeur, a prononcé quelques paroles sur la tombe. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique avait envoyé une couronne. (*Paris*, 10 mai 1890.)

L'hypnotisme au théâtre. — Du *Figaro* : « On sait que des séances de prestidigitation et de physique amusante sont fréquemment données, dans de nombreux cafés, débits de vins et liqueurs, par de modestes disciples de Robert-Houdin, et qu'une autorisation du commissaire de police du quartier doit être obtenue pour chacune de ces séances. Depuis que les phénomènes de l'hypnotisme et de la suggestion sont à la mode, divers abus s'étaient produits. Pour « corser » leur programme, quelques-uns de ces physiciens ambulants avaient pris l'habitude de régaler leur public d'exhibitions soi-disant scientifiques, procédant, disaient-ils, des expériences faites à la Salpêtrière par le docteur Charcot et d'autres princes de la science. Il n'y avait souvent dans ces sortes de « numéros » que de la jonglerie et du compérage. Mais, parfois, des « sujets » improvisés, jeunes gens ou jeunes filles, qui s'étaient prêtés bénévolement aux pratiques de magnétiseurs inexpérimentés, avaient été victimes d'indispositions plus ou moins graves, de troubles nerveux passagers, etc. Afin de couper court à cette situation, il est enjoint maintenant aux commissaires de police de spécifier, dans les autorisations écrites qu'ils peuvent être appelés à donner aux prestidigitateurs et physiciens, que nulle expérience de magnétisme

ou d'hypnotisme ne pourra entrer dans la composition du programme des séances. On ne peut qu'approuver cette mesure. »

Il s'agit probablement là d'une mesure locale, c'est-à-dire concernant Paris, car en province ces exhibitions continuent comme par le passé. Nous avons assisté à l'une de ces séances sur une plage normande devant une assistance où figuraient nombre de femmes et d'enfants et nous avons constaté combien ces spectacles impressionnaient, dans un sens pénible, une partie des spectateurs. Beaucoup manifestaient hautement leur opinion en faveur de l'interdiction. C'est notre avis. Nous pensons aussi que les spectacles de ce genre contribuent à accroître la foule déjà si compacte des névropathes. (B.)

Suicide en fiacre. — Hier, vers une heure de l'après-midi, un courtier en diamants, nommé Bénédictin Hermann, âgé de 38 ans, demeurant passage Saulnier, n° 8, s'est tiré un coup de revolver dans la tête, alors qu'il passait rue Grange-Batelière. Le malheureux, dans une lettre adressée à M. Mouquin, commissaire de police, exposait les motifs de son suicide. En outre, dans une de ses poches on a trouvé la somme de 1 fr. 75 destinée à payer le cocher qui le conduisait. De l'enquête ouverte par le magistrat, il résulte que Bénédictin Hermann ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés et qu'à cet effet, on avait dû, à trois reprises différentes, l'enfermer dans un asile d'aliénés.

Un forcené. — M. Schnerb, commissaire de police du quartier de l'Odéon, vient d'envoyer au Dépôt un sieur François C..., âgé de cinquante et un ans, demeurant rue des Quatre-Vents. Cet individu, dans un accès de fureur alcoolique, s'était jeté sur sa femme, un énorme couteau à la main, sous prétexte que cette dernière lui avait refusé de lui donner la clef du tiroir-caisse de l'établissement qu'ils tiennent en commun. Les cris de Mme C... attirèrent l'attention des gardiens de la paix qui eurent toutes les peines du monde pour s'emparer de ce forcené. Il ne fallut pas moins de six hommes pour le conduire au poste du Palais. François C... a déjà subi plusieurs condamnations pour ivresse manifeste, coups et blessures, et autres délits du même genre. (*L'Eclair.*)

Un trio de fous. — Un individu, les effets en lambeaux, était amené hier soir vers 9 heures, chez M. Duranton, commissaire, par le concierge de l'immeuble, portant le n° 12, de la rue du Temple. Cet homme avait été trouvé blotti dans les cabinets d'aisance de la maison. Le prenant pour un malfaiteur, le concierge aidé de plusieurs locataires, s'était emparé du soi-disant voleur, et avant de le conduire au commissariat, lui avaient administré une maîtresse volée. A toutes les questions qui lui étaient posées, cet

individu répondait en aboyant et disant : « Je suis enragé. » C'est tout ce que l'on a pu tirer de lui. Certains papiers trouvés sur lui ont permis d'établir son identité. C'est un nommé Cormier, demeurant à Gonesse. Voyant qu'il avait affaire à un fou, M. Duranton l'a fait envoyer au Dépôt.

— Vers minuit un individu, les yeux hagards, se présentait au poste de police du 4e arrondissement demandant aux agents de le protéger de la fureur de sa future belle-mère, qui voulait l'écharper. Avec toutes les peines du monde on parvint à se rendre maître du malheureux qui voulait se briser la tête sur les murs. C'est un nommé Briquet, sorti récemment de Saint-Anne, il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt.

— Enfin, pour clore la série, le même magistrat a eu à envoyer au Dépôt, un sieur Mieaint, âgé de vingt-quatre ans, demeurant en garni, 37, rue du Roi-de-Sicile. Cet individu avait été arrêté par des agents, rue de Rivoli, à deux heures du matin, n'ayant pour se couvrir que son pantalon. Mieaint, qui est employé chez un naturaliste, voulait à toutes forces empailler le commissaire de police Ce malheureux qui avait été déjà interné à l'asile de Vaucluse, s'en était échappé il y a trois mois environ. (*L'Eclair.*)

Un fou dangereux. — Il y a quelque temps, s'évadait de l'asile de Villejuif, un nommé Jules Dollat, enfermé en 1890. L'odyssée de ce malfaiteur (?), qui vient d'être repris hier matin par le service de la Sûreté, est assez curieuse. En 1890, arrêté pour vol et ayant été reconnu fou, il fut interné à l'asile de Vaucluse. Dollat ne tarda pas à s'évader et revint à Paris. A la fin du mois de juin de la même année, il fut arrêté de nouveau au moment où, de complicité avec un nommé David, il dévalisait rue de la Ferronnerie, l'appartement de Mme Régulier. Se voyant pris, ce malfaiteur avait fait usage contre les agents du revolver dont il était porteur. Fort heureusement, il ne blessa personne. L'*Eclair*, on s'en souvient, donna tous les détails de cette affaire. Pendant l'instruction, Dollat, essaya de se donner la mort en se coupant les veines des bras avec un canif, dans les lieux d'aisance, où il s'était fait conduire. Guéri de ses blessures, il fut soumis à un examen médical; pour la seconde fois, il fut reconnu fou à cause des excentricités qu'il commettait sans cesse. Cette fois, il fut interné à Villejuif, d'où il s'est échappé, comme on l'a vu. Il a été, cette fois, envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*L'Eclair.*)

Les drames de la folie. — Buda-Pesth. — Un crime épouvantable a causé dans la ville une profonde émotion. La femme d'un comptable, nommée Kuhm, a assassiné sa fille dans un accès de folie religieuse. Cette femme a coupé la gorge de sa fille et a ensuite traîné le cadavre de sa victime dans le corridor de sa maison

eu s'écriant : « La voilà la fiancée du ciel! » Un crime analogue a été commis à Waizen, où un cordonnier, nommé Csermak, atteint d'aliénation mentale, a tué un chanoine nommé Etienne Konda, pendant qu'il célébrait la messe, en tirant sur lui trois coups de revolver. Il s'est ensuite suicidé. Ce malheureux croyait que ce prêtre, qui était intervenu dans un procès en divorce qu'il avait avec sa femme, avait empêché cette dernière de se réconcilier avec lui.

— Hier dans l'après-midi, un journalier, Charles Vaudry, subitement pris d'un accès d'aliénation mentale, parcourait les rues de Courbevoie en prononçant des mots incohérents. Il tenait à la main un long couteau dont il menaçait les passants.

Le gardien de la paix Bailly ayant voulu le désarmer, le fou se jeta sur lui et le frappa d'un violent coup de son arme en pleine poitrine. Plusieurs personnes se précipitèrent à son secours, et parvinrent à maîtriser l'aliéné qui a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. La blessure de Bailly, quoique grave ne met pas sa vie en danger. (*Le Radical*, 19 avril.)

— Le sieur André C..., garde du Palais de Justice, a été arrêté, rue de Rivoli, en face de l'Hôtel de Ville, au moment où il frappait à coups de pied et à coups de poing sa malheureuse femme étendue sur le trottoir. André C... est en proie depuis quelque temps déjà, à des accès de folie. Dans ces moments, il bat sa femme comme plâtre, sous les prétextes les plus futiles.

Un attroupement considérable s'était formé; quand les agents emmenèrent le garde au commissariat du qurtier Saint-Gervais, la foule les suivit. Plus de deux cents personnes envahirent la rue Vieille-du-Temple, criant et se bousculant. Deux jeunes gens se prirent de querelle et réglèrent aussitôt leur différend après avoir mis bas leur veste. Les nombreux témoins de ce duel exultaient. Chez le commissaire, André C... commettait, lui aussi, bien d'autres extravagances. Il brisa les carreaux, jeta à la tête de M. Duranton et de M. Debigny, son secrétaire, tous les objets qu'il trouva sous la main. On eût de la peine à se rendre maître du forcené. Mme C..., interrogée sur les actes de folie commis déjà par son mari, en raconta long, et celui-ci entre autres : le ménage changeait dernièrement de domicile. Les meubles furent entassés sur des charrettes. Quand matériel et famille arrivèrent au quai des Grands Augustins, où se trouvait le nouveau logement, le garde jeta et brisa sur la chaussée tout son mobilier. Il ne resta plus à la pauvre femme une pièce intacte de sa vaisselle.

C... a été envoyé par les soins de M. Duranton à l'infirmerie du Dépôt. (*Temps* 14 avril.)

— A Saint-Aubin-d'Ecrosville, mardi dernier, la femme Picard,

ménagère a disparu du domicile conjugal pendant l'absence de son mari. Celui-ci s'est mis à sa recherche, mais il a perdu à Quittebeuf la trace la de fugitive. La pauvre femme a, paraît-il, les facultés mentales très affaiblies; c'est pourquoi l'on craint qu'elle n'ait mis fin à ses jours. (*Vallée de l'Eure*, 18 avril.)

La plupart de ces faits si regrettables à tous égards cesseront de se produire quand, au lieu d'aller à l'encontre des enseignements de la science, les journaux politiques combattront les préjugés du public concernant la folie et les asiles et insisteront sur les avantages d'une prompte hospitalisation et de l'application du traitement dès le début.

Diminution de l'alcoolisme en Norwège. — M. Dahl, constate dans une brochure sur ce sujet, que dans ces dernières années le nombre des aliénations mentales dues à l'abus de boissons alcooliques a diminué. Tandis qu'en 1856 jusqu'à 1860, 13,7 p. 100 des entrants dans l'asile de Gaustadt, près Christiania, accusaient la boisson comme cause de leur trouble mental, ce nombre est graduellement tombé jusqu'à 2,4 p. 100 pour les années 1886 à 1888. Il en est de même pour les autres asiles d'aliénés de la Norwège. La statistique de la mortalité indique également que le delirium tremens joue un rôle moins grand dans la mortalité et que le nombre des suicides dus à l'alcoolisme va en décroissant. (*Bulletin médical.*)

Incendie a l'asile d'aliénés Gartnavel, a Glasgow. — Le feu a éclaté dans l'aile est des bâtiments de l'asile dimanche dernier, dans une partie des construction servant de dortoir, mais à une heure où il n'était pas occupé l'après-midi. La toiture et le plafond furent détruits ; les pompiers réussirent à empêcher l'incendie de s'étendre, et aucun des pensionnaires ne fut atteint. On évalue les pertes à 600 livres sterling. (*The British med. Journ.*, 1891, p. 1193.)

Nécrologie. — M. le Dr Richter, directeur de l'asile privé d'aliénés de Pankow.

Georges Guinon et J.-B. Charcot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ALLAMAN (C.). — *Des aliénés criminels.* Volume in-8° de 183 pages. — Paris, 1891, imprimerie H. Jouve.

BOURNEVILLE. — *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie.* Tome I. Volume in-8° de 416 pages, avec 6 planches. Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés 5 fr. — Bureaux du *Progrès médical.*

CARRIER (Ed.). — *Asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon (Rapport médical pour l'année* 1890). Brochure in-8° de 44 pages. — Lyon, 1891. — Imprimerie Waltener et Cie.

COUTAGNE (H.). — *De l'influence des professions sur la criminalité, sur la responsabilité morale.* Brochure in-8° de 11 pages. — Lyon, 1891. — A. Storck.

FOURNIER (A.). — *L'Hérédité syphilitique.* (Leçons cliniques recueillies et rédigées par le Dr P. PORTALIER.) Volume in-8° de 421 pages. — Paris, 1891. — Librairie G. Masson.

FRANCOTTE (X.). — *L'Anthropologie Criminelle.* Volume in-16 de 368 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1891. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

GOSSELET (A.). — *Contribution à l'étude de la polynévrite à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë et rapide.* Volume in-8° de 109 pages. — Lille, 1890. — Imprimerie Liégeois Six.

JOIRE (P.). — *Précis théorique et pratique de neuro-hypnologie. (Etudes sur l'hypnotisme et les différents phénomènes nerveux physiologiques et pathologiques qui s'y rattachent, physiologie, pathologie, thérapeutique, médecine légale.)* Volume in-16 de 327 pages. — Prix: 4 fr. — Paris, 1891. — Librairie A. Maloin.

KNOPP (P.-C.). — *The pathology, diagnosis and treatment of intracranial growths.* Volume in-8° cartonné de 165 pages, avec 35 figures. — Boston, 1891. — Rockwell and Churchill.

MORDRET (A.-E.). — *Deux observations d'atrophie cérébrale.* Brochure in-8° de 24 pages. — Le Mans, 1888. — Typographie Ed. Monnoyer.

MORDRET (A.). — *Modifications du volume de la glande thyroïde pouvant s'observer chez les idiots.* Brochure in-8° de 29 pages. — Rouen, 1891. — Imprimerie Cagniard.

PAL (J.). — *Uber Multiple Neuritis.* Brochure in-8° de 62 pages, avec une planche hors texte. — Wien, 1891. — A. Hœlder.

FERRIER (D.). — *Leçons sur les localisations cérébrales,* traduites par SOREL (R.). Brochure in-8° de 138 pages, avec 35 figures. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés : 2 fr. 75. — Bureaux du *Progrès médical.*

TOULOUSE (Ed.). — *Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme.* Brochure in-8° de 48 pages. — Paris, 1891. — H. Jouve.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux. Ch. HÉRISSEY, imp. — — 991.

Vol. XXII. Octobre 1891. N° 66.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

ASSOCIATION DU TABES AVEC LE DIABÈTE SUCRÉ[1];

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR CHARCOT)

PAR

GEORGES GUINON, Chef de clinique.

A. SOUQUES, Interne (médaille d'or) des hôpitaux.

I

Depuis une dizaine d'années, l'attention des cliniciens a été attirée d'une part sur l'existence dans le diabète de quelques symptômes nerveux analogues à ceux que l'on rencontre dans l'ataxie locomotrice progressive et d'autre part sur la présence du sucre dans

[1] Au début de ce travail, il nous semble indispensable de soulever une question préjudicielle de terminologie. On trouve, à chaque pas, dans la littérature médicale, le mot glycosurie employé comme synonyme de diabète sucré et inversement le terme de diabète appliqué à diverses glycosuries symptomatiques. C'est là, à notre avis, un très regrettable abus de langage qui entraîne une confusion nuisible à la clarté du sujet et à l'interprétation des phénomènes morbides.

Sans doute des travaux ont surgi qui portent atteinte à l'ancienne conception de l'unité du diabète sucré. Mais le dernier mot n'est pas dit à cet égard. Dans tous les cas, il existe toujours jusqu'ici un diabète, maladie constitutionnelle ou diabète arthritique qui diffère des glycosuries cliniquement et anatomiquement. Entre celles-ci et celui-là il y a la différence du symptôme à l'entité morbide. Et, pour notre compte, c'est exclusivement dans ce sens que nous emploierons les deux termes : diabète et glycosurie.

l'urine de certains tabétiques. Dans le premier cas, les troubles nerveux ont été mis sur le compte du diabète sous le nom assez impropre de pseudo-tabes diabétique. Dans le second, on a pareillement établi une relation de cause à effet entre le tabes et la présence du sucre et décrit celle-ci sous le nom de glycosurie d'origine tabétique.

Ce sont là des formes cliniques du tabes et du diabète indiscutables, parfaitement authentiques. La notion du pseudo-tabes diabétique date du jour où M. le professeur Bouchard [1] signala l'absence fréquente des réflexes rotuliens dans le diabète sucré.

Cette découverte fut confirmée par les recherches ultérieures de MM. Landouzy (*Leçons cliniques de la Charité,* 1882), Rosenstein [2], P. Marie et Georges Guinon, [3] ainsi que des divers auteurs qui se sont depuis lors occupés de ce sujet. Il est certain que la perte des réflexes rotuliens jointe, chez un diabétique, à l'existence de troubles de la sensibilité tels, par exemple, que les douleurs fulgurantes mentionnées par notre maître, M. le professeur Charcot, et par MM. Raymond et Oulmont[4], était bien de nature à faire songer à un cas de tabes vrai. En réalité, la méprise a été commise et plus d'une fois la découverte du sucre dans l'urine est venue réformer le diagnostic.

[1] Bouchard. — *De la perte des réflexes rotuliens dans le diabète sucré.* (*Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Blois,* 1884.)

[2] Rosenstein. — *Ueber das Verhalten des Kniephœnomens bei Diabetes mellitus.* (*Berl. Klin Woch,* 1885, n° 8.)

[3] P. Marie et Georges Guinon. — *De la perte du réflexe rotulien dans le diabète sucré.* (*Rev. de méd.*, 1886.)

[4] Raymond et Oulmont. — *Douleurs fulgurantes dans le diabète.* (*Gaz. méd. de Paris,* 1881, p. 627.)

Mais il ne faudrait pas croire que la présence du sucre dans les urines puisse toujours lever la difficulté et décider qu'il s'agit du diabète et non du tabes. En effet, M. Oppenheim, le 21 mai 1885, présentait à la Société médicale de Berlin une tabétique atteinte de glycosurie et déclarait qu'il s'agissait là de glycosurie d'origine tabétique due à la propagation du processus scléreux au plancher du quatrième ventricule. Il est vrai de dire que le fait avait déjà été signalé par d'autres auteurs. Smith[1] avait noté la glycosurie comme complication du tabes; il en avait indiqué la rareté et l'attribuait à la propagation du processus tabétique au quatrième ventricule. Althaus[2] l'avait relatée en ces termes: « L'urine au début de la deuxième période du tabes peut avoir une composition normale... Dans plusieurs cas, nous avons observé la présence du sucre. Généralement, la présence du sucre était accompagnée d'un excès d'urée et le poids spécifique de l'urine variait entre 1,030 et 1,037. Le sucre montait quelquefois jusqu'à 11 grammes par litre. Nous avons connu des malades qui éliminaient sans interruption du sucre pendant deux ou trois ans, lorsque tout à coup l'élimination cessa de se présenter. Ce dernier symptôme confirme plutôt l'existence d'une glycosurie que d'un diabète sucré. » De son côté, Eulenburg[3] relève (n° 12 de ses 125 tabétiques) le cas d'un malade atteint de tabes vrai dont l'urine avait renfermé du sucre d'une manière temporaire.

[1] Smith. — (*Brit. med. journ.*, 7 avril 1883.)

[2] Althaus. — *Maladies de la moelle épinière*, traduction française J. Morin, 1885, p. 125.

[3] Eulenburg. — *Tabes mit Glycosurie* (*Virchow's Arch.*, XXIX Bd., 1885, p. 26)

On avait donc, avant Oppenheim, signalé la glycosurie au cours du tabes. Mais il est juste de reconnaître que c'est à cet auteur que revient le mérite d'avoir spécialement attiré l'attention sur ce sujet en rapportant une très remarquable observation. Ce fait parut si nouveau que dans la discussion qui suivit, Sénator affirma qu'il ne connaissait aucun cas de ce genre.

L'année suivante, Reumont [1] publiait un cas analogue à celui d'Oppeinheim et Fischer [2] à son tour citait un fait du même ordre. Ce sont là, incontestablement, trois exemples de glycosurie tabétique. Nous n'en connaissons aucun autre bien authentique. Et en vérité, la glycosurie d'origine tabétique est excessivement rare. Cette rareté, qui n'avait pas échappé à Smith, a été constatée par divers auteurs. Eulenburg ne l'a vue qu'une fois sur 125 cas de tabes. Un de nous, dans l'urine de 50 tabétiques, n'a jamais constaté la présence du sucre. Plus récemment, M. Gilles de la Tourette a examiné à la Salpêtrière 100 malades atteints d'ataxie locomotrice progressive et n'a trouvé que trois fois du sucre dans les urines. Et encore n'est-il nullement démontré qu'il se soit agi vraiment dans tous ces cas de glycosurie tabétique.

Quelque rare qu'elle soit, cette glycosurie existe incontestablement, au même titre que celle de la sclérose en plaque signalée par Weichselbaum, Bl. Edwards, Richardière... Mais s'ensuit-il, d'une part

[1] Reumont. — *Ein Fall von Tabes dorsalis complicirt mit Diabetes mellitus.* (*Berl. Klin. Woch.*, 1886, p. 207.)

[2] Fischer. — *Ueber Beziehungen zwischen Tabes und Diabetes mellitus. Centralb. für Nervenheilk*, 1886, n° 18, p. 545.

que la présence du sucre dans les urines d'un tabétique signifie toujours glycosurie symptomatique du tabes et que d'autre part l'apparition de troubles nerveux, au cours d'un diabète avéré, veuille toujours dire pseudo-tabes d'origine diabétique? Nous ne le croyons pas. Nous pensons que, dans certains cas, l'interprétation doit être toute différente. Il faut, à notre avis, envisager les rapports du tabes avec le diabète à un autre point de vue. La présence du sucre dans les urines d'un tabétique avéré ne signifie point toujours glycosurie d'ordre tabétique ; l'existence de certaines manifestations nerveuses, au cours d'un diabète, ne veut point toujours dire pseudo-tabes diabétique. Il est en un mot des cas, où le tabes vrai et le diabète sucré coexistent chez un même individu, sans relations de cause à effet, et évoluent séparément, côte à côte, chacun pour leur propre compte. Il s'agit, dans ce cas, de deux entités distinctes, indépendantes, simplement unies par des liens de parenté, comme nous le montrerons tout à l'heure ; il s'agit d'une concomitance du tabes vrai avec le véritable diabète sucré constitutionnel.

A priori rien ne s'oppose à cette juxtaposition. Bien plus, de fortes raisons militent en faveur d'une semblable manière de voir et nous pourrons du reste les appuyer sur une série d'observations cliniques.

Dans un leçon récente [1], notre maître, M. le professeur Charcot, parlant des rapports du diabète avec le tabes, s'exprimait en ces termes : « A côté de ce premier groupe (glycosurie tabétique) il convient d'en

[1] Charcot. — *Sur un cas de paraplégie diabétique.* (*Archiv. de Neurol.*, t. XIX, p. 305, 1890.)

placer un second. Dans celui-ci il s'agit encore du tabes vrai, mais avec cette maladie coexiste le diabète vrai qui la suit ou la précède. Il y a là une simple coïncidence, mais non pas, tant s'en faut, une coïncidence tout à fait fortuite, ainsi que vous le remarquerez, si vous voulez bien vous rappeler ce que je vous disais, il n'y a qu'un instant, au sujet des liens de parenté étroite qui relient les familles arthritique et névropathique. Cela pourrait se représenter par un fort simple tableau généalogique. Un individu, né d'un père goutteux et d'une mère aliénée, présente un beau jour, par suite d'une double hérédité de transformation, tous les signes du diabète et de l'ataxie locomotrice progressive. Les deux familles sont dans ce cas représentées chez le même sujet sans qu'il y ait combinaison véritable. Les deux maladies restent distinctes, autonomes, chez cet individu, rappelant au point de vue pathologique sa double origine. *Je crois que des cas semblables doivent exister ; reste à savoir si des recherches dirigées en ce sens dans l'avenir, viendront me donner raison.* »

Eh bien ! ce sont des cas de ce genre que nous apportons ici pour essayer de combler ce désidératum.

II

Non, la coïncidence du tabes et du diabète n'est point un pur effet du hasard, une coïncidence tout à fait fortuite. Il faut certainement y voir l'intervention des liens de parenté qui unissent les deux familles arthritique et névropathique, dont le diabète et le

tabes sont les enfants légitimes. Du reste, les observations ne manquent pas pour démontrer jusqu'à l'évidence la parenté qui relie le diabète aux névropathies et le tabes à l'arthritisme. C'est là un point sur lequel insiste depuis de longues années notre maître, M. Charcot, et d'autres auteurs parmi lesquels nous citerons MM. Axenfeld et Huchard.

Les rapports étroits du diabète avec l'aliénation mentale, l'épilepsie, l'hystérie, le goitre exophthalmique ont été signalés par de nombreux auteurs qui les ont étudiés soit dans les divers membres d'une même famille, soit chez un même individu.

Quant aux relations du diabète avec les vésanies et l'épilepsie, elles ont été indiquées par Seegen, Zimmer, Langiewicz, Schmidtz, Westphal, Griesinger, Lockart-Clarke, Durand-Fardel, Monneret et Fleury, Savage, de los Santos, Leroux, etc., etc... Jordao[1] a vu un père épileptique engendrer un fils épileptique et diabétique. Marchal (de Calvi)[2] a vu le fils d'un père diabétique présenter un tremblement des mains, entre autres accidents nerveux. Il a vu chez les descendants des diabétiques des attaques de nerfs, des frayeurs maniaques, etc... Niepce signale de même un état morbide nerveux chez le fils d'un diabétique. Zimmer rapporte le cas d'un jeune diabétique dont le père était névropathe ; une de ses sœurs et son grand oncle étaient morts du diabète sucré. Seegen a observé que chez les ascendants de diabé-

[1] Jordao. — *Considér. sur un cas de diabète sucré.* Th. de Paris, 1857. — *Estudos sobre à diabete*, Lisboa, 1864.

[2] Marchal (de Calvi). — *Recherches sur les accidents inflammatoires et gangréneux des diabétiques*. Paris, 1864.

tiques un assez grand nombre étaient morts d'affections cérébrales, d'autres d'aliénation mentale. Il relève dans l'hérédité d'un jeune diabétique de onze ans le tableau suivant :

TABLEAU I

MÈRE
Mélancolie, suicide.

Quatre enfants morts d'affections cérébrales.	Un fils. Mort *aliéné.*	Deux jumeaux. Un *idiot.* Un *diabétique.*

Andral, dans une note lue à l'*Académie des Sciences*, en 1875, cite le cas de deux individus qui, avant de devenir diabétiques, avaient été l'un épileptique, l'autre paraplégique. Cotard [1] rapporte l'observation d'un mélancolique qui devient diabétique. Il était fils de goutteux et neveu d'aliéné. Dans un fait de Grantham [2] on voit l'alternance qui suit :

TABLEAU II

PÈRE
Épilepsie et delirium tremens.

Fille de 9 ans. *Diabète.*	Quatre enfants. Morts d'*épilepsie.*

Les auteurs du *Compendium* ont relevé chez les diabétiques l'aliénation mentale et le suicide. On voit, dit Durand-Fardel [3], apparaître le diabète chez les individus névropathiques, irritables, à affections vives,

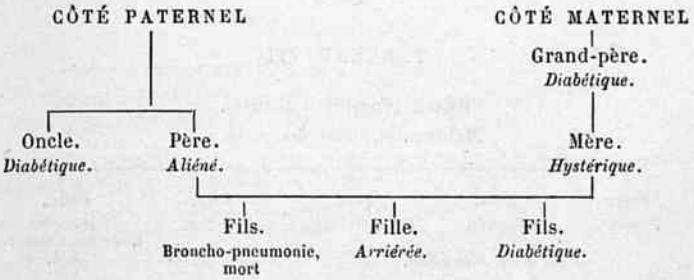
[1] Cotard. — *Aliénation et diabète.* (*Archives générales de médecine*, t. XXIX, 1877.)

[2] Grantham. — *Med. Times and Gaz.*, 1858.

[3] Durand-Fardel. — *Traité pratique des maladies chroniques.* Paris, 1868.

sujets à des névroses et même à des névroses hystériques. Redon, dans sa thèse sur le diabète sucré chez les enfants (1877) rapporte une fort intéressante observation de Legroux. La voici résumée :

TABLEAU III



Voici enfin une série de tableaux que nous devons à l'extrême obligeance de notre maître M. Charcot; ils se passent de commentaires.

TABLEAU IV

GRAND'MÈRE MATERNELLE
Aliénation mentale.
(Trois accès, le dernier suivi de mort.)
Mère.
Nerveuse.
Fils.
Épilepsie typique.
Fille.
Morte de *diabète* à 16 ans.

TABLEAU V

MÈRE
Diabète.
Fille.
Hystérie.

TABLEAU VI

X... 70 ans.

Epilepsie, diabète, paralysie agitante.

Depuis trois ans l'épilepsie
et le diabète ont disparu. La paralysie agitante seule persiste.

TABLEAU VII

PÈRE (Famille israélite).
Mélancolie. (Plusieurs accès.)

Fils.	Fils.	Fils.	Fils.	Fille.
Diabète.	*Goutte.*	*Gravelle urique.*	*Goutte.*	*Diabète,* nodosités d'Heberden.
	Une fille *suicidée.*			

TABLEAU VIII

PÈRE (Famille israélite).
Maladie des voies urinaires.

Fils.	Fils.	Fils.	Fille.
Gravelle, vésanie.	*Diabète.* (mort dans le coma.)	Rien.	Rien (?)
	Petite-fille. *Epilepsie. Diabète.* (morte dans le coma).	Petit-fils. *Diabète* (mort dans le coma). *Gravelle.*	Petit-fils. *Paraplégie.*
			Arrière-petit-fils. *Diabète.*
			Petit-fils. *Paralysie générale.*

TABLEAU IX

PÈRE (Famille israélite).
Diabète et goutte.

Fille.
Aliénation mentale.

Petite-fille.
Asthme, eczéma et paraplégie spasmodique.

TABLEAU X[1]

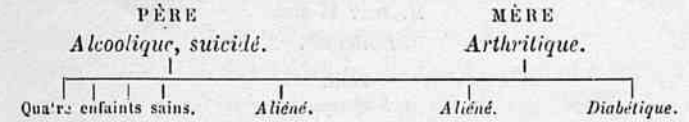
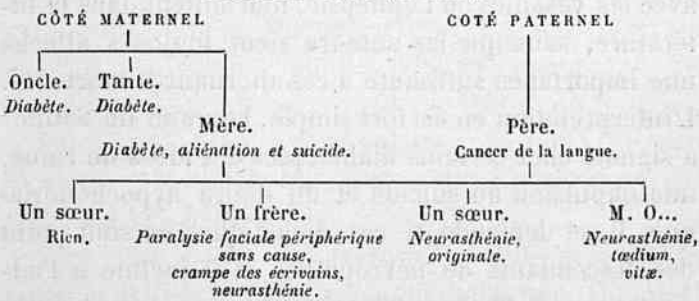


TABLEAU XI

FAMILLE O... (Israélite).



Nous devons à l'obligeance de M. P. Blocq les deux tableaux suivants :

TABLEAU XII

MÈRE (Famille israélite).
Hypochondriaque.

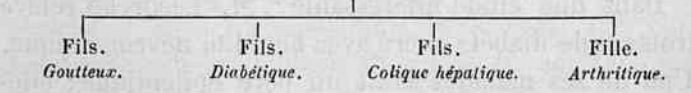
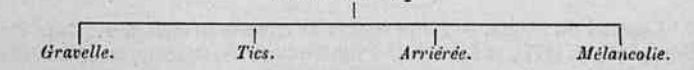


TABLEAU XIII

Mme F... (Famille israélite) a eu 4 filles.
Morte diabétique.



[1] Ce tableau est celui du malade qui fait le sujet de la leçon déjà citée de M. Charcot sur la paraplégie diabétique.

TABLEAU XIV

M. D... 17 ans.
Epilepsie.
|
Père.
Diabétique.

Les exemples de cette hérédité de transformation dans une même famille, de ces associations du diabète avec les vésanies ou l'épilepsie, fourmillent dans la littérature, sans que les auteurs aient toujours attaché une importance suffisante à ces alternances morbides. L'interprétation en est fort simple. Legrand du Saulle [1] a signalé chez certains diabétiques des idées de ruine, une impulsion au suicide et du délire hypochondriaque. Il se demande si ces diabétiques ne sont point des descendants de névropathes et il incline à l'admettre sans l'affirmer catégoriquement: si le traitement approprié produit une amélioration portant à la fois sur l'état physique et sur l'état mental, il faut, pense-t-il, admettre une relation causale entre les deux ordres de troubles. Dans le cas contraire, il s'agirait de coexistence d'affections indépendantes.

Dans une étude intéressante [2], M. Lecorché relève trois cas de diabète sucré avec hérédité névropathique. Une de ses malades avait un père épileptique; elle-même avait été atteinte d'épilepsie dans son enfance. Une autre était tante de deux aliénés; elle avait été elle-même frappée d'aliénation mentale quelques

[1] Legrand du Saulle. — *L'état mental de certains diabétiques.* (*Gaz. des Hôp.*, 1877, p. 1177), et *Les troubles intellectuels des diabétiques.* (*Gaz. des Hôp.*, 1884.)

[2] Lecorché. — *Troubles nerveux dans le diabète chez la femme.* (*Archiv. de neurol.*, 1885, t. X, p. 395.)

années avant l'apparition de son diabète et l'on avait été obligé de l'enfermer dans une maison de santé. La troisième enfin avait un père aliéné. « La fréquence, dit-il, des troubles intellectuels et cérébraux trouve son explication dans les *antécédents héréditaires, nerveux, qu'on relève habituellement chez les diabétiques.* »

Il nous semble inutile d'insister davantage sur les rapports qui unissent le diabète aux vésanies et à l'épilepsie, sur la fréquence chez un seul individu et dans une même famille des successions et des transformations morbides que nous venons de signaler, et qui ne sont point livrées au hasard, mais relèvent de la parenté étroite qui existe entre les membres des deux familles arthritique et névropathique.

Pareils rapports de parenté doivent être établis entre le diabète et le goitre exophthalmique (Dumontpallier [1], Panas [2], Pavy, etc.), sans oublier que la glycosurie peut être symptomatique de la maladie de Basedow (Ballet), entre le diabète et la paralysie agitante (Topinard), entre le diabète et l'hystérie « dont, dit M. Bouchard, on constate fréquemment l'existence chez les ascendants des diabétiques [3] ». Ce n'est pas seulement chez les ascendants, c'est aussi bien chez leurs descendants (tableau V), qu'on la constate fréquemment. C'est encore chez un même individu qu'on trouve la coexistence de l'hystérie et du diabète, ainsi que l'a démontré M. Grenier [4]. Nous pouvons du

[1] Dumontpallier. — *Goitre exophthalmique et glycosurie.* (Soc. de Biol., 1867.)

[2] Panas. — *Archiv. d'ophthalm.*, 1881.

[3] Bouchard. — *Maladies par ralentissement de la nutrition.* Paris, 1882, p. 182.

[4] Grenier. — *Diabète et hystérie.* (*Archiv. génér. de méd.*, 1888.)

reste fournir ici un exemple de cette association ; la malade qui en est l'objet a été observée par M. le professeur Charcot, tout récemment.

OBSERVATION I (personnelle).

Mme B..., quarante ans, nie formellement toute hérédité autre qu'un *père migraineux*. Dès avant vingt ans, elle a eu des migraines, puis des névralgies de la face qui ont été traitées par la morphine. Dès l'âge de dix à douze ans, elle était énorme et elle est encore assez obèse.

Depuis quatre à cinq ans, elle boit beaucoup, urine de même et est obligée de se lever plusieurs fois la nuit pour uriner.

Il y a deux ans (8 février 1889), elle eut une attaque qu'on qualifia, dit-elle, de congestion cérébrale, suivie de parésie passagère du bras et de la langue pendant laquelle on s'aperçut du diabète. Elle pissait alors 300 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. La congestion guérit en un jour et, sous l'influence du régime, le diabète s'améliora (153 grammes par jour).

Un mois plus tard, début des attaques d'hystérie précédées de prodromes céphaliques, caractérisées par des grincements de dents sans grands inconvénients, le tout durant de trois à six minutes. Ces attaques étaient quotidiennes. Plus tard, elles se sont accentuées et aujourd'hui elle grince des dents, se débat beaucoup, fait l'arc de cercle, déchire ses vêtements, etc. L'attaque dure un quart d'heure environ et se termine par une crise de larmes.

État actuel (11 mars 1891). — Mme B... est mariée depuis dix-huit ans, n'a pas d'enfants. On ne trouve ni anesthésie cutanée, ni perte du réflexe pharyngé, ni rétrécissement du champ visuel, ni dyschromatopsie, ni polyopie monoculaire, ni micromégalopsie. Pas de zones hystérogènes vraies, mais il existe deux points douloureux à la pression dans les deux fosses iliaques, sans caractère hystérogène véritable. L'odorat est très diminué du côté droit et le goût à peu près perdu du même côté. Les réflexes rotuliens sont absents. Les urines ont été examinées très régulièrement; le sucre y a toujours été trouvé avec des oscillations assez notables. Le bulletin d'analyse du 18 février 1891 est ainsi conçu : quantité 3 000 centimètres cubes, densité 1,035, sucre 51 gr. 70 par litre, soit 155 grammes environ par vingt-quatre heures.

Il est un membre de la grande famille névropathique, sur lequel on n'a pas, à notre connaissance, explicitement appelé l'attention et qui nous semble

affecter des rapports de même ordre avec le diabète, c'est le tabes [1]. Pour mettre ces rapports en évidence, il suffit de suivre l'évolution des phénomènes morbides à travers les générations successives dans une famille. On y voit alterner le tabes et le diabète, de telle manière que ces deux affections semblent se rattacher à une cause commune qui leur servirait de lien, cause commune sur la nature de laquelle nous nous expliquerons plus loin. Voici quelques exemples que nous devons encore à M. le professeur Charcot [2] :

TABLEAU XV

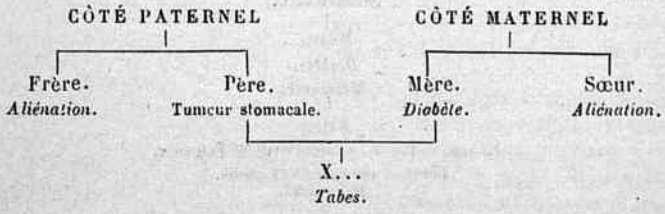


TABLEAU XVI

PÈRE
Tabes.
Th.., fondeur en cuivre, crises gastriques et intestinales, fractures spontanées, etc.
Fils.
Diabète.

[1] Il y a déjà vingt-cinq ans, M. Charcot mentionnait les rapports du tabes avec le rhumatisme chronique, père du diabète, en ces termes. « J'ai vu, dit-il, plusieurs cas d'ataxie locomotrice coïncider avec l'arthrite sèche et les nodosités des jointures. » (***Maladies des vieillards***. Œuvres complètes, t. VII, p. 228.)

[2] Que notre maître nous permette de le remercier ici, pour ses conseils et pour les nombreux documents qu'il a si généreusement mis à notre disposition.

TABLEAU XVII

M. A.
Aventureux, guerrier.

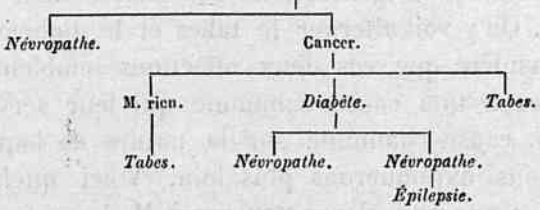


TABLEAU XVIII

GRAND'MÈRE
Diabète.
Mélancolie.

Mère.
Diabète.
Mélancolie.

Fils.
32 ans, vu par M. Charcot avec M Fournier.
Tabes. 8 ans après la syphilis.
Mélancolie.

TABLEAU XIX

PÈRE
Diabète.

Fils.
Tabes, peu d'années après la syphilis.

L'un de nous a eu l'occasion d'observer divers membres d'une famille dont on peut résumer ainsi le *pedigree*.

TABLEAU XX

PÈRE
Diabète (mort dans le coma).



De ces quatre tableaux, nous pouvons rapprocher l'observation suivante que nous avons recueillie à la consultation externe de la Salpêtrière :

OBSERVATION II (personnelle).

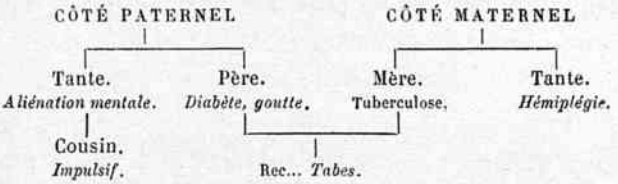
Rec..., trente-cinq ans, voyageur de commerce, a son *père diabétique* et *goutteux*. L'existence du diabète et de la goutte paternels n'est pas douteuse; le sucre a été constaté dans les urines à diverses reprises. Quant à la goutte, elle est classique : elle à débuté par le gros orteil gauche où existe actuellement un tophus; les accidents, qui sont restés longtemps cantonnés à l'orteil, ont gagné depuis quelque temps les articulations des genoux et des coudes, mais sont toujours prédominants au niveau du pied. Une de ses *tantes* du côté paternel a toujours été excentrique; elle est morte *aliénée* dans une maison de santé en avril 1891. Elle a un *fils* qui a toujours eu une conduite fort irrégulière : c'est un *impulsif*. La mère de notre malade est morte du tuberculose pulmonaire. Une tante maternelle est atteinte d'hémiplégie d'origine cérébrale.

Rec... n'a jamais eu la syphilis. En juillet 1889, il a été victime d'un accident de voiture : son cheval s'était emporté, il a voulu sauter à terre et est tombé sur les genoux; après la guérison de la plaie superficielle, il a remarqué aussitôt des engourdissements dans la jambe du côté contusionné et bientôt une certaine gêne dans la marche. Ces engourdissements et cette gêne ont gagné ensuite le membre inférieur droit.

Le malade fait naturellement remonter sa maladie actuelle à cet accident, mais quand on l'interroge de plus près, on s'aperçoit que ce traumatisme n'a pas eu en réalité cette influence, que des symptômes tabétiques existaient déjà et que l'accident n'a influé que sur l'apparition de la deuxième période du tabes. En effet, Rec... raconte que, depuis cinq ans, il souffre de véritables douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et de troubles vésicaux (incontinence d'urine). Au moment où nous l'avons examiné, outre les symptômes précédents, on constatait : la perte des réflexes rotuliens, le signe de Romberg, une sensation de constriction en ceinture et une incoordination motrice typique. Pas de sucre dans les urines.

On peut résumer les antécédents héréditaires de ce malade de la façon suivante :

TABLEAU XXI



On voit par les exemples précédents que le diabète alterne avec le tabes dans les divers membres d'une même famille, absolument comme il alterne avec les vésanies et les névroses. Et cette alternance semble plus fréquente qu'on ne pourrait le croire : elle s'y présente d'une telle manière qu'elle ne peut être expliquée que par des liens de parenté entre ces deux affections. Assurément, lorsqu'il s'agit de faits rares, il est impossible de prouver qu'ils contiennent autre chose que des coïncidences fortuites. Mais, quand ces cas sont nombreux au contraire, la relation n'est pas niable ; ils suffiraient même à prouver l'existence d'une parenté entre le tabes et le diabète, si déjà la parenté de l'arthritisme et de la névropathie n'était point chose certaine.

La raison de ces liens de parenté consiste vraisemblablement dans un trouble de la nutrition, trouble commun aux manifestations arthritiques et aux manifestations nerveuses. « Cette connexion des affections du système nerveux avec la maladie diabétique, dit M. Bouchard,... prouve assurément que le système nerveux a une influence réelle sur le développement de la maladie, mais cette influence est sans doute la même que celle qui prédispose à tant d'autres mala-

dies générales, à tant de troubles permanents de la nutrition. Le système nerveux est, en effet, le grand modérateur des actes nutritifs; et ses désordres héréditaires ou acquis peuvent rendre la nutrition plus active ou plus lente... Si les métamorphoses de la matière peuvent être ralenties par un trouble nerveux, elles le sont également par une disposition constitutionnelle, congénitale ou héréditaire, ou par une diathèse acquise... Si ce retard de la nutrition vient à entraver les métamorphoses que le sucre doit subir dans l'organisme, il y aura aussi acheminement vers le diabète et à un certain degré production du diabète [1]. »

Comme dans le diabète, il y a dans le tabes trouble nutritif. Dans ces dernières années, MM. Livon et Alezais [2], au cours de recherches sur les urines tabétiques, étaient frappés de la tendance à l'hyperchlorurie et de la faible quantité d'urée et d'acide phosphorique éliminée dans les vingt-quatre heures.

L'ataxie locomotrice progressive affecte du reste avec d'autres membres de la famille arthritique des rapports du même ordre. MM. Landouzy et Ballet citent six cas de tabes où il n'y avait que l'arthritisme (rhumatisme) comme facteur étiologique. Ce chiffre ne peut être interprété par une simple coïncidence, si on considère que l'hérédité nerveuse est représentée par le chiffre dix-sept et la syphilis par le chiffre quatorze dans la même statistique [3]. Nous avons rappelé plus

[1] Bouchard. — *Loc. cit.*, p. 182.

[2] Livon et Alezain. — *Recherches sur les urines tabétiques.* (*Marseille médical*, 1888, p. 193 et 263.)

[3] Landouzy et Ballet. — *Du rôle de l'hérédité dans la genèse de l'ataxie locomotrice.* (*Prix Civrieux*, 1883, et *Annales méd. psych.*, 1884, p. 29.)

haut que M. Charcot avait vu plusieurs fois coexister le tabes et le rhumatisme chronique.

Le tabes survient souvent chez les diathésiques, surtout chez les rhumatisants (héréditaires ou personnels), (Combal, etc...) « On trouve souvent, dit Grasset, chez les ataxiques un arthritisme héréditaire et personnel qui a préparé le terrain d'abord et qui ensuite, sous l'influence d'excès ou de toute autre hérédité (névropathique), se localise sur l'axe spinal et développe dans les cordons postérieurs les scléroses que, dans d'autres cas, on observe sur d'autres organes. »

Faut-il mentionner ici que Rosenthal est partisan de l'origine rhumatismale du tabes et que M. Belugou, sur trente-deux malades, relève chez dix-sept des antécédents personnels rhumatismaux[1] ? Non pas que nous partagions cette manière de voir, mais il semble légitime de conclure que le tabes affecte des liens de parenté avec le rhumatisme, membre de la famille arthritique.

C'est sans doute en raison de ce fait que M. Lancereaux[2] considère le diabète comme une névrose complexe et que Duckworth[3] regarde la goutte et le diabète comme deux affections du système nerveux. Si l'étude que nous venons de faire ne permet point d'adopter cette manière de voir, elle permet au moins de soutenir que le diabète est rattaché à la névropathie et au tabes par des relations étroites de parenté.

(*A suivre.*)

[1] Belugou. — *Progr. méd.*, 1885.

[2] Lancereaux. — *Traité de l'herpétisme*, 1883, p. 275.

[3] Duckworth. — *A plea for the neurotic theory of gout.* (*Brain*, II, 1880, t. III, p. 1.)

CLINIQUE MENTALE

DES IDÉES DE GRANDEUR CHEZ LES PERSÉCUTÉS;

Par M. le Dr J. CHRISTIAN,
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

On n'a pas oublié la longue et retentissante discussion qui a rempli un grand nombre de séances de la Société médico-psychologique (1887-88), et dans laquelle on a cherché à établir la genèse, la nature, la valeur séméiologique du *Délire de persécution*.

Les problèmes soulevés n'ont pas pu être tous tranchés; plus d'un attend encore sa solution définitive que, seule, la clinique pourra donner. « C'est à la statistique, disait Briand, de trancher la question; que chacun de nous apporte des observations et nous arriverons à catégoriser, avec exactitude, les cas où la transformation est l'exception, et ceux, à mon sens beaucoup plus fréquents, où elle est la règle [1]. »

Je m'étais bien promis de reprendre cette étude, me disant que si des recherches plus complètes ne me fournissaient pas d'arguments nouveaux, du moins elles me permettraient d'abjurer mes erreurs et d'en faire amende honorable. Ai-je besoin de dire que je n'y mets aucun parti pris? Que je ne poursuis aucune vue doctrinale, que je me suis défendu de toute idée préconçue? Je me suis systématiquement borné à reproduire les observations des malades existant dans mon service au moment où j'écris; ce sont des persécutés de tout âge et de toute condition. Il s'agit de savoir en quoi ils se ressemblent et par quoi ils diffèrent les uns des autres.

I. — L'historique du délire de persécution se trouve au complet dans l'article *Persécution* (*délire de*) du *Dictionnaire*

[1] *Ann. méd. psychol.*, 1887, VI, p. 302.

de Dechambre, par le Dr A. Ritti. Aussi ne reviendrai-je que sur quelques points.

Le mot *Délire de persécution* est de Lasègue qui l'inventa en 1852; la première description est de lui et date de cette époque. Mais si le mot est récent, la chose est ancienne, car, de toute éternité, il y a eu des *persécutés*. On peut lire dans Pinel et Esquirol, pour ne citer que ces deux maîtres, des descriptions magistrales de cette forme d'aliénation, mais sous d'autres noms. Ils la confondaient avec la *lypémanie* ou la *monomanie*. Cette opinion a régné longtemps après Esquirol, et, chose à noter, Morel n'a jamais pensé autrement.

Oui, si étonnant que cela puisse paraître à ses disciples, Morel considérait le *délire de persécution* comme une variété de la *lypémanie*. Il le dit, non seulement dans ses *Etudes cliniques*, publiées en 1852, dans lesquelles la *manie*, la *lypémanie* et la *démence*, sont données par lui comme les trois types fondamentaux de la folie (I, p. 306); mais encore dans son *Traité des maladies mentales*, qui parut en 1860. C'est là qu'il signale (p. 266) « les tendances mélancoliques qui contiennent en germe le délire de persécution »; — et qu'il dit textuellement (p. 712) : « Je pense, pour ma part, que, si l'état désigné sous le nom de *lypémanie*, et dont le *délire de persécution est une variété*, se complique de stupeur et de semi-catalepsie, etc.[1]. » Il est vrai que, déjà en 1852, Morel avait rangé les *persécutés* (Lasègue venait de leur donner ce nom) dans les formes *mixtes* (dérivées de la manie, lypémanie ou démence), et il les avait fait rentrer dans sa grande classe des hypochondries : les persécutés en formaient la deuxième catégorie[2].

En 1860, il formula son idée plus nettement : le *délire de*

[1] Dans son article *sur les persécutés génitaux à idées de grandeur*, paru en mai 1890 dans les *Ann. méd. psychol.*, M. Doutrebente raille agréablement M. Dagonet père et son élève M. Christian, qui n'admettent encore que la lypémanie avec prédominance d'idées de persécution (p. 375). M. Doutrebente aurait été moins sévère s'il avait pris la peine de relire son maître Morel. J'avoue, sans honte aucune, qu'en 1876, dans mon *Étude sur la mélancolie*, j'appelle le *Délire de Persécution* « cette forme de lypémanie ». Mes idées se sont modifiées depuis. J'ajouterai qu'en 1878, un autre de mes contradicteurs, M. Marandon de Montyel, décrivait le *Délire de Persécution* sous le nom de *Lypémanie ambitieuse*. On peut lire ses observations dans les *Ann. méd. psychol.*, 1878, XX, p. 117, et, dans le même volume, p. 208.

[2] *Études cliniques*, II, *passim*; p. 112; obs., 7, 8, 10, etc.

persécution n'est plus qu'un dérivé du *délire hypochondriaque*. Mais comme il multiplie les réserves! « Je pourrais, dit-il, citer des exemples à l'infini, où l'élément hypochondriaque a persisté dans la phase de transformation de cette névrose, et n'a pas été masqué complètement par un délire de seconde formation. » (*Traité*, p. 710.)

Et il ajoute : « La transition au délire de persécution s'opère bien plus fréquemment chez les individus dont l'hypochondrie est *larvée*, et qui ont le tempérament propre aux individus qui souffrent de cette névrose. » (*Ibid.*)

Ce qui signifie, je pense, chez les individus qui sont aussi peu hypochondriaques que possible, ou même qui ne le sont pas du tout. Ayant ainsi fait dériver le délire de persécution du délire hypochondriaque, Morel a également signalé, et il a été le premier, l'apparition des idées de grandeur chez les persécutés. Ici encore, combien sa doctrine est vague, flottante, incertaine! « Lorsque la maladie, dit-il, tend vers une terminaison fatale, il surviendra une transformation non moins extraordinaire dans les idées et les sentiments du *délirant par persécution*, et qui formera une troisième variété, ou, si l'on préfère, une *sous-variété* dans cette forme d'aliénation. Les malades se croient maintenant, sous l'influence de nouvelles modifications organiques, appelés à de grandes destinées, et à jouer un rôle qui n'est le plus ordinairement en rapport, ni avec leur éducation, ni avec les moyens intellectuels qu'ils possèdent réellement. » (*Traité*, p. 267.)

Cette transition n'est pas fatale; elle n'arrive que lorsque la maladie tend à devenir incurable. Le délire des grandeurs n'est (pour Morel) qu'une des trois formes vers lesquelles peut évoluer le délire de persécution, et qui sont : 1° la stupeur (stupidité); 2° le délire de persécution avec complication d'un état spasmodique et convulsif (*aliénés gémisseurs*); 3° le délire des grandeurs.

Ces trois classes pourraient s'appeler *lypémanie stupide*, *lypémanie anxieuse*, et, pour parler comme M. Marandon de Montyel, *lypémanie ambitieuse*.

En résumé, Morel a montré que le délire de persécution ne survient pas d'emblée, qu'il succède à une période d'incubation plus ou moins longue (qu'à mon sens il a eu le tort de confondre avec l'*hypochondrie*); il a été également le premier à signaler la transformation possible du délire de persécution

en délire des grandeurs. Mais il n'a jamais songé à séparer le délire de persécution de la lypémanie, et de cela je ne crois pas qu'il faille lui faire un reproche. Il ne pouvait manquer de subir l'influence des idées de son temps, et, d'un autre côté, si l'on range sous le titre générique de *lypémanie* les *délires tristes*, on est obligé de reconnaître que le délire de persécution n'y est pas absolument déplacé, car il repose également, au moins dans le plus grand nombre des cas, sur un fond de tristesse.

Magnan[1], dans ses leçons et ses écrits, comme aussi dans les publications de ses élèves Gérente, Paul Garnier, Sérieux, etc., a formulé une théorie autrement nette et précise. Le délire de persécution n'est plus une affection distincte ; il n'est que la seconde période, la seconde étape d'une maladie mentale à évolution continue appelée *délire chronique* ou *psychose systématisée progressive* (Paul Garnier).

Après une première période d'incubation, d'*inquiétude*, pendant laquelle le malade est troublé, tourmenté, le délire se systématise : c'est alors le *délire de persécution*, auquel, après un temps plus ou moins long, succède le *délire ambitieux*. La *démence* constitue la quatrième période ou phase terminale.

Or, quels sont les points sur lesquels a porté la discussion ? C'est, à mon sens du moins, sur ce que cette théorie a de trop absolu, bien plus que sur le fond lui-même. Les persécutés que j'ai connus ne pourraient pas tous rentrer dans ce cadre si régulier. Il ne m'a pas paru démontré que le délire de persécution aboutisse forcément, fatalement, au délire ambitieux, ni que la démence vienne toujours terminer la maladie.

La conclusion serait qu'il y a non pas *un délire de persécution*, toujours le même, mais plusieurs formes distinctes de ce délire, et il ne s'agirait plus que de les différencier. C'est là l'opinion qui tend à se généraliser. On la trouve formulée dans une récente publication de Sérieux[2]. Séglas était entré dans cette voie : dans ses cliniques de la Salpêtrière, il discute le diagnostic des *délires de persécution systématisés*, dont il décrit plusieurs variétés[3].

[1] *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1891.

[2] Le *Délire chronique*, in *Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, nos 59 et 60.

[3] *Semaine médicale*, 1890, n° 50.

Enfin, dans un travail paru dans les *Ann. méd. psychol.*[1], M. Dagonet va même plus loin. Il s'efforce de montrer que « le délire de persécution n'est pas une espèce particulière d'aliénation mentale, ayant toujours les mêmes symptômes et la même évolution, mais un état qui se manifeste au contraire dans les conditions les plus variables et les plus opposées » (p. 190).

Il est vrai qu'à la fin de son article, il reconnaît cependant que « le délire de persécution constitue, dans *quelques cas*, une forme spéciale d'aliénation mentale ayant ses caractères propres et surtout ses idées nettement systématisées » (p. 366).

II. — On ne peut nier que l'*idée de persécution* se montre dans les formes d'aliénation mentale les plus diverses, l'alcoolisme, la paralysie générale, la démence sénile, etc. Mais en cela, elle ne diffère pas de toutes les autres espèces d'idées délirantes, quelles qu'elles soient, *ambitieuse*, *érotique*, *hypochondriaque*, etc., et même des syndrômes plus complexes, tels que l'*agitation maniaque*, la *dépression mélancolique*, etc. Chacun de ces symptômes ou syndrômes peut exister à l'état accessoire, ne jouer qu'un rôle secondaire, effacé, un rôle de seconde ligne, — et alors il est logique de ne pas le prendre pour caractéristique de la maladie mentale. Mais quand, au contraire, ce symptôme apparaît en première ligne, qu'il domine la scène morbide, que les autres symptômes n'existent qu'accessoirement et d'une façon subordonnée, — ne faut-il pas que ce soit lui qui donne son nom au mal dont nous ignorons la nature intime, que nous ne pouvons apprécier et différencier que d'après ses manifestations extérieures? A côté des aliénés à *idées de grandeur*, à *idées hypochondriaques*, avec *agitation maniaque*, nous avons les aliénés véritablement *mégalomaniaques*, *hypochondriaques*, *maniaques*. De même, et pour les mêmes raisons, à côté des aliénés à *idées de persécution*, nous devons garder une place aux véritables *persécutés*. En le faisant, nous appliquons simplement à l'aliénation mentale les règles universellement employées en pathologie. Il faut reconnaître aussi que la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes imprime à l'aliéné une physionomie spéciale. Le *persécuté* ne ressemble ni au *maniaque*, ni à l'*hypochondriaque*, ni à aucun de nos autres types morbides.

[1] 1890, XII, nos 2 et 3 (sept. et nov.).

Ce n'est pas l'hallucination de l'ouïe qui constitue le phénomène pathognomonique du délire de persécution; chez beaucoup de persécutés elle n'existe pas, notamment chez les *persécutés persécuteurs*. Ce ne sont pas davantage les hallucinations de la sensibilité générale, quoiqu'elles manquent plus rarement que celles de l'ouïe. Ce qui me paraît tout à fait spécial au persécuté, ce que l'on ne rencontre chez aucun autre aliéné, c'est sa manière de réagir vis-à-vis le monde extérieur; elle suppose nécessairement un trouble profond, radical, de la sensibilité générale ou *cœnesthésie*.

Quand on examine le mélancolique, on trouve chez lui l'exagération maladive de la tristesse, à laquelle tout individu est sujet par intervalles, mais qui se dissipe plus ou moins rapidement, sans laisser de traces. Cette tristesse, devenue continue, dominant toute l'activité psychique, fait que sans cesse le malade se replie douloureusement sur lui-même, interprétant de la manière la plus fâcheuse tout ce qu'il ressent, tout ce qu'il voit, tout ce qu'il entend. Si le délire s'ajoute à cet état douloureux de la sensibilité, c'est-à-dire s'il y a lypémanie proprement dite, le fond reste le même, c'est toujours en lui que le malade cherche et trouve les motifs de ses souffrances[1]. « Il est coupable de tous les crimes, il est perdu, ruiné, déshonoré; il est un objet de mépris et de dégoût, il est affligé des maux les plus repoussants, etc. »; le lypémaniaque ne sort pas de ce thème.

Il semblerait qu'il doive en être de même chez le *persécuté*. Constamment en butte à des influences extérieures délétères, ayant à supporter, du fait de ces influences, les tortures les plus variées, le persécuté devrait, — comme il arriverait à l'état normal, — rattacher à l'idée de cause extérieure nocive, celle d'une altération interne consécutive dans ses organes. Tout au contraire! « Le mélancolique, dit Sérieux, est un coupable, le persécuté une victime; l'un subit avec résignation ou réclame même instamment le châtiment qu'il a mérité; l'autre se révolte contre d'odieuses persécutions. L'un ne pense qu'à en finir avec l'existence; l'autre, le plus habituellement, défend énergiquement sa vie[2]. »

Aussi n'ai-je jamais vu de persécuté qui ne proteste que sa

[1] J'ai longuement insisté sur ce point dans mon *Étude sur la mélancolie*, Paris, 1876.

[2] *Loc. cit.*, n° 60, p. 19.

santé serait parfaite, ses organes intacts, pourvu qu'on n'agît pas sur eux. S'il tousse, ce n'est pas parce qu'il est enrhumé, c'est parce qu'on lui fait respirer des poudres irritantes; s'il a de la dyspnée, c'est parce qu'on lui introduit des *asphyxiants* dans les poumons. La digestion est-elle laborieuse, c'est que dans ses aliments on lui avait mis des drogues malfaisantes, et ainsi de suite, j'en pourrais citer des exemples à l'infini. Je me bornerai au suivant :

W..., notre pensionnaire depuis dix ans, est arrivé à l'âge où l'on devient presbyte; il ne peut plus lire sans lunettes. Loin d'attribuer ce fait, si simple, aux progrès de l'âge, il m'écrit longuement pour me signaler cette nouvelle manœuvre de ses ennemis : « quand je vais quelquefois lire à la salle de lecture, *on me supprime la vue*. Les deux tiers des pensionnaires fréquentant la salle de lecture, lisent et écrivent sans lorgnons. Je me suis fait envoyer un lorgnon de conserve. Pendant les premiers jours que je m'en servais, je lisais parfaitement. Les *gens qui me dirigent la vue* sont trop malicieux pour qu'on ne me les remplace pas. Ces gens vous engendrent le plus profond dégoût pour la lecture... »

C'est cette *extériorisation* si complète, si absolue, qui me paraît être la caractéristique du délire de persécution; elle existe chez tous les persécutés et imprime à leur délire son cachet si particulier. C'est elle qui établit entre le délire de persécution et la lypémanie une différence radicale, qui en fait bien réellement deux formes mentales distinctes, pouvant se combiner l'une avec l'autre, mais qu'il n'est pas permis de confondre ensemble.

Mais, de même qu'il y a des variétés nombreuses dans la lypémanie, de même il en existe dans le délire de persécution. Cotard en admettait jusqu'à sept[1]. Séglas est arrivé au même chiffre, en s'appuyant sur des considérations d'un autre ordre. Il sera toujours facile de multiplier le nombre de ces variétés : à la rigueur, il n'est pas deux persécutés qui se ressemblent absolument. Je ne vois pas grand profit à multiplier les subdivisions; on peut s'en tenir à quelques groupes dans lesquels rentreront aisément toutes les individualités qui passent sous nos yeux. Je me garderai bien de proposer une classification quelconque : je veux me borner, dans cette étude, à rechercher les rapports des *idées de grandeur* avec les *idées de persécution*.

[1] Art. *Folie*, du *Diction.* de Dechambre.

III. — C'est assurément l'une des particularités les plus curieuses du délire de persécution que son association avec le délire ambitieux. Morel voyait dans l'apparition des idées de grandeur un signe d'incurabilité. Magnan professe que le délire ambitieux arrive fatalement comme troisième période du délire chronique. Il me paraît important d'étudier avant tout ce délire ambitieux en lui-même, car il a sa physionomie propre, qui le distingue absolument de celui que l'on rencontre chez d'autres aliénés, tels que les paralytiques généraux, les imbéciles, etc.

Le roman pathologique des persécutés devenus mégalomanes roule à peu près exclusivement sur un thème unique. Le malade affirme qu'il appartient, non pas à la famille dont il porte le nom, mais à une race illustre, princière, royale. Pour des raisons d'intérêt ou des motifs politiques, on a voulu se débarrasser de lui, et l'on n'a pas trouvé de meilleur moyen que de le changer en nourrice, ou de le remettre tout enfant entre les mains de gens de peu, chargés de l'élever et de lui cacher le secret de sa naissance. Je ne suis pas assez vieux pour avoir connu des Dauphins fils de Louis XVI, échappés du Temple et élevés dans le mystère et l'obscurité. Mais combien ai-je rencontré de fils de Napoléon et de Marie-Louise, du duc de Berry, ou plus tard du duc d'Orléans, de Napoléon III, du comte de Chambord!

L'un, menuisier dans une petite ville de la Bourgogne, ne sachant pas un mot d'allemand, part à pied et sans argent, et arrive sans encombre à Vienne, où il voulait se faire reconnaître par l'Empereur d'Autriche comme étant le véritable duc de Reichstœdt. La police l'arrêta au moment où il se présentait au palais impérial, et le fit rapatrier.

Un autre, vieux bonhomme de plus de soixante ans, ouvrier serrurier, me racontait avec une conviction absolue qu'il était né au Louvre, fils de Marie-Louise, et qu'on l'avait fait disparaître lors de l'entrée des alliés en 1814.

Il est à remarquer que ces malades, quand ils débitent leur histoire, ne donnent en général pas d'entorse trop forte à la vérité : leur roman se tient assez bien. Généralement, les fils de Marie-Louise ont été enlevés sur la route de Blois, pendant la fuite de leur mère; les fils de la duchesse de Berry ont disparu après l'assassinat du duc, et ainsi dans chaque cas.

Mais quand, après avoir écouté leur récit, on demande à ces

rejetons d'illustre famille comment, à quelle époque, de quelle façon, ils ont eu la révélation du mystère de leur naissance, on n'obtient plus qu'une simple affirmation : « Je sais que cela est; — tout le monde le sait; — vous le savez aussi bien que moi. »

Bien rarement, malgré tous mes efforts, j'ai obtenu une réponse satisfaisante. Cependant, un fils du comte de Chambord, à Charenton depuis 1872, a fini par m'avouer qu'il n'avait appris qu'en 1878 qu'il s'appelait « Henri de Bourbon ». Mais il n'a pas pu ou n'a pas voulu me dire comment il avait fait cette découverte.

On doit se demander par quel mécanisme l'idée ambitieuse vient s'ajouter à celle de persécution?

Une théorie séduisante, défendue surtout par Ach. Foville, et généralement acceptée après lui, fait dériver, par raisonnement syllogistique, le délire des grandeurs du délire de persécutions. Le malade, après avoir longtemps souffert sans se plaindre, et même sans se demander pourquoi, se poserait enfin cette question : « Pourquoi m'en veut-on? Pourquoi police, jésuites, francs-maçons, se sont-ils mis à mes trousses et ne me laissent-ils ni trêve ni repos? » De déduction en déduction arriverait l'idée « qu'on le craint, — qu'il n'est donc pas le premier venu, — que, sans doute, de grands intérêts se rattachent à sa personne..... », et finalement qu'il est prince, héritier du trône, etc...

C'est là une théorie inspirée des doctrines de l'école psychologique : je ne pense pas que les choses se passent ainsi en réalité. Plus je vois d'aliénés, plus je demeure convaincu qu'ils ne fabriquent pas leur délire; ils ne font que le subir passivement[1]. Ils ne le raisonnent ni ne le discutent; aucune invraisemblance ne les arrête. Ils les acceptent toutes et les affirment. Aussi, je ne crois pas que le délire ambitieux s'installe peu à peu, progressivement. L'idée ambitieuse surgit d'emblée, elle s'établit tout d'une pièce et sans intermédiaire, à l'occasion d'un rêve, d'une hallucination, d'une association d'idées, peut-être même à la suite d'une idée fortuitement éclose, par cérébration inconsciente. Ne nous arrive-t-il pas à tout moment, en pleine santé, d'être assaillis par une idée quelconque, sans lien apparent avec nos préoccupations actuelles, idée qui s'im-

[1] J'ai développé ces idées dans la discussion qui a eu lieu à la Société médico-psychologique. Voir *Ann.*, sept. 1887, p. 292.

pose à nous et malgré nous d'une façon obsédante? Pourquoi n'en serait-il pas de même chez l'aliéné?

Ce que nous observons chez d'autres malades rend cette supposition vraisemblable. J'ai dans mon service un vieillard d'une soixantaine d'années, ancien négociant en vins, atteint de démence apoplectique, et presque continuellement agité. Depuis son entrée, c'est-à-dire depuis plus de six mois, le malade avait des idées ambitieuses, mais qui ne s'écartaient pas du cadre professionnel : « Il était le premier négociant en vins de France, il avait acheté tous les vins de l'Espagne, il allait planter des vignes sur toutes les montagnes, gagner des millions, etc. » Un matin, à la visite, il me dit brusquement : « Je suis l'Empereur; il me faut maintenant une grande bouteille de vin à chaque repas. » Cette idée d'empereur a persisté depuis cette époque, mais qu'est-ce qui l'a provoquée?

Au surplus, de quelque façon que l'on veuille expliquer l'apparition des idées de grandeur[1], il reste ce fait clinique, que beaucoup de persécutés, à un moment donné, deviennent — et restent — mégalomaniaques. Mais, dans cette évolution nouvelle, les idées de persécution ne disparaissent pas. Elles persistent, au contraire, bien nettes, quoique reléguées au second plan. Aussi bien ce n'est pas une transformation du délire qui se produit, mais seulement une complication. Aux idées de persécution s'ajoutent les idées de grandeur, qui passent au premier plan; mais les deux délires restent en quelque sorte juxtaposés et continuent à se manifester par leurs caractères propres.

Chez tous les persécutés, quels qu'ils soient, le fond délirant reste le même : les variétés ne sauraient être établies que d'après la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes. Si l'on n'envisage que les idées de grandeur, on peut voir, d'après les observations que je vais rapporter, que :

a). Tantôt elles deviennent prédominantes, constituant une véritable mégalomanie (délire chronique de Magnan);

b). Tantôt elles n'apparaissent que d'une façon incidente, accessoire;

c). Chez beaucoup de malades elles se montrent, non pas sous la forme concrète d'un délire mégalomaniaque, mais sous une forme vague d'orgueil, d'infatuation, de haute idée de soi-même;

[1] Magnan, *loc. cit.*, p. 266 et suivantes.

d). Enfin, beaucoup de persécutés n'ont pas d'idées de grandeur, et ne paraissent pas susceptibles d'en avoir jamais.

a). — Mégalomanie (délire chronique)

Observation I. — Marius O..., né en 1846, employé de commerce, est arrêté sur la voie publique et placé à Sainte-Anne, puis à Vaucluse, en 1883. Trois ans après il est transféré à Charenton. C'est un homme de taille moyenne, bien constitué, maigre, très brun. Pas de renseignements ni sur la famille ni sur les antécédents du malade. L'intelligence est atteinte depuis plusieurs années; après une période de persécution, la maladie a rapidement évolué vers le délire ambitieux. O... s'intitule *comte de Montijo*, il est proche parent de l'impératrice Eugénie. Investi d'une haute mission de contrôle sur les gouvernements de l'Europe, il ne comprend pas pourquoi on le tient renfermé. Cette séquestration est d'autant plus inique, qu'il doit se marier avec une jeune fille de haut rang, que l'impératrice lui amène toutes les nuits à Charenton. Mais nous les empêchons d'arriver jusqu'à lui : il entend leurs voix et leurs plaintes dans la chambre contiguë à la sienne. De là des insomnies, de l'agitation, et, le matin, des protestations indignées qui se traduisent sous forme de lettres adressées aux souverains, au Pape, aux ministres, au préfet de police, au président de la République.

O... ne cesse de se plaindre des misères qu'on lui fait; il ne s'explique pas que M. Carnot tolère les traitements qu'on lui inflige; c'est sans doute une période d'épreuve qu'il doit traverser, mais il trouve qu'elle dure trop longtemps.

Observation II. — R..., médecin militaire, né en 1844. Ses parents sont morts jeunes; il n'a qu'une sœur, qui est religieuse, et qui, au dire de sa supérieure, « a la tête faible ». Au moment de la guerre de 1870, R... était aide-major. Il eut à supporter les fatigues et les privations des deux sièges de Paris; en juin 1871, fièvre typhoïde grave qui le retient plus d'un mois à l'hôpital. C'est dans la convalescence de cette maladie que paraissent s'être montrés les premiers symptômes de dérangement mental. Il devient sombre, taciturne, s'isole de ses camarades, croit qu'on le regarde de travers, qu'on chuchote sur son passage; il surprend des rires moqueurs, des paroles à double sens. Les aliments qu'on lui sert à la pension ont mauvais goût; le vin a une couleur singulière qui n'est pas naturelle. Il est sûr qu'on a voulu l'empoisonner, et il se drogue pour neutraliser les effets du poison. Peu à peu il devient agressif; il interpelle, il menace les officiers de son régiment; il les provoque en duel, ne sort plus qu'armé, et annonce qu'il fera un

exemple. C'est alors (1873) qu'il fut conduit au Val-de-Grâce, et transféré à Charenton.

Dans les premiers temps de son séjour il était très excité, se croyait entouré de communards venus pour lui faire un mauvais parti. Peu à peu il se calma, et en 1879, je le trouvai en pleine efflorescence de délire ambitieux. Descendant des princes de Linange, possesseur d'immenses domaines en Alsace et dans le duché de Bade, il est ici au milieu de personnages du plus haut rang. Il nous donne à tous les titres les plus pompeux, et de temps en temps, quand il trouve que nous avons manqué à nos devoirs, il nous punit, nous destitue, nous condamne à des peines variées. Quand il écrit à sa vieille tante, qui l'a élevé, modeste paysanne d'un village alsacien, il multiplie les formules de respect d'après l'étiquette de cour la plus cérémonieuse; il lui recommande d'entretenir avec soin ses châteaux, ses propriétés, surtout les tombes de ses ancêtres.

Ce délire ambitieux est tout à fait épanoui dans une lettre qu'il écrit à un de ses cousins (mai 1880). Il l'appelle « cher Duc » (c'est un modeste employé de chemin de fer), et lui annonce qu'il veut passer six mois à Ruffec. « J'ai écrit, ajoute-t-il, à ce sujet à son A. le duc de Montpensier, et à mon cousin le prince Riczinsky (?) et de plus, tout d'abord, à M. le maréchal. Tous ces devoirs remplis, rien ne doit s'opposer à ce que j'obtienne de M. le président du Sénat un congé de six mois. »

Cette première partie de la lettre est assez courte; mais elle se termine par un long post-scriptum dans lequel R..., se plaint vivement que le duc d'Aumale fasse bon marché de ses œuvres littéraires. « J'ouvre, dit-il, la *Revue des Deux-Mondes* du 15 avril, et j'en trouve qui sont dépareillées, falsifiées, signées de noms connus que je ne puis revendiquer comme pseudonymes. L'article concernant M. Thiers est presque tout entier de moi, et il est signé Ch. de Mazade. Le fond de la *Princesse Verte* m'appartient en grande partie. Les *Remords du docteur* m'appartient encore; c'est l'histoire de ma liaison avec Mmes Adelina et Carlotta Pat... ; — il en est de même du *Tarif des chemins de fer*, deux discours que j'ai prononcés à la chambre. » — Et cela continue ainsi: tout le volume est de lui.

Ce malade est, comme le précédent, un bel exemple de délire chronique ; les trois premières périodes ont été très nettes. Depuis assez longtemps déjà, R... a cessé d'être expansif : soit lassitude, soit mépris pour son entourage, il ne communique plus ses idées. Mais ses facultés intellectuelles n'ont pas baissé : il n'a pas perdu la mémoire; il s'occupe du service de la bibliothèque avec une ponctualité et un ordre admirables,

et de tous les titres qu'il se donnait autrefois, il n'en a gardé qu'un, qu'il ne manque jamais de mettre à la suite de son nom, c'est celui de *sous-bibliothécaire*. Au fond, il n'a abandonné aucune de ses conceptions délirantes.

Observation III. — B..., lieutenant d'infanterie, né en 1851, a été élevé chez les jésuites dont il a été un des élèves les plus brillants. Le père est un ancien employé de ministère, retraité; il a plus de soixante-dix ans, et jouit d'une excellente santé. La mère est morte jeune, de phtisie pulmonaire. Un frère marié est bien portant. Deux oncles (maternels) morts d'alcoolisme.

Après d'excellentes études, B..., reçu bachelier, se préparait à une de nos grandes écoles. En même temps il donnait des répétitions aux enfants de la duchesse de X..., jeune femme de vingt-sept ans, qui se mourait de la poitrine. B... s'éprit d'une folle passion pour la mère de ses élèves, passion mystique, exaltée, dont il ne laissa jamais rien deviner tant que la duchesse vécut. A sa mort, B..., au désespoir, s'engagea. Il arriva assez rapidement à l'épaulette, mais, vers l'âge de vingt-six ans, apparurent les premiers symptômes de maladie mentale.

Au régiment où il était, B... s'aperçut qu'il provoquait chez certains de ses camarades des sentiments de répulsion dont il ne s'expliquait pas la cause. D'abord, il n'y attacha pas grande importance; mais les choses en vinrent au point qu'il dut demander à changer de corps.

Dans son nouveau régiment la situation ne fit qu'empirer. On le regardait de travers. On affectait de s'éloigner de lui, on faisait sur son passage des gestes expressifs qui ne pouvaient lui laisser aucun doute. Il devina que son *haleine était fétide*, ce qui rendait sa société insupportable.

Plus tard, il comprit qu'on l'accusait de mœurs inavouables, d'avoir, suivant son expression, « du goût pour les hommes ». Enfin, on lui attribuait des « infirmités secrètes ».

Cela durait depuis un an, quand apparurent les hallucinations de l'ouïe. Un matin, en entrant dans la cour de la caserne, il entendit distinctement qu'on disait à côté de lui : « Voilà celui qu'on veut assommer. »

A partir de ce moment, il se tint sur ses gardes, et il fit bien, car il ne se passait pas de jour qu'on ne lui fît quelque nouvelle avanie. « On veut l'assommer, disaient-ils, mais on n'y arrive pas. » — « On l'empoisonnera. » — Il ne sortit plus qu'armé d'un revolver, prêt à faire feu sur le premier qui avancerait sur lui. Des indices certains lui démontrèrent enfin que toutes ces manigances étaient le fait du lieutenant X..., de son régiment : il demanda à son colonel l'autorisation de le provoquer en duel. C'est à l'occasion

de ces démarches que la maladie parut évidente, et que B..., après avoir passé par le Val-de-Grâce, fut conduit à Charenton. (Janvier 1881.)

Il n'y fit d'abord qu'un séjour d'un mois, après lequel il put être rendu à sa famille dans un état de calme apparent. Mais à peine hors de l'asile, il fut repris de toute son excitation, et au bout de deux mois, il fallut le réintégrer. B... n'a plus quitté mon service, et j'ai assisté à l'évolution du délire. Aux hallucinations de l'ouïe se sont jointes celles de la sensibilité générale : le malade, couvert de fils électriques et de fluides magnétiques, faisait les gestes les plus bizares pour s'en dépêtrer. Il agitait sans cesse son mouchoir pour chasser les miasmes qu'on lui envoyait. On mettait du mercure dans son pain, de l'arsenic dans son vin... Au bout d'un certain temps, le délire ambitieux devint prédominant. B..., doué d'un physique très avantageux, avait toujours manifesté une haute idée de sa personne et de ses talents; il se montrait recherché dans sa toilette. Il déclamait volontiers, et avec une visible satisfaction de lui-même, des pièces de poésie. Sa démarche était fière, ses manières, vis-à-vis de ses compagnons et du personnel, hautaines et cassantes. Mais c'est surtout dans sa manière d'être vis-à-vis de son père que nous pûmes juger des progrès de l'idée délirante. Il ne voulut plus le recevoir, ne le traita qu'avec un profond mépris, ne parlant de lui que dans les termes les plus grossiers et les plus injurieux : il ne lui est rien, il rougirait d'être le fils d'un aussi vil coquin; — en réalité, il est le fils et l'héritier d'un très grand personnage, il a droit à porter l'un des plus beaux noms de France,— il n'a jamais voulu dire lequel.

Observation IV. — C... a eu pour père un homme exalté, ancien Saint-Simonien, grand conspirateur sous Louis-Philippe, et comme tel enfermé pendant de longues années dans la prison de Doullens, d'où il ne sortit qu'en 1848. Sous l'empire, il continua de conspirer et de faire partie de l'opposition irréconciliable. Il est mort depuis de longues années. La mère est morte à soixante-quatre ans, d'une maladie de cœur.

C..., sorti premier d'une de nos Ecoles des Arts-et-Métiers, s'est fait recevoir à l'Ecole centrale, qu'il a quittée avec le diplôme. C'était donc un homme intelligent, travailleur et persévérant. Il est né en 1844.

Depuis plusieurs années, son caractère était devenu bizarre ; il vivait seul, brouillé avec sa famille, se nourrissant mal, probablement hanté par des craintes d'empoisonnement. Un scandale sur la voie publique le fit arrêter : il était sorti armé d'un revolver, et avait en pleine rue proféré des menaces contre le chef de l'Etat. Il fut amené à Charenton en 1888.

A ce moment il était très surexité : « On m'attaquait, j'ai tout

dit. Quand ma mère est morte, il y a quelques années, j'ai eu des soupçons qu'on l'avait empoisonnée. Moi aussi on a voulu m'empoisonner. Quand j'ai cherché à me marier, on m'a tendu des pièges; mes deux tentatives ont échoué. On m'isole, on me *magnétise* par des excitations qu'on m'envoie au moyen de l'*éther*. On a écrit contre moi dans les journaux, et je suis allé plusieurs fois à l'*Intransigeant* pour réclamer contre un roman qu'il publiait en feuilleton, et qui était dirigé contre moi. J'ai inventé une machine *thermo-dynamique* qui fixe d'une manière précise l'échelle des températures; j'ai trouvé les lois de la *Cosmogonie* et celles du *magnétisme*; on veut me voler tout cela, et c'est pour cela qu'on m'enferme. »

D'abord il ne voulait pas manger, et il fallut le nourrir à la sonde; depuis ce moment il prend régulièrement ses aliments. Le délire n'a pas changé : il est aujourd'hui ce qu'il était il y trois ans : « J'ai trouvé les lois de la thermo-dinamique, et on veut m'empêcher de publier mes découvertes. Aussi on ne cesse pas de me tourmenter. J'entends continuellement une voix, qui est celle de mon frère, ou du moins qui ressemble extraordinairement à celle de mon frère. Elle me dit des choses insensées. Hier, quand j'entrai à la Bibliothèque, j'entends : « *Nature est morte*, » ce qui est sans doute une allusion à mon mariage, et signifie que je suis impuissant. Une autre fois elle me dit : « *Fainéant, t'en veux?* » Je n'ai pas compris. Quand je lis, on suit mes idées et on me les vole... Tout cela se fait par *communication téléphonique*. Il y a longtemps que cela dure. Quand j'étais élève à l'école de..., le principal venait fouiller dans mon pupitre; depuis j'ai compris pourquoi, etc... »

Observation V. — M... est entré à Charenton en 1869; il avait alors vingt-sept ans. Je ne sais rien ni du début de la maladie mentale ni des antécédents personnels. Mais en comparant les écrits du malade depuis son entrée jusqu'à aujourd'hui, j'ai pu juger que le délire ne s'est en rien modifié. Des récriminations contre son père, son beau-frère et d'autres membres de sa famille, voilà pour les idées de persécution. Mais les idées de grandeur dominent : M... porte le nom d'un peintre illustre du XVIIe siècle : il prétend en être le descendant direct. Par sa mère, il serait le petit-fils d'un Anglais qui s'est illustré par des découvertes industrielles. « Des événements extraordinaires ont présidé à sa naissance. » Il signe tous ses écrits de la même façon : « M., révélateur de Dieu, du levier vital, du levier éternel, des mouvements perpétuels à puissances illimitées, gratuites, des moteurs universels, etc., etc., etc. »

Observation VI. — H... est d'une famille où il y a beaucoup d'exaltés. Lui-même a toujours été d'un caractère bizarre, mais

d'une intelligence remarquable. Il a été l'un des élèves les plus brillants de l'Ecole normale supérieure, a été reçu agrégé, et professait dans un lycée de province, quand il a commencé à donner des signes de folie. Sa maladie mentale a suivi la marche classique : après un scandale dans un café de Paris, la police a dû l'arrêter et le faire placer dans une maison de santé.

H... est très peu communicatif; ses manières sont cassantes; il regarde son entourage avec mépris, il est continuellement obsédé par une voix qu'il appelle « *petite flûte* »; elle lui est fort désagréable. Quoiqu'il ne se soit, jamais occupé que des lettres, il s'est mis en tête de devenir un grand inventeur, et il prétend avoir fabriqué une horloge astronomique qui laisse bien loin derrière elle toutes celles qui existent; il a les poches pleines de paperasses sur lesquelles il a dessiné tous les détails de ce chef-d'œuvre.

Observation VII. — D..., industriel, dans un département de l'Est, né en 1844. Sa mère était une femme très intelligente, mais renommée dans le pays pour ses bizarreries; — une sœur épileptique. A l'âge de vingt-trois ans, chûte de voiture; est tombé sur la tête, a perdu connaissance et est resté plusieurs semaines à se remettre. Plus tard il a eu le chagrin de perdre sa jeune femme d'une fièvre typhoïde; enfin les événements de la guerre de 1870 l'ont vivement affecté et ont compromis sa situation. Le délire s'est développé peu à peu : il a éclaté avec une grande intensité à la suite d'un traitement hydrothérapique.

Chez ce malade, les hallucinations de l'ouïe sont continuelles, et elles le poussent aux actes les plus extravagants. Ainsi la voix lui dit : « Je parie que tu ne casseras pas ce carreau, tu es trop lâche ! » Aussitôt D... d'enfoncer les vitres à sa portée; ou bien il brise ses meubles, son lit, la glace de sa chambre; ou encore il va frapper, sans motif aucun, la personne qui se trouve par hasard auprès de lui. Il se plaint régulièrement qu'on mette dans ses aliments du poison ou de la charogne; il a fallu souvent le nourrir à la sonde.

Enfin D... s'imagine être le fils de Napoléon III; il est empereur et sa place est à l'Elysée. Il fera guillotiner ceux qui l'empêchent de réaliser ces hautes destinées.

Je ne veux pas continuer cette énumération : toutes ces observations se ressemblent; je me bornerai à résumer encore les deux suivantes :

Observation VIII. — M..., ingénieur civil suisse, devenu aliéné en Écosse où il était attaché à un important établissement industriel. Un oncle et une tante paternels aliénés. Prétend qu'on l'empoisonne, qu'on se moque de lui; on crache devant lui en signe de mépris; des *sodomistes* et autres individus infâmes s'arrêtent sous

ses fenêtres et l'insultent. Pour faire un exemple, il tire un coup de pistolet sur une ancienne domestique de son père. A Charenton depuis 1880. Divagations continuelles ; gestes bizarres pour se débarrasser des fils électriques dont on le couvre. Affirme que la maison lui appartient, qu'il est le maître, que nous ne sommes rien.

Observation IX. — S..., lieutenant d'infanterie, appartient à une famille de pauvres paysans lorrains. Il envoyait à ses parents une partie de sa solde. A son entrée (1880) se dit la victime du général X..., une infâme canaille, » et du médecin principal Y... « le dernier des misérables » ; il leur fera leur affaire dès qu'il sortira. Ne décolère pas, nous traite de « coquins, d'escrocs, chenapans », etc. Il est l'ami intime du duc d'Aumale, qui, déjà sous l'Empire, le recevait chez lui et lui donnait des rendez-vous en Allemagne. Il donne à entendre qu'il existe entre eux des liens très étroits. Ne veut plus rien savoir de sa mère, ni de son père, ce sont des mendiants qui veulent l'exploiter.

Une variété très intéressante, mais relativement rare, de la mégalomanie des persécutés, c'est la *théomanie;* aux idées de grandeur se joignent les idées religieuses. J'en ai deux exemples remarquables sous les yeux.

Observation X. — C..., né en 1858, est le dernier né d'une famille nombreuse ; il a dix frères et sœurs, tous bien portants. Aucune hérédité. Grand, brun, les cheveux et la barbe noirs, C... paraît fortement constitué ; mais il a une atrophie marquée des muscles de la jambe droite, provenant, au dire des siens, de convulsions survenues à l'âge de dix-huit mois. Cette atrophie musculaire ne s'accompagne pas de raccourcissement du membre ; C... ne boite pas et il supporte, sans fatigue, de longues marches.

Admis à l'École centrale, C... n'a pu obtenir le diplôme de sortie : il a fait alors des voyages en Tunisie et au Maroc, chargé d'une mission officielle ; il en revint sans argent, sans emploi, ayant manqué toutes les occasions qui s'étaient offertes à lui.

A partir de ce moment, il ne mena plus qu'une existence incohérente, incapable d'aucun effort suivi, faisant des projets magnifiques dont aucun ne se réalisait, accusant tout le monde de ses insuccès, déclarant hautement « qu'il ne demanderait jamais rien à sa famille », et cependant n'ayant pour vivre que ce qu'elle lui donnait généreusement.

En 1888, il eut des hallucinations, prétendit une nuit que son lit brûlait. Vers cette époque, il manifesta une grande exaltation religieuse ; il voulut écrire la vie de saint Antoine de Padoue, et il se rendit dans cette ville pour y recueillir des documents. Puis aban-

donnant cette idée, il s'installa à Einsideln, en Suisse, pour prier la fameuse *Vierge noire*. A son retour, il *voulut combattre la doctrine de Descartes*, et, comme il n'arrivait à rien, il accusa sa famille « d'être jalouse de lui et de vouloir étouffer son talent littéraire ». Enfin il devint violent et dangereux pour son entourage, et il fallut le séquestrer (déc. 1889).

C... ne veut pas s'appeler C..., car il n'a aucune parenté avec ceux qui portent ce nom, et qui se disent ses frères et sœurs. Il est enfant naturel, mais non pas du comte de Chambord. A cet égard, ses affirmations varient : tantôt il descend d'Entrecasteaux, le compagnon de La Pérouse, — tantôt il appartient à la famille des Fugger, les banquiers de Charles-Quint, — ou bien à celle des Habsbourg. Enfin il déclare qu'il est le fils naturel de sa mère et de l'empereur Maximilien du Mexique.

Parallèment à ces idées de grandeur ont marché les idées religieuses. Puisque C.. appartient à la famille des Habsbourg, il est le défenseur de la foi catholique ; il doit ramener à la vraie religion non seulement les musulmans, mais encore les Chinois : grâce à lui, il y aura cinq cent millions de catholiques nouveaux.

Observation XI. — La mère de L... est aliénée et internée depuis seize ans dans une maison de santé. Il a aujourd'hui trente-cinq ans, est robuste et bien constitué. Quoiqu'il ait toujours été d'un caractère bizarre, il a fait de bonnes études classiques ; il a été reçu docteur en droit. Dans l'intervalle (1876), il a fait son volontariat dans un régiment de cavalerie ; et c'est à cette époque qu'il paraît avoir donné des signes de dérangement mental : il se plaignait amèrement des corvées qu'on lui imposait, les considérait comme un supplice intolérable, et prétendait que tout le monde s'acharnait à lui rendre la vie impossible.

Revenu chez son père, il le prit en aversion, l'accusa de vouloir le déshériter. Puis il se mit dans le journalisme et se fit remarquer par l'exaltation de ses idées réactionnaires et cléricales. En 1883, bronchite, qui guérit rapidement ; mais il se persuada qu'il était phtisique, et bon gré mal gré, il fallut le laisser partir pour l'Algérie, où il passa l'hiver. Il en revint très bien portant, mais constamment préoccupé de sa santé, et de plus en plus mal disposé pour son père. Il quitta le journalisme, abjura ses idées réactionnaires et parvint à se faire nommer juge suppléant dans un petit tribunal.

Mais dans les deux résidences qu'il occupa successivement, il ne trouva chez ses collègues et ses chefs que mauvais vouloir et inimitié ; ils allaient jusqu'à mettre du poison dans sa nourriture. Aussi, après avoir plusieurs fois changé de pension, il finit par acheter un fourneau et des ustensiles de cuisine, afin de préparer lui-même ses aliments. Sous l'influence de toutes les drogues mal-

faisantes qu'on lui avait fait absorber, et notamment du mercure, il se prétendit atteint des maladies les plus variées, tumeur du foie, de l'intestin, maladie de la moelle épinière, etc., et il avalait des médicaments en quantité pour se guérir de ces maux imaginaires

Les extravagances allèrent croissant : pour combattre la faiblesse dont il se disait atteint, L... se mit à boire du vin, du vermouth, de l'eau-de-vie. Il fut obligé de donner sa démission et de revenir chez son père, où il passa plusieurs mois dans une oisiveté complète, avec des alternatives d'excitation et de prostration.

A cette époque, tournant court à toute idée cléricale, il prit en aversion la religion catholique, et déclara qu'il n'y a qu'un culte véritable, le *judaïsme*. Il voulut se faire circoncire, et, pour affirmer son abjuration, il l'inscrivit sur une feuille de papier timbré, que, depuis ce moment, il porte sur lui, enfermé dans un sachet en toile.

Il faut ajouter encore qu'en 1882, L..., dans un moment d'exaltation, s'était tiré un coup de revolver dans la poitrine. La balle pénétra au défaut de l'épaule, d'où elle ne put être extraite. Quelques mois après, au bord de la mer, il fit une chute du haut de la falaise : comme il était seul, on ne put savoir si c'était accident ou nouvelle tentative de suicide.

Lorsqu'enfin (décembre 1889), L... fut amené à Charenton, le délire était fort étendu. Il affirme qu'il descend des patriarches juifs par Mahomet, que son ancêtre direct, l'émir....., venu en France pour combattre Charles-Martel, s'y est fixé, et qu'il est resté le dépositaire de grandes traditions juives et mahométanes. C'est à lui, L..., qu'est réservé la gloire de les faire revivre et de détruire enfin le christianisme, dont il ne parle qu'avec le plus grand mépris.

Il va sans dire que le véritable nom de L... n'est pas L..., qu'il n'a rien de commun avec son père, que, depuis son enfance, la « séquelle chrétienne » s'acharne après lui et cherche à le faire disparaître. A l'âge de neuf ans, pendant qu'il était au collège, on lui a fait prendre de la *cantharidine*; — plus tard on l'a abreuvé de *mercure*, pour opérer sur lui un *rétamage reconstituant*. Ici, on continue : le pain renferme de la *strychnine* et de la *cantharide* en quantités « stupéfiantes ». Il est généralement calme, se livre peu, mais il s'emporte facilement. Son temps se passe à écrire, mais il cache avec un soin jaloux ses manuscrits que personne, d'ailleurs, ne saurait déchiffrer, car ils sont pleins de signes cabalistiques, de chiffres, de mots hébreux (?), dont il possède seul la clef. La *Mischna* (!) y joue un grand rôle, tout dérive d'elle.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que, chez les deux persécutés théomanes, les idées de grandeur existaient comme dans les premières observations; les idées religieuses se sont déve-

loppées parallèlement à elles, se fortifiant les unes par les autres, et en quelque sorte s'appuyant les unes sur les autres.

Quand le délire des grandeurs apparaît chez un persécuté, il est en général très expansif. Tous les malades dont j'ai rapporté l'histoire, racontent volontiers leurs conceptions ambitieuses; ils s'en font gloire. Mais l'expérience prouve qu'après un certain temps, plus ou moins long, généralement quelques années, cette situation change; le malade cesse de se manifester au dehors. Autant il était expansif, autant il devient silencieux, taciturne, réservé, et en apparence indifférent à ce qui se passe autour de lui. C'est à cette période qu'il semble tombé en *démence*, et je suis persuadé que bon nombre de vieux aliénés de nos asiles, qui figurent sous la rubrique *déments*, ne sont en réalité que des *persécutés ambitieux* arrivés à cette phase terminale d'indifférence suprême.

Le malade, dirait-on, est las d'avoir prêché dans le désert, de n'avoir été ni cru ni écouté; il se replie sur lui-même dans une sorte de fatalisme passif, qui en impose à tort pour une déchéance démentielle.

J'ai souvent commis cette erreur. J'ai trouvé à Charenton bon nombre de vieux pensionnaires, séquestrés depuis de longues années, que leur extérieur, leur manière d'être, leur tenue, leur complète indifférence, portaient à ranger parmi les déments. Quelle surprise quand, chez ces aliénés, chez qui toute vie intellectuelle semblait disparue, je découvrais au contraire un délire très compliqué et très cohérent! L'étude du dossier m'apprenait que j'avais affaire à quelque vieux persécuté. Il est vrai qu'il n'est pas facile de faire parler les malades; ils ne se livrent pas volontiers; il faut y revenir à plusieurs reprises, ne pas se rebuter; on est bien payé de ses peines par les découvertes inattendues qui sont réservées à l'observateur persévérant. En voici quelques exemples :

Observation XII. — E... a aujourd'hui quatre-vingt-cinq ans. Il a été placé à Charenton en 1844, alors qu'il était lieutenant d'artillerie dans le régiment dont le duc de Montpensier était colonel. Pendant de longues années, ce malade a été un persécuté insupportable. Son dossier est rempli des réclamations qu'il ne cessait d'adresser aux généraux, au ministre de la guerre, au duc de Montpensier, et qui, chaque fois, motivaient de longs rapports médicaux. Au bout de quelques années, calme complet, il y a bien quarante ans maintenant que E... vit dans son quartier d'une exis-

tence toute machinale. Il m'a fallu une longue insistance, des interrogatoires souvent répétés, pour me convaincre que ce vieillard qui jouit d'ailleurs d'une santé et d'une vigueur étonnantes pour son âge, a conservé toutes ses idées délirantes de 1844. Il proteste avec la dernière énergie contre sa séquestration; il était au Val-de-Grâce où est la place des officiers, et on n'avait aucun droit de le conduire ici. Il avait demandé à être mené à la diligence de La Fère, et c'est ce qu'il ne cesse de réclamer. Il est horriblement malheureux, à cause des gens qui le *vicpent* (c'est-à-dire qui agissent sur sa *vie*); il ne demande rien à personne, etc.

Observation XIII. — L..., ancien percepteur, légèrement contrefait, a été placé à Charenton en 1872, à l'âge de trente-huit ans. Après quelques années d'effervescence délirante, tout s'arrête : plus aucune manifestation extérieure. On dirait un dément. Pourtant, quand on l'interroge, il sait très bien dire qu'il n'est pas ici sous son véritable nom, que la famille L... n'est que sa famille d'adoption, qu'il s'appelle en réalité *de Mérite Champovallon, Champs-Elysées et Roi de la France paradisiaque*, etc.

Observation XIV. — Officier, appartenant à une vieille famille noble, dont les parchemins auraient pu suffire à son orgueil. A parcouru toutes les phases du délire de persécution classique; à même tiré un coup de revolver sur son frère qu'il a dangereusement blessé. Ce malade prétend être le fils de Victor-Emmanuel et de la duchesse de Saxe-Cobourg-Gotha. Tout ce délire existe, bien coordonné, et cependant, depuis de longues années, A... ne parle plus à personne; il se renferme dans un silence dédaigneux, passe son temps à lire et à dessiner, tout en étant resté très irritable.

Observation XV. — Un exemple encore. C... étudiant en médecine, est entré en 1875, après avoir fait un séjour dans une maison de santé. Il existe une prédisposition héréditaire. Longtemps j'avais considéré ce malade comme un dément, car il mène une existence absolument passive. Cependant, j'avais été frappé de voir qu'il recevait fort mal sa vieille mère, qu'il ne voulait pas la reconnaître. Je finis par savoir pourquoi. « Je ne m'appelle pas C...; je ne connais pas cette vieille dame, je ne sais pas pourquoi elle vient. Mon nom est *Rex*. — Rex, roi? lui dis-je? — Certainement. Mon père aussi était Rex. — De quel pays? — Mais vous le savez bien, d'Arabie; je suis roi d'Arabie, et bon Musulman. »

Ne sont-ce pas là des faits typiques? Ils autorisent cette conclusion, que le délire de persécution (forme délire chronique systématisé) se termine habituellement, non par la *démence*, mais par une *pseudo-démence*, qui, offrant tous les caractères

extérieurs de la démence, en diffère cependant parce qu'elle ne s'accompagne ni de perte de la mémoire, ni d'affaiblissement notable de l'intelligence. La démence vraie ne survient que dans les cas de complication accidentelle (hémorrhagie cérébrale, ramollissement du cerveau, etc.) : j'en ai rencontré des cas. (*A suivre.*)

CLINIQUE NERVEUSE

HÉMIATROPHIE FACIALE PROGRESSIVE;

Par le professeur N. POPOFF (de Varsovie).

Il y a soixante-dix ans à peu près que Parry[1] a observé chez une fillette de treize ans l'amaigrissement de la moitié gauche de la face, après une hémiplégie gauche associée à des troubles psychiques passagers. En même temps, l'œil gauche s'était enfoncé dans son orbite et paraissait diminué, les cheveux avaient blanchi à la partie supérieure de la moitié gauche de la tête, et la moitié gauche de la langue s'était atrophiée, de sorte qu'elle déviait, au sortir de la bouche, du côté affecté. Cette observation est longtemps restée isolée jusqu'à *Schilling*[2] et *Romberg*[3] qui signalèrent plusieurs observations où l'atrophie progressive d'une moitié de la face était aussi le symptôme clinique le plus éminent. Depuis lors, la soi-disant hémiatrophie faciale progressive a été si souvent décrite qu'en 1884, Lewin[4], dans son étude très détaillée, en énumère 70 cas publiés antérieurement et y ajoute une observation personnelle.

Cependant, la connaissance plus étendue de la littérature

[1] *Collect. from the impubl. socit.*, 1, 478.

[2] *Physiologisch-pathologische Untersuchung über die Spinal-Irritation*, 1840.

[3] *Klinische Ergebnisse.*, 1846-1851.

[4] *Studien über die halbseitigen Atrophien*, etc. (*Charité-Annalen*. IX. Jahrgang).

correspondante établit que ce chiffre n'est pas parfaitement exact. Lewin ne fait nulle mention des cas de Flasher[1], Story[2], Charcot[3] et des deux cas de Jessop et Brown[4]. Par conséquent, son observation est la 76e.

Récemment, la maladie en question a été l'objet d'assez fréquentes observations, et je pus en recueillir, dans des sources qui m'étaient accessibles, encore 40 cas publiés depuis le mémoire de Lewin, c'est-à-dire depuis l'an 1884 (voyez la littérature ci-dessous). Mais bien que l'hémiatrophie faciale soit connue depuis si longtemps et que nous ayons une abondance relative de matériaux, la nature de cette maladie est loin encore d'être élucidée.

Bitot et Lande ont émis l'hypothèse, comme on sait, que c'est le tissu adipeux sous-cutané qui est affecté primairement, et qu'après sa disparition, les fibres élastiques contractent les vaisseaux et provoquent de cette façon l'anémie et des changements nutritifs dans les tissus sous-jacents. Mais cette supposition, évidemment forcée, n'a trouvé que peu d'adhérents et a été bientôt abandonnée.

Actuellement, toutes les opinions concernant l'atrophie faciale progressive peuvent être divisées en deux groupes : pour la plupart des cliniciens, elle s'explique bien par l'affection des fibres trophiques du nerf trijumeau; pour les autres, vu les troubles vaso-moteurs dont maintes fois elle est accompagnée, tout le tableau clinique se réduit à une affection du nerf sympathique. Nos connaissances de la maladie en question se trouvant donc être encore insuffisantes, chaque nouvelle observation offre un intérêt de premier ordre; c'est pourquoi je juge à propos de publier le cas suivant :

S..., jeune fille de vingt-cinq ans, n'ayant pas de graves prédispositions héréditaires neuro ou psychopathiques. Père mort à quarante-huit ans d'un cancer de l'estomac, avait souffert longtemps de rhumatisme musculaire. Mère vivante, « nerveuse », avait eu douze enfants dont six vivent encore. Les quatre frères et la sœur de notre malade jouissent d'une bonne santé. S... elle-même, à part quelques maladies peu importantes dans son

[1] *Ein Fall von bilateraler neurotischer Gesichtsatrophie.* (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1880, n° 31.)

[2] *Hemiatrophie faciale.* (*Transact. of the Acad. of Med. in Ireland*, 1883.)

[3] *Trophoneurose faciale.* (*Gaz. des hôpitaux*, 1879. Décembre.)

[4] *Two cases of hemiatrophia facialis.* (*St-Barthol. Hosp. Rep.*, XVIII.)

enfance, s'est toujours bien portée, bien que les règles ne fussent arrivées qu'à vingt-deux ans. A partir de cette époque, chaque menstruation est précédée de faiblesse générale, de maux de tête, de congestion cérébrale, de vertige, parfois de troubles visuels. A l'âge de dix-sept ans, la mère et puis la malade remarquèrent que le côté droit de la face était toujours plus pâle que le gauche, et si elle rougissait, c'était toujours plus faiblement du côté droit que du gauche. Il y a quatre ans que dans la région temporale droite parut un enfoncement qui tantôt disparaissait pour quelques mois, tantôt reparaissait, et ordinairement, au dire de la malade en suite de contrariétés; mais il y a près d'un an, qu'après des maux de dents très intenses du côté droit de la mâchoire inférieure, toute la moitié droite de la face s'est amaigrie, et depuis lors l'enfoncement de la tempe droite persiste. La malade est d'une constitution robuste et normale, et bien nourrie. Un coup d'œil rapide sur sa face suffit pour s'apercevoir qu'elle est grandement défigurée. La région temporale droite est très enfoncée. Quand la malade serre les dents, le muscle temporal gauche forme une proéminence marquée, tandis qu'il faut une minutieuse inspection pour découvrir une pareille proéminence du côté droit. Le pont zygomatique, à peine perceptible du côté sain, forme une proéminence très prononcée sur toute l'étendue; en le palpant, on remarque que sa partie antérieure est sensiblement amincie. La fosse canine est très accentuée; lorsqu'on examine avec soin cette région, on constate que les muscles et le tissu adipeux y ont disparu et que la peau mince, lisse, sèche et privée de cheveux recouvre immédiatement l'os. Le sillon naso-labial fait défaut. Le buccinateur du côté droit est plus petit et plus mince que celui du côté gauche. Le masseter droit est aminci de même, mais il participe aux mouvements de mastication; quand il est tendu, son bord antérieur est plus nettement accusé à droite qu'à gauche. A la mâchoire inférieure, aux environs du muscle triangulaire droit on trouve une cavité très marquée; dans le même endroit et directement sous la peau amincie on remarque un enfoncement dans le corps de la mâchoire, le bord inférieur de laquelle est aigu et inégal. Le nez est dévié du côté droit; la narine droite est moindre que la gauche, et son aile est un peu plus mince. Lors de mouvements mimiques, l'asymétrie de la face augmente encore; quand la malade sourit, l'angle droit de la bouche s'élève, toute la face se dévie à droite et de petites rides très marquées se forment sur la peau du même côté. La moitié droite de la langue est amincie et l'on voit des plis longitudinaux à sa muqueuse. Les dents sont atteintes du processus carieux et plus fortement du côté droit que du gauche. La moitié droite du voile du palais est plus mince que la gauche. Le cucullaire est sensiblement aminci dans sa partie externe. La fosse sus-épineuse du côté droit est très plate relative-

ment à celle du côté gauche [1]. La réaction des muscles du côté droit de la face est considérablement augmentée tant au courant faradique qu'au galvanique, mais ne présente pas d'altérations de qualité. Si l'on applique le courant à la peau du côté atrophié de la face, on le fait, certes, rougir, mais beaucoup plus faiblement que du côté opposé. Les pupilles égales et moyennement dilatées réagissent d'une manière normale tant à la lumière qu'à l'accommodation. Du côté des grands vaisseaux de la face et du cou pas de changements apparents. L'examen le plus strict de tous les modes de sensibilité fit reconnaître l'absence absolue de troubles. Tous les sens fonctionnent d'une manière normale.

Si l'on tient compte du symptôme le plus marquant, il est très facile de porter chez notre malade le diagnostic d'*hémiatrophie faciale progressive*. Cependant ce diagnostic ne nous fournit que très peu; car, non seulement il ne nous explique pas la nature de la maladie, ainsi qu'il a été indiqué plus haut, mais encore il ne détermine pas avec une rigueur suffisante le caractère du tableau clinique. En effet, la connaissance même superficielle de la littérature permet de voir qu'on a fait entrer dans le même cadre, d'une part, les cas où des phénomènes atrophiques étaient limités à une région isolée de la face, et, d'autre part, ceux dans lesquels ces phénomènes-ci s'étendaient jusqu'au tronc; qu'on a rapporté à la même catégorie, d'un côté, les maladies à évolution rapide qui se compliquaient parfois par des phénomènes paralytiques dans les membres, et, d'autre côté, celles qui se distinguaient surtout par leur évolution lente et qui ne franchissaient pas un espace limité. Tout cela bien considéré, nous sommes porté à la conclusion, que les observateurs, tout en basant leur diagnostic sur ce seul symptôme qui est, à vrai dire, le plus remarquable, ont négligé d'approfondir les autres. Or le plus instructif serait d'analyser chaque observation séparément et d'apprécier toutes les particularités de chaque cas. Toutefois, une pareille tâche est trop étendue qu'on puisse la résoudre actuellement, d'autant plus que dans un nombre considérable de cas rapportés, nous ne trouvons ni la précision nécessaire ni la plénitude de description désirable.

D'ailleurs, pour corroborer l'opinion émise ci-dessus, nous

[1] M. le Dr Goldflam, qui a examiné la malade six mois auparavant, m'a communiqué n'avoir pas constaté chez elle d'atrophie du cucullaire. Ce fait-ci, ainsi que l'évolution de la maladie, au dire de la malade, très rapide dans les derniers mois sont dignes d'être signalés.

n'avons qu'à indiquer les matériaux, pour la plupart très soigneusement élaborés, que contient la littérature des dernières années. Ce qui dans cette analyse appelle, tout d'abord, notre attention, c'est une catégorie, assez vaste, d'observations où le processus atrophique s'est déclaré après un facteur étiologique véhément (d'ordinaire, traumatisme) et où il a été limité rigoureusement à une région innervée par une ou plusieurs branches du nerf trijumeeu. Ici s'adapte, par exemple, le cas rapporté par Dekhtereff (voy. ci-dessus la littérature) concernant une jeune fille de onze ans qui s'est heurtée du front contre une barre de fer et chez laquelle son entourage remarqua dans la suite la chute de cheveux et des phénomènes atrophiques le long du nerf sus-orbitaire. A l'examen, on constata un point douloureux au niveau du trou sus-orbitaire. Dans d'autres observations, il y a non seulement des troubles trophiques, mais aussi de sensibilité. Ainsi, Romberg a décrit une malade chez laquelle, après une contusion de la région pariétale gauche, se manifestèrent des douleurs violentes, accompagnées de la chute de cheveux, ensuite l'amaigrissement d'une partie très limitée de la face. Cette partie occupait, en forme d'une gouttière large de six millimètres, toute l'étendue, à partir du bord supérieur de l'orbite gauche jusqu'à la suture lambdoïde, le long du nerf sus-orbitaire. Dans le cas de Kolaczek, nous avons aussi des douleurs, des atrophies et une diminution de sensibilité le long du nerf contusionné : tous les trois symptômes consécutifs à un traumatisme. Les observations de Panas, de Hitsig, de Bannister, de Berger, de Banham, de Goffsieieff et plusieurs autres ont un caractère tout à fait analogue. On ne saurait presque douter que dans tous les cas cités, il s'agit d'une affection périphérique intéressant une ou plusieurs branches du nerf trijumeau; et quant au processus pathologique, ce dernier atteint tantôt les fibres trophiques seules comme singulièrement sensibles à tous les facteurs nuisibles, tantôt les fibres sensitives. Ce processus ne diffère ni par son étiologie ni par son caractère clinique de ce qu'on observe également dans les autres parties du système nerveux périphérique. C'est, par conséquent, de pair avec les maladies de ce dernier système qu'il faut considérer tous les cas que je viens de citer. L'atrophie faciale, ne déterminant point le caractère de la maladie ne peut être acceptée comme base du dirgnostic.

Bien que, abstraction faite de la catégorie considérée, le nombre des cas d'hémiatrophie faciale progressive diminue considérablement, ceux qui restent sont ainsi loin d'être homogènes.

Virchow a observé deux malades atteintes d'hémiatrophie faciale progressive. L'une d'elles dont la maladie relevait, d'après cet auteur, d'une névrite du nerf trijumeau, provoquée par l'érysipèle et par la contusion, mourut d'une maladie accidentelle. Et depuis, Mendel qui a examiné le système nerveux de cette malade (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1888, n° 19), y constata une névrite interstitielle proliférante du nerf trijumeau. Le diagnostic de Virchow fut donc constaté. Mais en même temps, Mendel a observé une diminution du nombre des cellules de la substance ferrugine du côté affecté. Ce dernier fait nous autorise à ne pas exclure dans le cas cité, la possibilité d'une origine centrale de la maladie (d'après plusieurs anatomistes, les cellules mentionnées seraient des centres trophiques).

Il y a quelques mois, Homen a publié une observation très intéressante et d'une portée d'autant plus grande qu'elle a pu être complétée par des données anatomo-pathologiques. Il s'est produit chez sa malade, dans le cours de quelques semaines, une hémiatrophie de la face et de la langue accompagnée d'anesthésie de la région affectée et de paralysie des nerfs oculomoteurs. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur de la dure-mère comprimant le ganglion de Gasser, les branches du nerf trijumeau et, en partie, les nerfs oculo-moteurs. L'examen microscopique des nerfs craniens a révélé des phénomènes de dégénérescence très marqués dans toutes branches de la Ve paire et plus faibles dans les VIIe, IIIe, IVe et VIe paires.

A part ces deux observations, nous n'en n'avons pas d'autres qui soient confirmées par l'autopsie [1] ; toutefois on trouve dans la littérature quelques cas si soigneusement étudiés et si exactement décrits que nous sommes à même de déterminer leur caractère avec une précision suffisante. Une de ces observations appartient à M. le professeur Miercvzejewski. Il s'y agit d'une petite fille de dix ans qui, après une grande terreur, a été prise de maux de tête, de vertige, et il s'ensuivit une attaque

[1] Deux cas avec autopsies apportés par Pissling et Jolly, vu leur description incomplète et l'examen anatomo-pathologique insuffisant, sont sans importance.

épileptique; de pareilles attaques renouvelaient assez souvent dans la suite. Une année ne s'était pas écoulée depuis cet épouvante, que la famille remarqua chez elle de l'atrophie dans le territoire de la troisième branche du nerf trijumeau gauche. Comme cause des phénomènes atrophiques, l'auteur admet ici une hémorragie dans la région du noyau gauche du nerf trijumeau.

On peut bien ne pas souscrire à cette opinion dans toute son étendue sans qu'on puisse nier dans le cas présent l'origine intracranielle de la maladie.

Mendel a observé l'hémiatrophie faciale progressive survenue chez un enfant chez lequel on remarquait, en outre, l'amaigrissement d'autres parties du côté gauche du corps, surtout des extrémités. Là aussi on ne saurait mettre en doute la localisation intracrânielle du processus morbide. Si l'on consulte la littérature ancienne, on y trouve des cas tout à fait analogues, je fais allusion au cas rapporté par Parry où les phénomènes atrophiques du côté gauche de la face apparurent après une hémiplégie gauche, aux cas de Pissling, de de Graefe, etc.

Dans tous les cas de cette catégorie, il s'agit, je crois, d'une affection du nerf trijumeau d'origine intracranielle, le caractère même de cette affection ainsi que la localisation se distinguant par sa diversité, et voilà comment s'explique l'évolution plus ou moins rapide du tableau clinique, d'une part, et, d'autre part, ses particularités dans chaque cas singulier.

On n'a examiné jusqu'à présent que ces formes d'hémiatrophie faciale qui pouvaient s'expliquer par l'affection de la Ve paire. Mais il serait facile à démontrer, que cette explication est loin de pouvoir s'adapter à toutes les descriptions de cette maladie, fournies par la littérature. Tout d'abord, pareil mode de généralisation serait en contradiction flagrante avec ce fait, que les phénomènes atrophiques s'étendent au delà du territoire occupé par les branches de la Ve paire; et de fait, c'est ce que bien des auteurs ont constaté à bien des reprises. Mais à part cela, dans le tableau de la maladie se produisent parfois des symptômes qui mettent hors de doute sa dépendance d'affection du nerf sympathique. Sous ce rapport, les observations de Seeligmuller sont d'une haute portée. Il a eu la chance d'examiner un forgeron qui avait reçu un coup très violent à la région de la fosse sus-claviculaire gauche. L'état immédiat

au traumatisme était le suivant : dilatation de la pupille gauche et de l'ouverture des paupières du même côté ; exophtalmie du côté gauche ; température abaissée ; pâleur s'étendant sur toute la moitié gauche de la tête et du cou ; amaigrissement de la joue gauche ; et ce dernier phénomène se produisit si rapidement qu'à peine huit jours depuis le début du mal, il étonna le malade lui-même. Le pouls de l'artère temporale gauche devint presque imperceptible, tandis que, du côté droit, il demeurait très net. La pression et l'électrisation du ganglion cervical supérieur du nerf sympathique gauche grossissaient à l'instant la dilatation de la pupille. Il en est de même pour le second cas rapporté par Seeligmuler, et dans lequel se produisit chez un enfant à sa naissance, une fracture de la clavicule et du col de l'omoplate du côté gauche ; aussitôt s'ensuivirent, dans la région du plexus brachial droit, des phénomènes de paralysie et d'anesthésie, accompagnées de dilatation de la pupille droite et d'atrophie de la moitié droite de la face. — Le même auteur constata chez un sujet frappé au nerf sympathique par un projectile d'arme à feu que la pupille avait changé du côté correspondant et que la joue s'était amaigrie.

Des faits pareils sont loin d'être isolés.

Brunner a observé un cas d'hémiatrophie faciale progressive gauche dans lequel la pupille du côté affecté était dilatée et d'une réaction lente, la conjonctive était pâle, la sécrétion des larmes, de la sueur et du mucus diminuée. L'oreille gauche, plus froide au toucher, était aussi atrophiée et la température dans le méat acoustique externe était plus basse de presque 1 degré relativement au côté droit. La pression exercée sur le ganglion cervical supérieur du nerf sympathique gauche causait de la douleur.

Friedenthal a publié le cas d'une fille de quatorze ans, atteinte d'atrophie faciale droite où il constata ce qui suit : pupille droite dilatée, température baissée du côté affecté de la face et sensibilité à la pression exercée sur les ganglions cervicaux du sympathique droit.

Les observations que nous venons de citer prouvent, d'une manière concluante, que l'atrophie de la face peut dépendre d'une affection du nerf sympathique ; en même temps, elles se rattachent étroitement à une série d'observations dans lesquelles, bien que la participation de ce nerf soit moins évi-

dente, le tableau clinique est, en beaucoup de points, semblable à celui que nous venons de décrire. Chez le malade de Guttmann, on remarqua d'abord la pâleur d'une moitié de la face et puis bientôt des phénomènes atrophiques. Le caractère vaso-moteur de l'affection s'y traduisait par cela encore que quelles que fussent les conditions pouvant provoquer l'hypérémie de la face (émotions, température élevée, etc.), cette dernière ne s'observait que du côté opposé à l'affection, le côté affecté restant toujours pâle et sec. C'est sur cette pâleur que l'auteur appelle notre attention, en l'expliquant par l'affluence diminuée du sang à la région affectée, et comme les grandes artères ne présentent point de changements visibles, il est disposé d'admettre un spasme des petites artères qui possèdent plus d'éléments contractiles et, par conséquent, sont plus soumises à l'influence du système nerveux vaso-moteur.

Romberg nous décrit deux cas analogues dont l'un avec pâleur s'étendant jusqu'aux gencives.

L'observation relatée par nous s'enchaîne à celles que nous venons de citer. En effet, l'on a vu que chez S., la maladie a débuté par la pâleur d'une moitié de la face et ce n'est qu'après un espace de deux ans que des phénomènes atrophiques purent être observés. Ces phénomènes, très limités d'abord, semblaient disparaître de temps en temps, puis reparaissaient avec plus d'intensité encore et surtout, au dire de la malade, en suite d'agitations morales. Toute réserve faite à cette dernière indication, nous ne pouvons néanmoins ignorer ses affirmations concernant des oscillations véhémentes du processus, vu que la malade est suffisamment intelligente qu'évidemment elle s'est observée elle-même avec beaucoup d'attention. L'examen direct de S. fit reconnaître, à présent, une remarquable différence de couleur entre les téguments externes des deux côtés de la face, différence qui devient encore plus sensible dans tous les moments pouvant provoquer de l'hypérémie, sans excepter même l'irritation violente par le courant interrompu.

Ce qui, dans notre cas, contribue éminemment à éclaircir le caractère de l'affection, c'est que le processus atrophique comprend non seulement la moitié droite de la face, mais encore le cucullaire et, peut-être, le sus-épineux du même côté. Le premier de ces muscles est innervé par des branches partant

surtout de la onzième paire et, en partie, du plexus cervical, l'autre en reçoit du plexus brachial.

En coordonnant cette divergence de l'affection aux phénomènes vaso-moteurs indiqués ci-dessus, c'est surtout dans l'affection du nerf sympathique que, dans le cas présent, il faut rechercher la cause du mal. A l'appui bien qu'indirect de cette supposition, on peut ajouter le fait que chez notre malade, quoique bien nourrie, les règles n'arrivèrent qu'à vingt-deux ans. Les gynécologistes expliquent d'ordinaire cette sorte de faits par un incomplet développement inné des vaisseaux superficiels de l'utérus, ce qui marche de front avec d'autres anomalies du système vasculaire. Il s'ensuit de cela que nous avons lieu de soupçonner chez S. S. une légère prédisposition à des maladies du système vasculaire.

Toutefois, ce qui précède ne nous autorise pas à conclure que tous les cas concernant l'atrophie progressive de la face puissent sans exception être réduits aux trois catégories ci-dessus considérées. Il se peut qu'une analyse plus approfondie de toutes les observations nous révèle encore d'autres causes provoquant cette maladie. Pourtant, sans faire une pareille analyse, il me semble clair que, sous le nom d'hémiatrophie faciale progressive, on désigne jusqu'ici des maladies différant beaucoup de caractère et n'ayant de commun entre elles qu'un seul symptôme remarquable.

L'histoire des sciences médicales nous enseigne que, selon leur progrès dans différentes époques, changeaient aussi les principes servant de base de la classification des maladies. Si les observateurs précédents, faute d'exactes méthodes de recherche basaient par nécessité leur classification sur des symptômes grossiers, nous devons tâcher à présent de les reposer sur des fondements scientifiques plus exacts. De même que la neuropathologie contemporaine ne connaît plus de maladies telles que l'atrophie d'un membre, l'atrophie de la langue, etc., et traite les tableaux cliniques correspondants dans des chapitres séparés, selon le caractère anatomo-pathologique des processus qui les provoquent, de même l'hémiatrophie faciale progressive, considéré comme une forme morbide indépendante, ne tardera pas à disparaître. Elle n'a aucune raison d'être dans la science exacte.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

DEMME. — *Hemiatrophia facialis congenita.* (*Jenner'scher Kinder hospital* in *Bern. Bericht*, von 1884.)

BANHAM. — *Hemiatrophia facialis progressiva.* (*Brit. med. Journ.* 1884, janv. 12.)

WINOGRADOFF. — *Atrophia facialis progressiva bilateralis.* (*La Médecine russe*, 1884, n° 47.)

SPITZER. — *Ein Fall von halbseitiger Gesichtsatrophie.* (*Wiener med. Blatter*, 1885, n° 1.)

BOREL. — *Contribution à l'étude des asymétries du visage.* (*Revue méd. de la Suisse Rom.*, 1885, n° 1 et 2.)

MINGAZZINI. — *Sopra un caso di hemiatrophia progressiva faciei. Lo speriment*, 1885. (Quatre cas).

WARVFINGE. — *Ett fall af Hemiatrophia facialis.* (*Svenska laækars forhændl*, 1885.)

ROGEDESTWENSKI. — *Bulletins de la Société des aliénistes* à Saint-Pétersbourg, 1886. (Ce cas a été décrit auparavant par REPMANN. Voy. les *Bulletins de la Société physico-médicale* à Moscou, 1884) (Russe).

GOWSEIEFF. — *Atrophie de la face partiale unilatérale. Arch. de Psychiatrie*, 1886, t. VII. (Russe.)

DEKHTEREFF. — *Hemiatrophia facial. incompleta. Messager de Psychiatrie*, 1886. (Russe.)

PENZOLDT. — *Neuro-und. myopathologische Mittheilungen. Münch. med. Wochensch.*, 1886, n° 14-16 (deux cas).

SUCKLING. — *Unilateral progress. facial atrophy. The Brit. med. Journal*, 1886.

HERZ. — *Demonstration eines Falles von Hemiatrophia facialis progress. Wiener. med. Presse*, 1886, n° 46.

GRAFF. — *Ein Fall von Hémiatrophia facial. progress. Inaug. Diss. Dorpat.* 1886.

NICAISE. — *Trophonévrose faciale médiane. Revue de méd.*, 1887.

BAPVISE. — *Lancet*, 31 december, 1887.

PUTZEL. — *A case of progressive facial hemiatrophy. The med. Rec.*, 16 avril 1887.

YIZIOLI. — *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1888.

LOWENFELD. — *Weber einen Fall halbseitiger Atrophie der Gesicht und Kaumusculatur, Münch, med. Wochensch.* 1888, XXXV.

BECHTEREFF. — *Hémiatrophia facialis progressiva. Messager de Psychiatrie*, 1888. (Russe)

Buum. — *Ueber Hemiatrophia facial. progress. Inaug. Diss. Bonn.* 1888 (deux cas).

Estor. — *Hémiatrophie faciale. Revue de méd.*, 1888.

Stembo. — *Ein Fall von rechtsseitiger fortschreitend. Gesichtsatrophie. Berl. Klin. Wochensch*, 1888, n° 41.

Cahen. — *Ein Fall. von Hemiatrophia facial. progress. Verhandl. des med. Vereins* in *Greifswald*, 1888-1889.

Ruhemann. — *Beziehungen des Trigeminus zur Gesichtsatrophie, Centralb. f. Klin, Medic.*, 1889, n° 1.

Rona. — *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1889, n° 10.

Kalt. — *Le Progrès médical*, 1889.

Blumenau. — *Cas d'atrophie faciale unilatérale.* (*Messager de Psychiatrie*, 1889 (Russe).

Ephraim. — *Ein Fall von einseitiger Gesichtsatrophie. Berl. Klin. Vorchn.*, 1889, n° 26.

Stewart. — *Progressive facial. hemiatrophy. The Montreal Med. Journ.* 1889. Jannuar.

Rosenthal. — *Berlin, Klin. Wochenschr.*, 1889, n° 34.

Steiner. — *Ueber Hemiatrophia faciali Inaug. Dissert. Halle*, 1889.

Homen. — *Zur Kenntknin der Hemiatrophia facialis.* (*Neurol Centralb*, 1890, nos 13 et 14.)

Sachs. — *Progressive facial. hemiatrophi. Medic. Revod.*, 1890, 15 Marz.

Dreyer. — *Et Filfalde of Hemiatrophia facialis progresssiva. Hosp. Fid.*, 1890.

Hospice de la Salpêtrière. — Service de M. Charcot.

CAS DE PARALYSIE RADICULAIRE BRACHIALE TOTALE;

Par le Dr ONANOFF.

La note que l'on va lire est en quelque sorte le résumé d'une leçon faite par M. le professeur Charcot à la clinique de la Salpêtrière le 14 mars 1887, leçon à laquelle nous empruntons textuellement l'histoire du malade.

Il s'agit d'un enfant de douze ans, entré à l'hôpital il y a un mois, issu d'une famille de meuniers solides. Rien d'héréditaire,

d'autre part aucune maladie antérieure. L'affection dont l'enfant souffre est la conséquence d'un accident, d'un traumatisme survenu le 1er janvier dernier. Il y a deux mois et demi, l'enfant montant un poulain glisse et tombe sur les jambes à droite de l'animal, il continue à tenir les brides de la main gauche et court à son côté jusqu'au moment où, buttant sur un tas de boue gelée, il est projeté à terre et reste sans connaissance. Il y a donc eu un moment

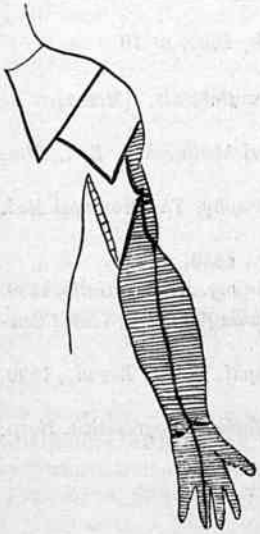


Fig. 30.



Fig. 31.

où le membre supérieur gauche a été fortement tiraillé et où le corps du malade a été arrêté par un obstacle offrant une résistance à la traction exercée par le cheval qui continuait sa course. Il en est résulté quelques égratignures à la face et au coude gauche et une perte de connaissance de vingt minutes environ. Au réveil, l'enfant a prononcé quelques paroles qu'on retrouve à peu près dans toutes les observations du même genre : Où suis-je » et aussitôt : « Où est mon bras », cela veut dire que son bras lui paraissait absent, séparé du corps, n'existant plus pour lui. Quoiqu'il en soit, il se produit immédiatement une paralysie brachiale totale, flasque, avec anesthésie partielle ; et fait qu'il est intéressant de noter, douleurs spontanées vives dans la journée et les journées suivantes.

Etat actuel. — 1° Aspect général : membre supérieur gauche pendant, flasque, très amaigri ; absence des réflexes ; — 2° mouvement : Tous les mouvements du bras, de l'avant-bras et de

main sont absolument abolis, de même que ceux de l'épaule jusqu'à concurrence des mouvements produits par le trapèze et peut-être par des m. angulaire et rhomboïde ; 3° Sensibilité : Sensations douloureuses subjectives ; de plus, modification de la sensibilité constatée à l'aide de certaines explorations, *a*). La peau du membre présente une disposition remarquable de l'anesthésie : Main, avant-bras totalement insensibles ; sur le bras l'anesthésie dessine une languette partant du pli du coude et s'étendant sur la portion antéro-externe, le reste étant indemne ; *b*). Sensibilité profonde. L'articulation de l'épaule est sensible à la torsion, il en est de même de la peau de la partie postérieure du coude quoique l'articulation proprement dite soit indemne. Le poignet et les doigts sont insensibles ; *c*). Le sens musculaire est aboli dans la région de l'anesthésie superficielle ; — 4° *a*). Troubles trophiques : Amaigrissement du membre, différence de 1 à 2 cent. 50, et cela en un mois et demi ; *b*). Coloration : Abaissement de la température ne portant que sur les parties anesthésiées, de 3 à 5 degrés à la main et de 2 à 3 à l'avant-bras ; *c*). Modifications profondes de la nutrition marquées par les réactions électriques. La réaction de dégénération est très accusée dans tous les muscles paralysés ; — 5° Vue : L'œil gauche paraît plus petit que l'autre, moins ouvert, le globe de l'œil plus enfoncé dans l'orbite. Il existe un myosis très prononcé de ce côté.

Réflexions. — L'hypothèse la plus simple à faire et qui s'adapte le mieux à ce cas, c'est qu'à la suite du traumatisme dont nous avons décrit les circonstances il s'est produit chez notre malade une grave contusion, peut-être même un arrachement des racines du plexus brachial.

Cette hypothèse est justifiée par des travaux récents, en particulier par ceux de Erb, de Mlle Klumpke, Prévost, etc.

Ce cas méritait donc d'être rapporté d'un côté, parce que les observations de paralysies radiculaires brachiales totales ne sont pas nombreuses, il en existe tout au plus une douzaine ; d'un autre côté, parce qu'il paraît s'agit ici d'une paralysie radiculaire brachiale totale pure. En effet, l'analyse des symptômes montre, d'une part, que les racines du plexus brachial sont seules lésées ; de l'autre que la constitution du plexus lui-même peut, chez le sujet, être considérée comme normale. Car si le plexus cervical fournissait des branches au plexus brachial, ce qui arrive souvent, ou si les lésions intéressaient le plexus cervical, on aurait à constater des troubles du mouvement et de la sensibilité dans des régions autres que celles qui sont atteintes chez notre malade.

L'analyse attentive des symptômes nous permet de localiser exactement le siège de la lésion, siège situé dans un plan oblique passant en haut entre les origines et la branche de l'angulaire et du rhomboïde et du nerf sus-scapulaire, en bas entre les trous de conjugaison de la première paire dorsale et le rameau communiquant du grand sympathique qui en part.

Nous sommes autorisés à fixer cette limite supérieure par le fait que les muscles angulaires et rhomboïdes répondent aussi bien aux excitations directes qu'indirectes, présentant toutefois une diminution de l'excitabilité faradique, ce qui montre que la lésion, tout en intéressant la cinquième racine du plexus tout entière vient s'épuiser sur la branche qui innerve ces deux muscles. Etant donné, par conséquent, que le tiraillement n'a exercé qu'une action très minime sur les premières branches du plexus brachial, il est impossible que le plexus cervical ai été atteint en aucune façon.

D'autre part, la disposition de l'anesthésie décrite plus haut est devenue un symptôme pathognomonique des lésions radiculaires brachiales totales depuis les travaux de M. Charcot sur les paralysies brachiales hystéro-traumatiques. Il est cependant une particularité à relever chez notre malade : on ne constatait au premier abord aucune diminution de la sensibilité de la partie interne du bras, mais avec plus d'attention on trouvait dans la région du nerf accessoire du brachial cutané interne (branche de la première dorsale avec le deuxième intercostal) de petites plaques d'anesthésie de 1 à 2 millimètres de diamètre.

Ces îlots d'anesthésie complète disséminés au milieu de vastes régions ayant conservé leur sensibilité, fait qui s'explique par l'existence de l'anastomose de la branche de la première paire dorsale avec le deuxième intercostal, avait passé inaperçu; on se bornait à noter une diminution de la sensibilité, peut-être à cause de la difficulté des recherches; il est possible qu'on les trouverait également dans les paralysies supérieures survenant à la suite d'une section chirurgicale ou d'un traumatisme. Ce fait explique pourquoi la diminution de la sensibilité a été trouvée dans la moitié des observations et non dans l'autre, bien qu'une observation récente tende à démontrer le contraire. Il s'agit d'une section des cinquième et sixième racines à la suite d'un névrome occupant le tronc commun de ces deux

racines; après l'opération faite par M. le professeur Rose, le domaine du nerf musculo-cutané conservait toute sa sensibilité [1].

La sensibilité profonde chez notre malade a complètement disparu, bien que certains points de l'examen puissent faire croire le contraire. En effet, il est facile de démontrer que les sensations accusées dépendent simplement de la conservation de la sensibilité de certaines parties de la peau.

Par exemple, les mouvements passifs des doigts et de la main, là où la peau est complètement anesthésiée, ne sont pas perçus, au contraire, et bien que par certaines manœuvres on puisse démontrer l'insensibilité absolue de l'articulation du coude, le malade a conscience des mouvements passifs de l'avant-bras, d'une part, parce qu'il existe dans cette région une languette de peau non anesthésiée, de l'autre parce que les muscles du bras qui prennent part à ces mouvements sont recouverts par une peau ayant conservé sa sensibilité.

L'articulation de l'épaule innervée en totalité par les branches du plexus brachial est sensible, soit par la même raison, soit par suite de la régénération des nerfs, étant donnée la courte distance qui sépare ces derniers du siège de la lésion.

Dans le cas qui nous occupe, on a constaté un abaissement de la température dans la région de l'anesthésie superficielle, mais il est impossible de tirer aucune conclusion de ce fait, étant donné que dans des cas analogues, les auteurs ont noté un abaissement de la température, parfois une élévation au début suivie d'un abaissement. Si l'on considère, d'autre part, les paralysies hystéro-traumatiques avec anesthésie, on trouve tantôt, ainsi que l'a signalé M. le Dr Babinski, une élévation de la température, tantôt un abaissement.

Nous signalerons en dernier lieu la rétraction du globe oculaire observée chez notre malade, et attribuée en général à la paralysie du muscle de Müller. Or, le muscle de Müller est simplement un des quatre muscles orbitaires de l'œil, à savoir l'orbitaire inférieur. La paralysie n'amènerait donc qu'un déplacement partiel du globe et, pour avoir la rétraction signalée plus haut, la paralysie des trois autres serait nécessaire, c'est ce qui a lieu très probablement dans l'observation qui nous occupe.

Cette rétraction du globe de l'œil ainsi que le myosis parais-

[1] *Mendel's Centralblatt*, p. 578, n° 24, 15 décembre 1886.

sent devoir être rapportés, d'après les observations et recherches expérimentales de Mlle Klumpke, à la lésion du rameau communiquant du grand sympathique qui part de la première paire dorsale.

RECUEIL DE FAITS

DEUX NOUVELLES OBSERVATIONS D'HYSTÉRIE MALE;

Par BOURNEVILLE et P. SOLLIER.

I

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson, nerveux. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Cousin-germain, mort de convulsions. — Mère, migraineuse. — Sœur hystérique, convulsions de l'enfance. — Sœurs nerveuses. — Frère débile. — Sœur morte d'accidents cérébraux consécutifs à une rougeole. — Marche à deux ans et demi; — parole à deux ans; — incontinence nocturne d'urine jusqu'à quatorze ans. — Instabilité mentale. — Colère, gourmand, menteur. — Stigmates hystériques. — Première attaque à dix-sept ans. — Attaques limitées à la phase épileptoïde. — Aura. — Élévation de la température après l'accès.*

Cah... (Charles), âgé de dix-sept ans, est entré le 22 décembre 1884 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (27 février 1885). — *Père*, cinquante ans, soldeur, auparavant marchand de jouets en gros, de taille moyenne, pas très fort; marié à vingt et un ans. Il ne buvait pas alors et s'est mis à boire depuis la guerre, de l'eau-de-vie surtout. Il rentre une vingtaine de fois ivre par an. Très nerveux d'habitude, son irritabilité augmente encore pendant l'ivresse et va jusqu'à la violence; à plusieurs reprises sa femme a dû se cacher pour l'éviter. Il fume beaucoup, environ trente centimes de tabac par jour. Il a souvent des maux de tête, mais pas de véritables migraines. D'après sa femme, il n'était pas coureur. Il aurait eu une inflammation d'intestins pendant un mois. Pas de maladie de peau; aucun indice de maladies vénériennes, « il a la peau aussi

blanche que la neige. » Caractère violent, mais ne bat pas ses enfants, « il est au contraire trop bon pour eux. » [*Père*, mort d'une maladie d'intestins à soixante-huit ans ; excès de boisson, marchand de grains, assez fort. [*Mère*, soixante-quinze ans, bien portante, n'est pas démente. — Pas de renseignements sur les *grands parents*. — Deux *frères* : l'un mort on ne sait de quoi ; l'autre très bien portant ; il a encore sept ou huit enfants bien portants ; un est mort de convulsions ; quatre *sœurs* : deux sont mortes de la poitrine, dont une a laissé deux enfants bien portants ; deux sont vivantes et bien portantes ; l'une a cinq enfants bien portants. —Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas d'hystériques, de difformes, de suicidés, de criminels, etc., etc., dans la famille].

Mère, cinquante-et-un ans, assez grande et forte, physionomie agréable, intelligente ; lèvres grosses, cheveux châtains. Bien portante d'habitude. Migraines depuis trois ans. Elle est encore parfaitement réglée. Pas d'attaques de nerfs ; peu nerveuse ; pas d'alcoolisme. Faisait le commerce avec son mari. — [*Père*, mort à soixante-dix ans ; il avait une maladie de cœur ; pas d'excès de boisson. Marchand de bestiaux. — [*Mère*, morte à soixante-huit ans on ne sait de quoi ; pas de maladie nerveuse. — [*Grand-père paternel*, mort à quatre-vingt-cinq ans on ne sait de quoi ; n'était ni dément ni paralytique. — *Grand'mère paternelle*, morte à quatre-vingt-huit ans ; pas de démence ni de paralysie. — *Grand-père maternel*, mort vers quatre-vingt-neuf ans, rien de particulier. — *Grand-mère maternelle*, morte d'un cancer vers soixante-dix ans. — Deux *frères*, très bien portants ; l'un a des enfants bien portants. — Trois *sœurs*, bien portantes ; leurs enfants sont bien portants, sans accidents nerveux. Pas d'aliénés, d'épileptiques, d'hystériques, etc., dans la famille].

Pas de *consanguinité* (père de Sierck et mère des environs de Francfort ; tous deux Juifs).

Douze enfants et trois fausses couches : 1° *Garçon*, vingt-sept ans, bien portant, pas de convulsions, intelligent, a été soldat ; — 2° *fille*, mariée, vingt-cinq ans, bien portante, intelligente, pas de convulsions, a quatre enfants bien portants sans convulsions ; — 3° *garçon*, vingt-trois ans, bien portant, pas de convulsions, intelligent, bonne conduite ; 4° *fille*, vingt-deux ans, bien portante, intelligente, pas de convulsions ; — 5° *fille*, dix-neuf ans, brune, à l'air effronté, a été atteinte d'hystérie à dix-sept ans, elle avait eu des convulsions étant en nourrice. A dix-sept ans, elle a été à l'hôpital Rotschild. De là elle est allée à la Salpétrière où elle est restée un an dans le service de M. Charcot ; elle en est sortie il y a près de deux ans ; elle travaille dans le commerce ; pas d'amant, assure-t-on ; — 6° *fille*, dix-huit ans, pas de convulsions, bien portante, nerveuse, intelligente, bonne conduite ; — 7° notre *malade* ; — 8° *garçon*, quinze ans, pas de convulsions, fort, peu intelligent, on

ne sait quoi faire de lui, il se sauve de la maison pour vagabonder, joue de l'argent aux billes ; pas de kleptomanie, pas d'onanisme, pas de rapports avec les petites filles, paresseux ; — 9° *fille*, treize ans, pas de convulsions, bien portante, très nerveuse, intelligente, est presque toujours la première à l'école ; — 10° *fille*, douze ans, bien portante, intelligente, travailleuse, pas de convulsions ; — 11° *fille* morte à vingt-six mois de fièvre cérébrale ayant compliqué une rougeole ; — 12° *garçon*, sept ans, bien portant, intelligent, pas de convulsions ; — deux fausses-couches (13° et 14°) et une entre 7° et 8°.

Notre malade. — A la *conception*, ses parents étaient bien portants tous les deux ; leurs affaires allaient bien ; pas de chagrins ; le père commençait à boire un peu de temps en temps, mais moins qu'après la guerre. Il était très porté aux rapports sexuels et il en avait presque toujours quand il avait bu. Pendant la *grossesse*, pas de coup, de chute, d'émotion ; durant le dernier mois elle était très fatiguée parce que son ventre était très gros ; pas d'alcoolisme. *Accouchement* à terme, plus laborieux que les autres, naturel, sans chloroforme. A la *naissance*, l'enfant n'était pas asphyxié ; il pesait dix livres. Mis en nourrice au sein, on fut obligé de le reprendre à six mois, il était maigre, avec un gros ventre, du poil sur tout le corps. On continua à l'élever en lui donnant du lait au verre. *Marche* à deux ans et demi (l'un a marché à treize mois, le troisième à cinq ans, il était noué ; les autres de quinze mois à deux ans) ; *parole* à deux ans (les autres de quinze mois à deux ans) ; *propre* seulement à *quatorze ans pour les urines*. Jamais de convulsions. Envoyé à l'école à sept ans ; il n'a jamais rien appris. Il s'est souvent sauvé de l'école et rentrait chez lui à quatre heures comme s'il en revenait. On l'y a envoyé jusqu'à treize ans sans résultat. Personne ne pouvait en venir à bout. Il voulait être acteur, jouer les guignols qu'il allait souvent voir. De treize ans jusqu'en avril 1884, il fut bien portant et resta à la maison. Il aidait un peu, mais était paresseux et ne voulait rien faire. Fréquemment il se sauvait dehors, aidait les autres marchands et rentrait le soir chez ses parents. La mère assure que son père ne le battait pas.

Jusqu'au mois d'avril 1884 il n'eut pas d'attaques. Il quitta alors ses parents parce qu'il ne voulait pas travailler ; « il s'est laissé entraîner par la rue ». Il voulait jouer, s'amuser et était toujours désobéissant. Il était peu affectueux pour son père et ses frères et sœurs, mais était jaloux. Très *colère*, il cassait tout si on ne lui cédait pas. Il se battait avec ses frères et sœurs ; dehors il se battait avec ses camarades s'ils ne lui cédaient pas. Très *gourmand* de bonbons et de gâteaux, « il en aurait bien mangé toute la journée » ; mais il ne buvait pas. « Quand il pouvait me prendre une pièce de vingt ou de quarante sous, dit sa mère, il achetait des gourmandises. » Il ne volait pas au dehors cependant pour satisfaire ses

goûts. — *Sommeil* bon, prolongé, de dix heures du soir à neuf heures du matin ; pas de cauchemars, pas de somnambulisme. — Pas d'*onanisme*.

Parti en 1884, il s'occupait aux alentours des halles, vendant des choux, des légumes pour les marchandes qui lui donnaient quelques sous. Il couchait dans les rues, dans des voitures quand il n'avait pas d'argent, ou à l'hôtel s'il avait quelques sous. — Du mois d'avril à son placement à Sainte-Anne le 10 novembre 1884, ses parents l'ont revu trois fois dans les premiers mois. Il était « sale, dégoûtant », et de plus il était ivre; il a vomi et déféqué dans son pantalon. Ses parents l'habillèrent proprement et cherchèrent à le faire travailler. Il demanda ses papiers pour se placer et on les lui donna. Il aurait été arrêté deux fois pour vagabondage et relâché pour être reconduit à ses parents. Prévenue au mois de novembre qu'il était à Sainte-Anne depuis le 10 novembre, sa mère ne sait rien de ses attaques.

L'affaiblissement qu'il présente dans la main droite est ancien, et existait quand on l'a retiré de nourrice à six mois, mais on n'a aucun détail sur sa cause. Il n'aurait jamais eu de convulsions. A la naissance, il ne présentait rien de particulier.

A trois ou quatre ans, il a eu des croûtes dans les cheveux et beaucoup de glandes au cou, mais qui ne s'abcédèrent pas. — Pas d'otite, ni d'ophtalmie; pas de dartres; pas de teigne. — Aucune fièvre éruptive; pas de diphthérie; pas de chorée; pas de douleurs de tête.

Un jour son père l'ayant envoyé porter 7 fr. 80 à un loueur de voitures, au lieu d'aller les porter, il alla les jouer, et perdit ou mangea tout. — Placé il y a cinq ans dans une imprimerie, il ne put y rester que deux jours à cause de son manque d'instruction. Il aurait été figurant dans un théâtre. Etant hors de la maison il a vendu, pour le compte d'un autre, des allumettes de contrebande et a été condamné à un mois de prison ; mais sa mère ne sait au juste à quelle époque. Contrairement à ce qu'il prétend, le malade ne sait pas un mot d'allemand, ni d'hébreu; on a essayé de lui apprendre l'hébreu mais sans succès. Il paraît qu'il a toujours été menteur et il aimait à faire des niches. Un jour il vint dire à sa mère qu'il avait vu son père entrer aux Folies dramatiques avec une fruitière, avec laquelle du reste sa femme l'avait pris en flagrant délit d'adultère un jour. C'était faux cette fois, et une fois sa mère partie, il se réjouissait d'avoir fait une niche. — Quand il était aux halles, il s'amusait à faire des grimaces pour attirer l'attention et avoir quelques sous. — « Il faisait le polichinelle, comme s'il était fou. »

Etat actuel (5 janvier 1885). — *Sensibilité :* le chatouillement ou le contact ne sont pas perçus sur la moitié antérieure gauche du tronc, du cou et de la face. Elle est conservée sur le membre infé-

rieur gauche à partir de l'aine. — Sur la moitié antérieure droite du tronc, la sensibilité est conservée mais obtuse. Il y a *anesthésie* de la moitié postérieure droite du tronc, du bras droit et du membre inférieur droit. La sensibilité à la douleur du *côté gauche* est perdue au cuir chevelu, à la face, sauf à la moitié gauche du menton, aux membres supérieurs sauf aux doigts; — sur le ventre et la partie supérieure du thorax du côté gauche. — Elle est conservée dans le dos et au membre inférieur gauche. Du *côté droit*, la disposition de l'anesthésie est sensiblement la même. — La sensibilité à la température est abolie sur la moitié gauche de la face, du cou, du thorax et de l'abdomen jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic; sur le bras et les doigts où il sent cependant lorsqu'il est mouillé. A droite elle est abolie dans les mêmes régions, mais l'abdomen est complètement insensible.

Puberté. — Très léger duvet sur la lèvre supérieure. — La région pectorale est assez développée. Poils noirs assez abondants au pénil. — Bourses rétractées, testicules égaux de la dimension d'un œuf de pigeon. — Pas de varicocèle. — Verge bien développée; circoncision, gland découvert; méat un peu en arrière, très étroit. — Il prétend ne pas se masturber, ou très rarement.

25 *février.* — A la suite d'attaques répétées dans ces derniers jours, il présente une légère orchite traumatique.

25 *juillet.* — On constate de l'atrophie musculaire de l'éminence thénar droite, et du premier espace interosseux, avec laxité des ligaments du pouce et mouvements exagérés de ce doigt. — Depuis son entrée le malade a eu, en décembre, 39 attaques et 2 vertiges; en janvier, 122 attaques et 3,087 vertiges; en février, 126 attaques et 968 vertiges; en mars, 111 attaques et 245 vertiges; en avril, 181 attaques et 440 vertiges; en mai, 249 attaques et 224 vertiges; en juin, 93 attaques et 76 vertiges. — Depuis un mois il n'a plus d'attaques. Il n'est plus grossier, ne déchire plus ses habits. — On a pu l'emmener en promenade, ce qui n'était pas possible auparavant. Il est tranquille partout et ne demande qu'à travailler. Il présente un affaiblissement très marqué du côté droit. — Avec le dynamomètre Mathieu, il donne à droite 12 et à gauche 32.

29 *août.* — Le malade a eu une attaque vers 8 heures et demie, qui a duré un quart d'heure. A 10 heures, alors qu'il était encore un peu hébété on essaie de l'endormir par le regard. — Au bout de cinq à six minutes, on voit seulement quelques palpitations des paupières; les yeux s'humectent un peu, puis quelques mouvements de déglutition et cela s'arrête. — Au bout de dix minutes, il n'y a aucun résultat et on cesse l'expérience.

31. — Le malade a été pris à 8 heures et demie d'une attaque qui a duré jusqu'à 10 h. 20. Il est repris à 10 h. 35. — M. Bourneville arrive au moment où après la période épileptoïde, le malade fait l'arc de cercle lequel persiste pendant une minute, une minute

et demie. Puis il a des battements violents des membres inférieurs qui ébranlent le lit; les jambes sont projetées en l'air, puis retombent violemment. — Rigidité complète dans l'extension. Il crie « oui ! »; la rigidité est très marquée; la face est rouge, le tronc se soulève à demi rigide; la tête est en extension, la face tournée à droite. Puis il est pris de secousses tétaniformes, prolongées, des quatre membres, égales des deux côtés. Ensuite il sort de sa bouche une écume abondante, sanglante, et enfin le stertor apparaît. — Une seconde fois il crie « mort, mort! »; il se débat avec de grands mouvements cloniques. Puis un repos avec une respiration fréquente. — Il se soulève brusquement, s'asseoit à demi et regarde à droite. Puis apparaissent de nouveau les grands mouvements à la suite desquels nouveau repos avec respiration fréquente bruyante. — Le corps est dans l'extension ainsi que les membres. — Puis il se tortille, se retourne très vite, se couche sur le ventre, se remet sur le dos. — Nouveau repos dans l'extension, les paupières closes, les yeux dirigés en haut, les pupilles fortement dilatées, la respiration bruyante.

Une troisième période épileptoïde survient marquée par le cri « Euh! », puis rigidité générale, la tête dans l'extension, la face tournée à gauche, puis à droite. Secousses tétaniformes, prolongées, des membres et des paupières. Stertor, écume abondante, sanglante. — Repos : même attitude. Puis grands mouvements; il crie : « chouette, chouette ! » — Repos avec respiration fréquente. — Parfois il a des secousses. Il se relève brusquement, s'asseoit, appelle, puis a de grands mouvements tout à fait classiques avec flexion des jambes, des cuisses, du tronc, projection des membres en l'air, puis il retombe sur le lit. Petits mouvements sur place des membres inférieurs. — Repos puis de nouveau grands mouvements qui commencent par la flexion des jambes sur les cuisses, et dans lesquels il crie. — Repos, puis arc de cercle : le corps repose sur le membre inférieur droit, tandis que le gauche est soulevé à 45°. — Nouvelle période épileptoïde débutant par le même cri étouffé que précédemment, et pendant laquelle les pouces sont en dehors de la main. Repos pendant lequel il crie : « Ah! oui, quand je suis sorti j'ai trouvé Paris changé ». — Nouvelle période épileptoïde. Repos, respiration toujours bruyante. — Puis il s'asseoit la figure souriante, retombe, présente des mouvements du bassin et de grands mouvements du tronc. Enfin repos prolongé dans lequel le malade demande à boire. — Il est 11 heures quand l'attaque prend fin. La température rectale prise alors est de 38°,8.

L'attaque est classique. L'arc de cercle est très beau, souvent d'une durée qui dépasse une minute; les pieds se posent sur la plante et non sur la pointe; la tête repose sur la nuque. — Durant l'arc de cercle il n'y a pas de trémulation.

11 h. 10. — De temps en temps, le malade a des secousses,

s'agite dans son lit, se couche tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Le malade se plaint d'avoir mal aux reins et même partout. Les secousses sont tantôt dans les épaules, tantôt dans les membres inférieurs.

Tout d'un coup il se relève, la tête étendue dans une attitude extatique; rigidité et battements des paupières. Il retombe et a de petits mouvements tétaniformes. Repos puis grands mouvements, tantôt sur le ventre, tantôt sur le dos. Ou bien il se place sur la tête dans l'attitude d'un clown, le tronc étendu, les membres à demi-fléchis. Il retombe, s'asseoit, regarde à droite d'un air indifférent, puis retombe de nouveau et est pris de trémulation. Repos. Il se met ensuite à genoux les paupières fermées, les bras allongés le long du tronc, qui est penché en avant. Après un moment le malade se relève, le tronc incliné sur le côté gauche, puis il retombe brusquement à genoux.

Cri étouffé, période épileptoïde, secousses tétaniformes. Repos. Evacuation involontaire d'urine. Repos. Puis arc de cercle, le corps reposant sur la tête et les pieds. Il profère des obscénités, puis s'asseoit, est pris de grands mouvements, résiste, cherche à mordre. Repos. Cris prolongés et plaintifs. Il demande à boire et se couche sur le côté droit. Il est 11 h. 30.

12 *octobre*. — A eu hier neuf attaques de 7 heures et demie à 10 heures et quart du soir.

28. — Nous voyons sa sœur n° 5 qui vient le demander pour qu'il assiste à son mariage le lendemain. Elle a été prise d'attaques de nerfs à l'âge de quatorze ans, à la suite d'une peur. Sa mère ayant du délire pendant une variole voulut se jeter par la fenêtre. Elle prit peur se trouvant seule avec elle, et le même jour, elle fut prise de douleurs dans le côté gauche de la face. Un mois après elle eut une attaque. Les attaques étaient quotidiennes et se produisaient cinq ou six fois par jour. Elle fut soignée à l'hôpital Rotschild, puis à la Salpêtrière chez M. Charcot, pendant deux ans. Après sa sortie elle eut encore deux ou trois attaques, et elle n'en a plus du tout depuis trois ans.

1886. — 14 *janvier*. — Depuis un mois à peu près, il n'est pas allé à l'école et il entraîne les autres à mal faire. Le malade Th... prétend que Ca... l'a sodomisé en échange de 2 francs qu'il lui devait; mais Ca... nie avoir jamais eu de rapports avec lui, non plus qu'avec des hommes en ville. Il en avoue seulement avec des femmes.

24 *avril*. — A été envoyé en congé le 18 avril pour trois jours. Il refusait de rentrer. Il n'a pas eu d'attaques pendant son congé et a aidé sa mère dans son commerce.

4 *mai*. — Le malade tombe en attaque à 7 heures et demie. Quand on arrive, il est pris subitement de convulsions cloniques des quatre membres. Un tremblement très fort secoue tous les mem-

bres. Il y a de l'écume à la bouche : les yeux sont fortement déviés à gauche; les pouces sont fléchis dans l'intérieur de la main, les doigts repliés sur les pouces. Ces attaques durent une quinzaine de secondes environ. Pas de cri initial. Durant l'attaque la tête est dans l'extension; le malade est pris de mouvements convulsifs latéraux, la bouche est déviée à droite. Puis il y a une période de stertor, avec ronflement pendant laquelle les globes oculaires sont tellement déviés qu'en abaissant fortement la paupière inférieure il est impossible de voir la pupille et de savoir de quel côté la déviation a lieu. Le globe de l'œil n'est certainement pas dévié en haut.

Les attaques se succèdent presque sans intermittence. Au moment où on est appelé, 7 h. 50, il a déjà eu quatorze accès consécutifs. Elles sont séparées les unes des autres par quatre ou cinq minutes d'intervalle à peine.

Après la dix-septième attaque le malade se réveille un peu et demande à boire. Deux minutes après avoir bu, les yeux se dévient en bas et à droite. Il a des mouvements de mastication, puis du tremblement de la mâchoire inférieure, auquel succède du grincement de dents; agitation de tout le corps, le malade remue les bras et les jambes, le tronc restant immobile. Cette agitation dure deux minutes environ, puis le malade se calme. A ce moment les yeux sont déviés en bas et à droite, les pupilles sont petites, contractées, mais égales.

A 8 h. 10, on détache le malade qui était camisolé. On constate alors dans la main des mouvements identiques à ceux de l'athétose. A 8 h. 12, nouvelle crise. Le malade pousse quelques gémissements faibles, puis surviennent des convulsions cloniques identiques aux précédentes. A 8 h. 15, nouvelle crise précédée comme l'autre d'un gémissement. Il est impossible de saisir une période tonique; les convulsions cloniques arrivent presque immédiatement. Elles existent seulement dans les jambes et dans les bras et pas dans le tronc. Au début de chaque accès les convulsions sont d'abord légères, c'est un tremblement; mais elles ne tardent pas à se prononcer et à revêtir le caractère de véritables convulsions.

A 8 h. 17 nouvelle crise. Le corps est fléchi en demi-cercle. La durée de ces attaques est d'une minute environ. La respiration est stertoreuse et irrégulière.

A 8 h. 20, nouvelle attaque d'une durée de trente secondes. A 8 h. 24, une secousse dans les membres supérieurs. C'est la première depuis le commencement de la série. — A 8 h. 26, vingt et unième attaque. Arc de cercle et convulsions cloniques des membres.

5. — L'enfant va bien le matin et se repose. Par moments il a des étouffements, la respiration est un peu haletante, le pouls est calme.

6. — A eu trois attaques le matin.

2 *juin.* — Nous constatons et le malade lui-même l'a remarquée, une hémianesthésie du côté droit. Ayant été endormi en 1881 par M. Charcot à la Salpêtrière, M. Bourneville essaie de l'endormir de nouveau par la pression des globes oculaires après commandement de dormir. Il dort au bout de cinq minutes. Pas de catalepsie; on lui parle, il répond et est très suggestionnable et on lui suggère des hallucinations diverses. Il a à son réveil perdu complètement le souvenir de sa période de sommeil.

7.—On l'hypnotise de nouveau et on essaie de produire des contractures, mais on n'y parvient pas. On fait sentir au malade un morceau d'enveloppe de lettre. On lui demande s'il sent, et il répond « oui ». On déchire alors l'enveloppe en plusieurs morceaux que l'on met en différents endroits du cabinet et on lui dit d'aller les chercher. Le malade se lève, se dirige vers la table où se trouve un des morceaux de papier. Il touche plusieurs feuilles qui sont aussi sur la table, les palpe et enfin saisit un des morceaux de l'enveloppe. Il se dirige ensuite vers un des coins de la chambre où se trouve le papier, se baisse pour le ramasser, tâtonne, mais ne parvient pas à le saisir. Il se dirige vers d'autres points dans la direction du papier qu'il ne ramasse pas non plus. Par moments il porte le papier qu'il a à la main à son nez, le sent longuement et continue à chercher. Mais bientôt il erre sans direction. On lui dit alors qu'il s'endormira le lendemain matin à 9 heures et demie. Il répète l'ordre et on le réveille. Il part du cabinet en titubant comme un homme ivre et arrive ainsi à l'infirmerie. Il s'y asseoit dans un fauteuil, puis prend sa course à travers les salles en allongeant le pas, s'arrêtant de temps en temps en ayant l'air de chercher consciencieusement et défaisant même les lits pour cela. A diverses questions qu'on lui posa, il ne répondit rien. Une fois cependant au moment où il voulait regarder dans le lit d'un malade couché, on le prit par la main pour l'éloigner. Il dit alors: « Je cherche un papier, il faut que je le trouve, » et il repartit de plus belle tout en dormant, grimpant sur les croisées, sautant par-dessus les lits avec une agilité surprenante, au point qu'on dut le maintenir assis sur un fauteuil pour éviter quelque accident. — Vers midi il tomba dans un sommeil léthargique, avec insensibilité complète. Mis au lit il eut quatre attaques consécutives semblables aux premières décrites plus haut.

9.—Il ne se rappelle rien de ce qui s'est passé hier.— A 10 h. 8, il est pris d'une attaque. Il devient raide, pousse un cri aigu, et est agité d'une série de secousses tétaniformes de plus en plus rapides suivies d'une période de stertor avec écume. Il est bientôt pris d'une nouvelle crise. La tête se soulève un peu, le corps devient rigide, les bras en extension se rapprochent de la ligne médiane, les faces des mains tournées l'une contre l'autre, les poings fermés et les membres inférieurs sont dans l'extension, puis présentent

des secousses tétaniformes de plus en plus rapides, après quoi survient une période de stertor, avec rapidité de la respiration et gonflement des joues.

Deux autres attaques épileptoïdes se succèdent bientôt. La période de stertor de la troisième attaque est suivie tout d'un coup d'une attitude passionnelle; le malade se redresse et se met à genoux, la tête renversée en arrière, les yeux regardant au ciel et à droite. Nouvelle attaque. — La face grimace violemment, la bouche se tord affreusement. Il pousse un gémissement; la tête se soulève, tout le corps devient rigide, les membres dans la même attitude que plus haut. Surviennent ensuite des secousses tétaniformes de plus en plus fortes.— Enfin arrivent des mouvements cloniques assez étendus dans les quatre membres et aussi intenses d'un côté que de l'autre. — La crise se termine par une période de stertor bruyant, avec résolution complète et dilatation pupillaire, les yeux convulsés en haut et à droite. Écume à la bouche. Respiration précipitée, ronflante.

A 10 h. 20 nouvelle attaque avec : 1° rigidité; 2° phase tétaniforme; 3° période clonique avec mouvements étendus; 4° stertor. A 10 h. et demie placé dans son lit il a une série d'attaques très violentes, toujours semblables aux précédentes.

S'étant endormi il ne se réveille qu'a 3 heures et ses attaques le reprennent.—A 8 heures du soir il a de nouvelles secousses pendant 15 minutes, puis deux attaques d'une durée d'une minute, et revient à lui presque aussitôt. — La nuit est bonne, il dort, et le lendemain il paraît seulement un peu fatigué.

23.— Il travaille dans la section aux soins domestiques et va à l'école des adultes. Son caractère est assez gai et sa conduite est convenable depuis quelques mois. Il a souvent de la céphalalgie bitemporale, avec troubles de la vue. Les douleurs sont intermittentes. Elles prennent le soir et durent environ une heure.

20 *juillet*.— Est allé en congé le 11, mais s'est sauvé de chez ses parents dans la nuit du 18.

26. — Réintégré, il prétend s'être sauvé parce qu'il avait trouvé de l'ouvrage chez un lithographe. Il y serait resté trois jours et faisait les courses. Il croit n'avoir eu qu'une seule attaque depuis sa sortie, sur le boulevard Voltaire. Il a été conduit au poste où il a donné un faux nom; aussi ne l'a-t-on pas maintenu.

Après son arrestation il aurait été conduit au dépôt, où il serait resté deux ou trois jours, puis à l'Asile clinique sur le certificat du Dr Garnier portant : « Epilepsie, attaques graves et fréquentes, affaiblissement intellectuel consécutif, actes déraisonnables et inconscients ». Renvoyé de Sainte-Anne à Bicêtre le 24 juillet avec le certificat du Dr Dubuisson portant : « Epilepsie, perversion des instincts, débilité mentale; atrophie musculaire de la main droite. » Envoyé en cellule.

10 *août*. — Tranquille depuis sa réintégration. — Est resté quatre jours en cellule. Va travailler à la buanderie. Dit être sujet à des éblouissements, surtout quand il se baisse. — S'il est debout « ça lui fait noir devant les yeux ». Les personnes qui sont autour de lui sont noires. » — Il lui semble que tout tourne autour de lui. Il prétend voir les objets doubles. — Pas de phosphènes. — Pas de bourdonnements d'oreilles. Pas de perte de connaissance. La durée de ces accidents est d'environ trente secondes. — Il assure que les vertiges viennent avant les attaques et l'avertissent.

11. — Les attaques ont commencé à 9 heures, épileptiformes seulement d'abord, puis hystériformes avec délire ; paroles érotiques. A certains moments il déclame des vers, puis chante une chanson. Soupirs érotiques. Peu de gestes érotiques, quelques rares mouvements du bassin. — Ses paupières sont baissées, les yeux convulsés en haut et en dedans. La sensibilité est abolie. Le pouls est petit et rapide. — Accès épileptiforme de quelques secondes après lequel réveil incomplet qui lui permet de répondre aux questions qu'on lui pose. Il pleure et se plaint de souffrir des lombes, des cuisses et des bras.

15 *septembre*. — On lui avait suggéré hier en état d'hypnotisme la disparition d'un point hyperesthésique sous-costal gauche, et de venir à 10 heures au cabinet. Il vient et dit qu'il n'a plus du tout souffert de son point. — On l'hypnotise par compression des globes oculaires. — Les trois états sont peu nets : le plus net est le somnambulisme qui s'obtient par frictions sur le vertex. — Avant la séance il avait de l'achromatopsie complète à droite avec hémianesthésie complète de ce côté. On lui suggère les couleurs, la disparition des points douloureux, de l'aura de l'attaque et par suite de l'attaque. On le réveille en lui soufflant sur les yeux. Une fois réveillé, au bout de dix minutes il reconnaît toutes les couleurs suggérées de l'œil droit. Il doit venir nous retrouver demain seul à 10 heures.

16. — Il reconnaît toutes les couleurs sur des papiers autres que ceux ayant servi à la suggestion.

23. — A l'atelier les surveillants et les camarades du malade prient qu'on le garde à la section. On n'en peut rien faire et il empêche les autres de travailler.

1er *octobre*. — Série d'attaques depuis hier. Il est assez fatigué ce matin, et ne veut rien manger. 38°,2.

2. — Amélioration. Il répond bien aux questions. — Il a eu deux accès ce matin. T. R. 37°,8.

4. — Il a eu onze attaques depuis hier. Il est abruti; répond mal aux questions, mais entend bien et a la parole libre. Les pupilles sont égales et moyennement dilatées.

11 *novembre*. — A gardé encore la notion de toutes les couleurs.

9 *décembre*. — Sous prétexte qu'il « s'embêtait », et que depuis hier soir les malades n'ont fait que l'ennuyer et l'appeler marmiton, il a cherché ce matin à s'évader; on l'a laissé sortir de la section en même temps que les travailleurs, voulant, dit-il, parler au surveillant; il a suivi les travailleurs jusqu'aux grands ateliers. — Il s'était fait un petit sac d'objets de toilette. — Il s'est caché dans les cabinets, où il s'est rencontré avec un autre malade évadé, Grand... Il prétend qu'il n'y avait pas eu d'accord préalable entre eux. — Depuis un mois et demi il ne travaille plus. — Il a été renvoyé successivement de la buanderie et du marais. Envoyé en cellule.

15. — La sensibilité dans ses différents modes paraît très obtuse des deux côtés. Il est très difficile de faire préciser au malade ce qu'on lui fait et de constater une différence entre les deux côtés.

22. — Depuis quelques jours le malade a de nombreuses attaques se présentant par séries le soir. Il n'en a plus après 9 heures et demie.

Aura. — Quelques minutes avant l'attaque le malade dit avoir des étourdissements, voir noir et voir tout tourner. Il a une sensation d'étouffement partant de la région épigastrique qui remonte à la gorge jusqu'au niveau du larynx. Pas de zones hystérogènes, ni même hyperesthésiques; pas d'achromatopsie. — Le champ visuel est rétréci surtout à droite et l'acuité visuelle est diminuée. La sensibilité des téguments de l'œil est conservée, quoique un peu diminuée du côté droit. L'acuité auditive est égale des deux côtés mais faible. Le réflexe pharyngien est aboli. Le goût paraît très obtus, surtout sur la moitié droite de la langue. — L'odorat paraît normal.

29. — A été renvoyé plusieurs fois de la buanderie parce que la vue des femmes l'excitait et qu'il allait se masturber dans les cabinets où il avait des attaques. Dans ces derniers temps il a fait deux tentatives d'évasion et a été mis en cellule huit jours, durant lesquels il s'est masturbé une vingtaine de fois. La figure est moins éveillée; il est obtus.

1887. — 10 *juin*. — Il s'est évadé à 4 heures du soir.

1888. — 24 *mars*. — Réintégré le 21 mars. A été arrêté vendant un journal boulangiste et annonçant de fausses nouvelles de Berlin.

Réflexions. — I. Nous avons à signaler chez les ascendants, des excès alcooliques chez le père et le grand-père du malade; des migraines chez la mère; des accidents nerveux divers chez les frères et sœurs (hystérie, arriération intellectuelle et instabilité mentale, fièvre cérébrale).

II. L'hystéro-épilepsie s'est développée sur un terrain pré-

disposé : retard dans la marche et la parole, incontinence nocturne d'urine, débilité mentale, irritabilité, actes de violences, perversion des instincts, instabilité mentale, en un mot un état nerveux probablement d'origine congénitale et qu'il est peut-être possible de rattacher aux tendances alcooliques du père qui existaient déjà lors de la conception.

III. Dans un grand nombre d'observations d'hystérie nous voyons des émotions vives être le point de départ des crises convulsives. Ici il n'y a rien de ce genre d'après les parents et le malade, étant peu véridique, on ne peut guère attacher d'importance à ses dires lorsqu'il n'est pas possible de les contrôler. L'hystérie a été précédée de troubles moraux et d'excès ou de misère relative. Le malade appartient à la race juive. Or, dans son existence jusqu'à la Révolution française et même encore dans quelques pays, cette race a éprouvé à travers les siècles un certain nombre d'émotions... très vives, portant non plus sur les individus isolés mais sur la collectivité et créant chez elle un état nerveux ethnique qui prédispose ses membres d'une façon particulière à toutes les maladies nerveuses. Pour appuyer cette opinion, qui nous paraît peu contestable, nous n'avons pas sous la main de documents complets. A leur défaut nous invoquerons une statistique partielle. En 1875, à Bicêtre, sur 538 aliénés, dont 437 adultes et 101 enfants, il y avait 14 israélites. Si la proportion était la même dans les autres asiles, on arrivait à 188 israélites sur 7248 aliénés. Au recensement de 1872 la population totale du département de la Seine était de 2,220,060 habitants dont 24,319 israélites. Il s'en suivrait donc que les israélites fournissent 7 aliénés 7 pour 1,000 alors que le reste de la population n'en donne que 3,2. Nous reviendrons sur ces chiffres approximatifs.

IV. Sous le rapport des *attaques* elles-mêmes, nous n'avons rien à mentionner spécialement ; elles rentraient dans le type classique. Lorsque les attaques se succédaient durant un assez long temps, la *température* s'élevait un peu au-dessus de 38° sans jamais atteindre le chiffre élevé qu'on observe dans l'état de mal épileptique.

V. Relevons enfin l'*atrophie musculaire* de l'éminence thénar droite et du premier espace interosseux, sans pouvoir préciser à quelle cause il convient de la rattacher. L'hystérie

en tout cas n'a joué aucun rôle dans sa production puisqu'elle existait dès l'enfance.

II.

Sommaire. — *Père, convulsions de l'enfance; nerveux et irritable. — Grand-père paternel tœdium vitæ. — Oncle paternel, excès de tout genre. — Deux cousins germains morts de méningite. — Mère très impressionnable. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Premières dents à six mois; parole à quinze mois; propre à trois ans; marche à trois ans. — Peurs à treize ans. — Cauchemars, somnambulisme. — Première attaque à treize ans et demi. — Pas d'aura, oubli de l'attaque. — Attaques de sommeil. — Tremblement. — Stigmates hystériques peu marqués. — Attaques limitées à la phase épileptoïde. — Elévation de la température après l'attaque. — Secousses. — Hallucinations. — Attraction.*

Hir... (Lucien), né le 8 août 1869, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 25 juin 1887.

Renseignements fournis par le père. — *Père*, quarante-cinq ans. bijoutier, taille ordinaire, bien portant, pas d'excès de boisson. Aurait eu des convulsions dans l'enfance. — Marié à vingt un ans. Pas de syphilis. Céphalalgies assez fréquentes, sans vomissements. — Pas de rhumatisme. — Pas d'attaques de nerfs, mais très nerveux, très irritable. — Intelligent. [*Père*, mort quand il avait douze ans, d'ennui surtout, ayant perdu sa femme deux ans auparavant. Sobre; très fumeur. [*Mère*, couturière, morte quand il avait dix ans; il ne sait de quoi; elle avait une affection abdominale depuis huit mois. [*Grands parents paternels*, pas de renseignements, ni sur le *grand-père maternel*. [*Grand'mère maternelle*, morte de vieillesse à quatre-vingt-cinq ans, non paralysée. [*Trois frères*, l'un mort de la poitrine à l'Hôtel-Dieu; faisait des excès de tout genre; le second mort des suites d'une opération sur le cou; le troisième est bien portant et n'a jamais eu d'accidents nerveux. Il en est de même de ses trois enfants. Deux d'entre eux sont mariés d'où sont issus trois enfants dont un est bien portant, et dont les deux autres sont morts de méningite (cousins issus de germains de notre malade). — Pas de sœurs. — Pas d'hystériques, d'épileptiques, de paralytiques, etc., dans la famille.

Mère, quarante ans, s'occupe de son ménage. Pas de convulsions dans l'enfance. Réglée à douze ans. — Mariée à seize. Pas d'attaques de nerfs, de migraines, mais assez souvent des céphalalgies.

Pas de névralgies, pas de rhumatismes, pas de maladies de peau. Très impressionnable. Aucune maladie sérieuse depuis son mariage. [*Père*, bien portant; excès de boisson de tout temps, mais n'allant pas jusqu'à l'ivresse, « c'est comme un tonneau ». Calme, sans accidents nerveux. [*Mère* morte il y a longtemps, d'une affection abdominale; n'était pas nerveuse. — [*Grand-père paternel*, mort jeune, paralysé à la suite d'excès de boisson. — [*Grand'mère paternelle*, morte subitement à soixante-cinq ans. — [*Grands parents maternels*, pas de détails. — [Ni *frères*, ni *sœurs*. Pas d'hystériques, d'épileptiques, d'aliénés, etc., etc., dans la famille. — [Pas de consanguinité.]

Deux *enfants* : 1° *fille*, vingt et un ans, petite, bien conformée ; intelligente; pas de convulsions dans l'enfance; non mariée; pas d'attaques de nerfs; pas nerveuse.

2° *Notre malade*. — Au moment de la *conception*, les parents étaient bien portants tous les deux. — *Grossesse* bonne. Pas de chutes, de coups, de peur; pas d'alcoolisme; pas d'éclampsie. — *Accouchement* à terme, naturel. — *A la naissance*, pas d'asphyxie ; bel enfant. Elevé au sein par sa mère; sevré à quatorze mois. — A *marché* à trois ans seulement. — *Premières dents* à six mois. — A commencé à *parler* vers quinze mois. A eu toutes ses dents très tard, vers trois ans; *propre* à trois ans seulement. Il était déjà en retard à quatorze mois quand il a été sevré, au début du siège de Paris. Il a pris du bouillon de cheval pendant deux ou trois mois. Après la Commune, on le mit au lait de chèvre et il reprit assez vite. « Le lait de chèvre l'a sauvé », dit la mère. — Il l'a continué pendant deux ans, et on dut le supprimer parce que cela le rendait très méchant, très nerveux [1]. Mis à l'école vers quatre ans, il apprenait bien, comme les enfants de son âge. Pas de convulsions dans l'enfance. — A neuf ans chute sur le côté gauche, avec une énorme bosse au front, qui aurait toujours laissé une trace. Elle ne s'est pas accompagnée de perte de connaissance et il a pu retourner à l'école le lendemain. A treize ans, en allant faire une course, il eut une *peur* occasionnée par la chute à ses pieds, d'un sixième étage, d'un individu qui se suicidait. Il a été éclaboussé par le sang et la cervelle. Il ne s'est pas trouvé mal, mais il est rentré à la maison tout effrayé, blême et tremblant. Un mois après, étant à la campagne, les gamins du pays, pour faire une niche au Parisien, le conduisirent auprès d'un terrain bourbeux en le défiant d'y aller. Il y alla et s'enfonça presque jusqu'aux épaules. Il aurait eu très peur. Quinze jours après il est rentré chez ses parents. C'est alors qu'on a constaté des *cauchemars* qu'il n'avait pas auparavant. Il se levait la nuit, traversait une pièce, allait dans la chambre de

[1] Jean Wier.

son père, effrayé et disant qu'il y avait des voleurs : « Je t'en prie, lève-toi, il y a des voleurs ici. » Il fallait qu'on le conduisit à la porte, lui montrer qu'elle était bien fermée, que des voleurs n'avaient pu entrer. Rassuré, il se recouchait et s'endormait. D'autres fois il criait : « Au feu », venait trouver son père, la figure très effrayée et les yeux ouverts. Cela lui arrivait environ trois fois par semaine. Jamais il ne parlait du suicidé, ni de son embourbement. Il ne lisait pas de romans, mais seulement des livres de science.

C'est un mois après la seconde peur, à treize ans et quatre mois, qu'il a eu sa première attaque (novembre 1882). Il fut pris en mangeant gloutonnement un morceau de céleri. Il se mit à tourner autour de la table en étouffant (on croyait que c'était le morceau de salade); puis il tomba à la renverse, raide, les dents serrées. On essaya mais en vain de les écarter pour enlever le morceau de céleri. Puis il aurait « gigotté » environ 15 minutes. Bave sanguinolente légère. Le médecin arriva quand la raideur avait disparu et lui enleva le morceau de céleri. Alors il s'assoupit sans dire un mot depuis le commencement de son attaque. Il n'évacua pas sous lui. Pas d'aura. Il ne se rappela pas ce qui lui était arrivé. Pas de cauchemars pendant la nuit suivante. Le lendemain il était très fatigué, et n'est pas sorti.

La *seconde attaque* eut lieu dix mois plus tard. Dans l'intervalle la santé avait été bonne, mais les cauchemars avaient persisté. Cette seconde attaque l'a pris alors qu'il était en classe, sans cause appréciable. Elle dura 15 minutes. Pas d'aura, pas de délire. Il s'est mordu la langue, mais n'a pas uriné sous lui. Il put revenir à pied chez lui. Il fut alors traité par Raspail pendant huit mois pour de l'anémie, par les viandes saignantes et les bains sédatifs, et pendant cette période, il eut deux ou trois attaques. Il eut huit attaques seulement cette année là (1883).

En 1884 on continua le même traitement et il eut 15 attaques. C'est alors qu'on le conduisit à la consultation de M. Charcot où M. Marie lui ordonna le bromure de potassium à doses graduées. Il resta un mois sans tomber. Puis il y eut une rémission de trois mois.— On diminua la dose et il retomba au bout de quinze jours. On a alors augmenté la dose de bromure et on lui a donné des douches (été 1885; — hiver 1885-86). Il eut 9 attaques en 1885. Il suspendit le bromure en 1886, au mois de mai, parce que ça le dégoûtait. Les crises venaient alors tous les mois, toutes les six semaines. On l'envoya ensuite à Berck où il ne fit que prendre des bains de mer (juin-décembre 1886). Il aurait été trois mois sans attaques. Vers la fin de son séjour il eut une attaque dans les champs en conduisant un cheval qui lui fractura la clavicule d'un coup de pied, fracture pour laquelle il fut traité à l'hôpital.

En 1886 il eut 13 attaques. – Dans l'une d'elles il s'est cassé deux

dents, s'est abîmé la mâchoire et le menton qui en portent encore les traces. Dans une autre, l'année précédente, il était tombé au

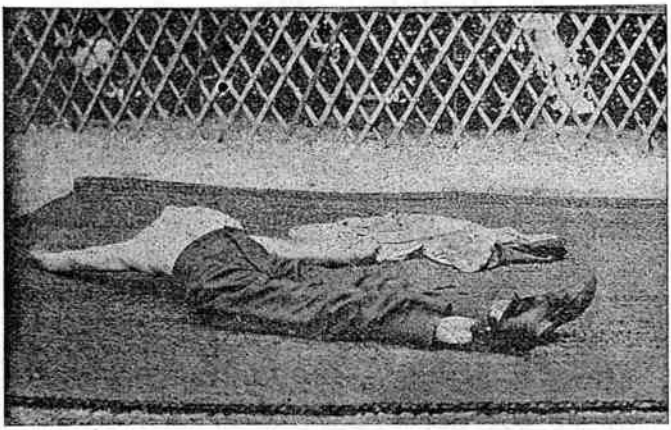


Fig. 32.

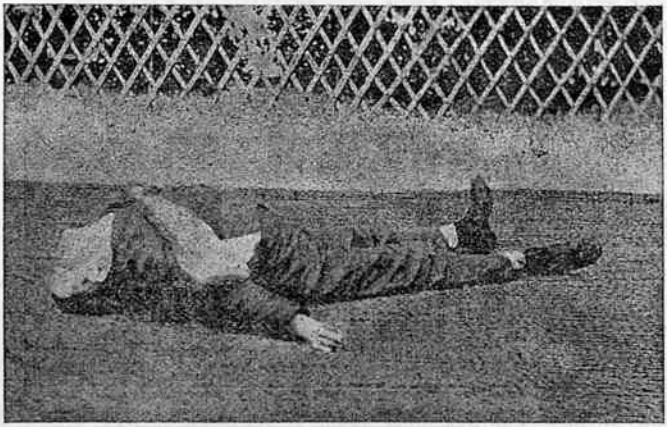


Fig. 33.

milieu de la rue et avait failli être écrasé par un camion. Il semble qu'il n'ait en effet aucune aura qui l'avertisse.

En 1887, après une rémission d'un mois, il fut repris d'attaques tous les quinze jours. A la fin de février il fut traité par le Dr Rivalls,



Fig. 34.

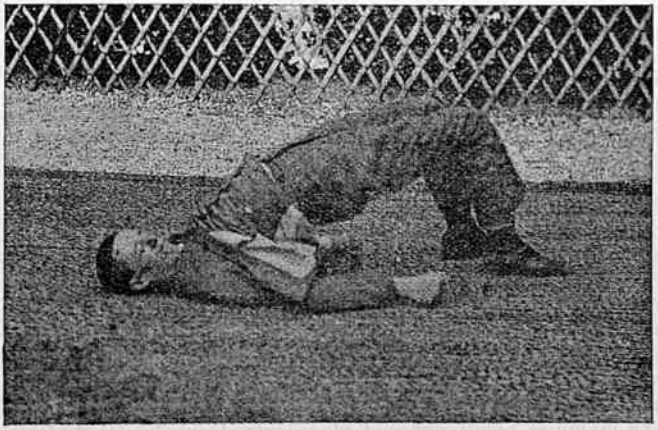


Fig. 35.

qui promit de le guérir avec son nervo-sédatif pour 150 francs. 75 comptant, et 75 ensuite après guérison. Il resta trois mois sans tomber. A la fin du mois de mai, revenant de course il s'est assis et

aussitôt *endormi* sans rien dire. Son père, croyant à une plaisanterie, l'a secoué pour le réveiller. Alors il s'est levé puis est retombé raide et s'est mis à s'agiter, à se débattre d'une façon telle que trois personnes ne parvenaient pas à le maintenir. Puis il répéta à plusieurs reprises : « Plutôt la mort ! » La physionomie n'était pas changée. Il se roulait sur lui-même, mais ne faisait pas l'arc de cercle. Il cherchait à s'arracher la poitrine. Les yeux étaient fermés. De temps en temps il y avait un arrêt, puis il se raidissait et recommencait à se débattre. Cela dura une heure. En revenant à lui il fut repris d'une crise *analogue aux anciennes* (probablement attaque épileptoïde) ; pas de pleurs, pas de miction involontaire. Il n'a pas dormi après son attaque, s'est levé et a aussitôt dîné. Puis il raconta que, avant de rentrer à la maison, il était tombé en glissant dans la rue et avait failli être écrasé par un omnibus. Une femme qui passait, croyant qu'il était écrasé, s'était trouvée mal et avait été conduite dans une pharmacie. Il assurait que lui n'avait pas eu peur. Huit jours après, nouvelle attaque qui a débuté de la même façon : *sommeil de deux minutes* d'abord, puis il a été pris sans qu'on y touche ; il s'est levé et est tombé en pirouettant. L'attaque dura 30 minutes. Il avait dans sa poche un couteau qu'il prit et essaya d'ouvrir. On le lui enleva et il fit le simulacre de s'en donner un coup dans la poitrine. Il prit ensuite un canif dans la poche de son gilet, on le lui enleva, et il fit encore le simulacre de se donner des coups dans la poitrine. — « Dans ses crises il cherche toujours à se déchirer la poitrine, comme s'il y souffrait beaucoup. » Il tombe presque toujours en penchant du côté gauche. Les attaques deviennent plus fréquentes, revenant tous les huit ou quinze jours. Dans l'une d'elles il fut victime d'un escroc qui le dévalisa dans une pharmacie, avant qu'il eut recouvré connaissance, en se faisant passer pour son frère, fait qui fut rapporté dans divers journaux le lendemain sous le titre : *Un épileptique volé.*

Au mois de juillet, après deux attaques survenues dans la rue, il est pris d'idées tristes voyant que sa maladie ne guérit pas. « Il se croit une charge pour tout le monde et dit qu'il se jettera par la fenêtre si cela continue. Il devient irritable, plus colère qu'autrefois. Il ne dort pas depuis six mois, sans savoir ce qui l'en empêche. » Dans la journée il s'assoupit volontiers. — Depuis qu'il se traite il n'a plus de cauchemars. Par moments il a des accès de gaîté ; d'autrefois des accès de tristesse.

La mémoire serait devenue plus lente depuis le début de la maladie. — Il est devenu aussi très contrariant et soutient toujours l'inverse de ce qu'on avance. — Pas d'onanisme, pas de rapports sexuels ; il ne cherche pas la compagnie des jeunes filles ; il est cependant caressant et embrasse volontiers un ami.

Rougeole à quinze mois, puis scarlatine qui le rendit très malade.

Pas d'autres fièvres. Pas de diphthérie; pas de chorée. Coqueluche après la scarlatine. Pas de croûtes dans les cheveux, pas d'adénite; pas de dartres; pas de gourme, d'otite, ni d'ophthalmie.

Dans ces derniers temps il ne faisait rien; il s'ennuyait à la maison, et il a cherché quatre ou cinq fois à se placer pour faire des courses. Il restait au maximum un mois en place; ça l'ennuyait et il disait : « J'en ai assez, je m'en vais, » ou bien on le renvoyait à cause d'un *tremblement* qui le prend par moments et l'empêche d'agir sûrement.

Sa tenue est bonne, son langage convenable. Il paraît qu'à Berck on le poussait à boire pour résister au climat (café, eau-de-vie, bière). Il ne s'est jamais grisé qu'une fois. — A Paris il n'a pas fait d'excès alcooliques.

Depuis longtemps, — avant sa première crise, — il se plaint de souffrir du cœur, d'être essoufflé en montant les escaliers. Il s'en plaint de plus en plus depuis le début des crises.

Etat actuel. — 5 *juillet* 1887. — *Tête.* Pas d'asymétrie crânienne appréciable. — *Cheveux*, châtain foncé, assez fournis. — *Front*, élevé, large. Bosses frontales saillantes. Légères dépressions sus-sourcilières. *Sourcils* marqués.

Diamètre antéro-postérieur	19 cent.
— bi-pariétal	15,7
— bi-auriculaire	12,7
Circonférence antéro-postérieure	38,5
— horizontale	58
— bi-auriculaire	38

Yeux, assez grands, bruns. Outre les étourdissements dans lesquels la vue se trouble l'espace d'un éclair, il arrive assez souvent au malade d'avoir la vue troublée pendant dix minutes, un quart d'heure. En même temps ses paupières sont agitées de tremblement. Les mains, les bras, les membres inférieurs sont également agités d'un tremblement beaucoup plus rapide que celui des paupières, surtout pour les mains.

Le *champ visuel* paraît un peu rétréci des deux côtés, surtout à droite. Il voit le violet gris, et hésite entre deux nuances de violet. Il voit le vert foncé bleu, mais distingue bien les autres couleurs.

Nez régulier, non dévié. Anosmie presque complète du côté droit. — *Bouche* petite; lèvres minces. La perception des saveurs paraît très obtuse sur toute l'étendue de la langue, mais semble presque abolie à droite.

Abolition du réflexe pharyngien dans la moitié droite du pharynx. — *Voûte palatine*, profonde. — *Dents* régulièrement plantées. Deux sont cassées, l'une dans une attaque en mordant, l'autre par accident.

Oreilles petites, bien ourlées. La montre placée de chaque côté à la même distance est mieux entendue à gauche qu'à droite. Placée directement sur le pariétal, elle n'est pas du tout entendue à droite et l'est très faiblement à gauche.

Thorax, bien développé ; régulier, symétrique. Fracture ancienne de la clavicule gauche.

Membres supérieurs. Bien conformés et développés. — *Réflexes* du coude et du poignet égaux et normaux.

Membres inférieurs, bien conformés. — *Réflexes* patellaires et plantaires diminués du côté droit.

Organes génitaux. — Poils assez courts, peu nombreux sous les aisselles. — Poils abondants au pénil. Verge, longueur 7 cent., circonf. 6 1/2. Prépuce un peu étroit; gland découvrable, méat normal. Testicules dans les bourses, égaux, du volume d'un petit œuf de poule, non douloureux.

Sensibilité générale. — Le *chatouillement* paraît senti également des deux côtés de la face, mais d'une façon plus marquée à gauche au tronc, aux bras et aux membres inférieurs. La *sensibilité à la piqûre* paraît atténuée du côté droit au cuir chevelu, à la face et au cou. Sur le tronc et les membres inférieurs, les yeux fermés, elle est prise pour un pincement. La sensibilité au pincement est diminuée dans tout le côté droit du corps. Il en est de même de la *sensibilité à la température*.

Pas de plaques d'hypéresthésie ni d'anesthésie. Légère douleur par la pression d'un point situé à environ 5 centimètres au-dessus du mamelon du côté gauche. Pas de douleur à la pression des apophyses vertébrales. — Torticolis assez fréquents passant en une ou deux heures.

Pas de points hystérogènes, sauf le léger point douloureux mamelonnaire, où le malade porte toujours sa main pendant ses attaques, et qui est alors très douloureux. Céphalalgies occipitales et temporales fréquentes.

Digestion. — Bon appétit. Quelquefois il mangeait énormément : « on croyait qu'il avait le ver solitaire ». Quand il est sur le point d'avoir une attaque, il ne mange pas ou très peu. Après ses attaques, au contraire, il a très faim. Il vomit souvent sans raison, — ou bien il a seulement des nausées. Constipation fréquente.

Respiration, bonne. Ne tousse pas, mais a souvent craché du sang, surtout après ses attaques. — *Circulation* : cœur normal, régulier; pas de palpitations.

Il ne sent pas quand il va avoir ses attaques, mais souvent en dehors d'elles il a la sensation d'une boule qui part du creux épigastrique pour remonter à la gorge et l'étouffer. D'autres fois il a un point douloureux au niveau du cœur, qui le fait étouffer surtout quand il monte les escaliers. Quand on le met debout les yeux fermés il chancelle, et tomberait si on ne le retenait pas. Il dit que

pendant son attaque il lui semble rêver et qu'à la suite « cela lui fait le même effet que lorsqu'on se réveille et que l'on sent qu'on a rêvé ».

27 *juin*. — Vers 4 heures de l'après-midi, il prévient qu'il va peut-être avoir une attaque et qu'il faut se méfier, car il cherche à mordre et à égratigner.

A 6 heures, il causait avec ses camarades quand l'attaque commença. Il tomba sur le dos, puis rebondit sur les fesses et sur les épaules à un mètre environ de distance. Le regard n'était pas modifié tout d'abord. Il clignotait des yeux seulement et cherchait à mordre et à égratigner. Il faisait coup sur coup l'arc de cercle, puis retombait inerte et recommençait ensuite. Puis ses yeux tournèrent, il grinça des dents et poussa des sortes de grognements. Il eut quatre crises semblables à cinq minutes d'intervalle : la première dura vingt minutes, les trois autres dix minutes seulement.

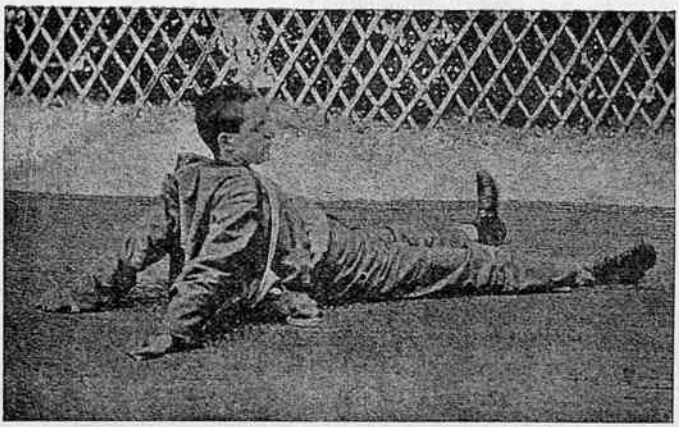


Fig. 36.

28. — Nouvelle crise en présence de l'un de nous. Il tombe brusquement sur le dos sans prévenir, sans pousser de cri. Puis il s'arcboute sur les épaules et les jambes et bondit ainsi trois fois en arrière. Enfin étendu sur le dos, il est agité de convulsions cloniques. Les poings sont fermés, mais le pouce n'est pas fléchi dans l'intérieur de la main. Il cherche à mordre et à égratigner, et mord même au mollet un de ses camarades qui le maintient. Pas de cris, pas de paroles, mais des gémissements, des sortes de jappements, puis il tombe dans un état de résolution complète. Au bout de trois

minutes secousses dans tout le corps, puis convulsions toniques, et petits arcs de cercle. Brusquement apparaissent de nouvelles convulsions cloniques avec grands mouvements, après quoi il tombe en



Fig. 37.

résolution pendant sept minutes. Pendant tout le temps des convulsions les yeux étaient fermés et les globes oculaires convulsés en haut et en dedans. Après la période de résolution il rouvre les yeux. Le regard est fixe, hagard. Il regarde devant lui et est bientôt

repris de nouvelles convulsions cloniques qui durent une demi-minute environ.

Arc de cercle latéral. Secousses dans les membres. Résolution d'environ deux minutes. Puis gémissements. Il ouvre légèrement les yeux, a l'air moins égaré, semble comprendre et se dresse sur son séant pendant environ une minute. Mais tout à coup il se rejette en arrière comme au début de l'attaque en s'arc-boutant sur les épaules et sur les pieds successivement pour bondir ainsi deux ou trois fois, et retomber enfin sur le dos. Surviennent alors des convulsions toniques de tous les membres, avec gonflement du cou, constriction des mâchoires, frémissement des paupières. Au bout de sept minutes il se redresse sur son séant, pousse un grand soupir, entr'ouvre les yeux, puis retombe sur le dos dans un état de



Fig. 38.

résolution complète qui dure quatre minutes. Après quoi, il regarde à droite et à gauche, se dresse sur son séant et se relève complètement. Il arrange le désordre de ses vêtements, se rappelant avoir eu une attaque, mais ne se souvenant pas comment cela lui a pris. Il n'a pas l'air ahuri après son attaque, ni fatigué. Il titube un peu en marchant et on a de la peine à tirer de lui quelques réponses. L'attaque a duré en tout vingt-six minutes.

8 *juillet.* — Etant assis tranquillement sur un banc, il a tout à coup fermé les yeux comme s'il s'endormait, puis a glissé à terre. Au bout de quatre à cinq minutes il entr'ouvre les yeux et tourne la tête à gauche. Frémissement des paupières, pâleur marquée de

la face, regard dirigé en haut. Rigidité complète avec extension pendant deux minutes, suivie d'une courte résolution. Puis frémissements des paupières; les bras s'étendent en croix, les poings



Fig. 39.

fermés, le pouce étendu. Gonflement du cou, battements précipités du cœur; peau moite. Résolution de sept minutes. Il entr'ouvre les yeux, se redresse sur son séant, tourne la tête à droite et à

gauche, puis retombe. Les yeux sont refermés : frémissement des paupières, grimaces de la face, petits soubresauts du ventre et des jambes. Résolution, puis sommeil apparent avec respiration et cœur réguliers, pendant vingt minutes. Il tourne de nouveau la tête à droite et à gauche; frémissements des paupières; les yeux hagards s'entr'ouvrent; frémissements des extrémités; poings fermés. Enfin il retombe dans le calme, comme endormi, le visage un peu coloré, la respiration faible, sans mouvements.

9. — A 7 h. et demie, se trouvant au premier rang des enfants au concert, il se met à genoux tout à coup en fermant les yeux et exécute avec sa tête et ses bras le mouvement du morceau joué. La face est pâle, les mains sont froides. On l'emmène à l'infirmerie, les yeux toujours fermés, en le soutenant sous les bras pour marcher. Jusqu'à 3 h. et demie il reste dans le même état. — Ses parents étant venus le voir, il ne put rouvrir les yeux en leur présence, mais aussitôt après leur départ il fut pris d'une attaque de peu de durée, à la suite de laquelle il rouvrit les yeux en disant : « Je vois clair. » A sept heures du soir, il était couché dans son lit quand subitement il s'est levé, s'est sauvé en chemise et a passé avec une telle rapidité devant les gens de service qu'on n'a pu l'atteindre tout de suite. On le reconduisit à son lit, et alors il se mit à pleurer et à demander du papier et un crayon pour écrire à son père qu'il voyait clair.

11. — A 8 heures du matin, il était assis dans un fauteuil, quand tout à coup il s'est élancé à travers la salle et est venu se jeter tête baissée contre la porte dans laquelle il donna de violents coups de tête pendant deux ou trois minutes. Puis il s'est relevé lentement et s'est mis à casser les carreaux. On est parvenu à l'étendre par terre où il est resté calme pendant dix minutes, puis il est allé se rasseoir dans le fauteuil.

16. — Attaque à 5 heures du soir, de dix minutes de durée, à la suite de laquelle on le coucha les yeux fermés. Le lendemain, il n'a pas pu rouvrir les yeux. Les paupières sont plissées dans les angles internes et animées de frémissements continuels. On les écarte avec difficulté et on constate que les globes oculaires sont tournés en haut et en dedans, et que les pupilles sont contractées. A 3 heures de l'après-midi, il a une attaque qui dure quatre minutes à la suite de laquelle il a rouvert tes yeux. Le soir, étant debout, ses yeux se sont fermés de nouveau, il a fait une dizaine de pas, s'est déchaussé, a ôté ses bas toujours debout, est resté immobile pendant cinq à six minutes, puis a été pris d'une attaque qui a duré sept minutes. Sa température après l'attaque était de 38°2, un quart d'heure après 38°. Sommeil agité pendant la nuit.

19. — Pendant le concert du matin, il s'est endormi et cinq à sept minutes après il a eu une attaque qui a duré quatre minutes et

dans laquelle il s'est mordu la langue. Il s'est endormi ensuite.

20. — A 2 h. vingt de l'après-midi, étant en classe, il tombe brusquement sur le dos les bras croisés sur la poitrine. Ses yeux se ferment, ses bras s'étendent en croix, les poings fermés. Frémissements des paupières et des muscles de la face. Arc de cercle prononcé. Il ouvre et ferme les yeux à deux reprises. Les yeux sont hagards, puis fixes, et se ferment enfin, et le malade semble assoupi. La durée de l'attaque a été de dix-huit minutes. Il se relève, répare le désordre de ses vêtements et répond à ce qu'on lui demande. Puis tout à coup, après avoir fait quelques pas dans la classe il pousse un cri, tombe le dos dans une vitrine, puis à terre sur le côté droit. Il reste ainsi trois minutes, le corps agité de légères secousses. Petits gémissements. Repos de quatre à cinq minutes. Ses yeux se rouvrent, il se dresse péniblement sur son séant. Il se relève enfin complètement et marche en trébuchant. Il est pâle et respire difficilement. Température à la fin de l'attaque, 38°2. Une demi-heure après l'attaque, température 37°9. Deux heures après, température 36°9.

23. — Nouvelle attaque en présence de l'un de nous. Tombé à terre, il est pris de nouvelles secousses dans tout le corps, surtout du côté gauche. Il se dresse sur le côté droit, se passe la main sur les yeux, déboutonne de la main gauche son gilet. Les traits du visage sont crispés, les yeux fermés. Il ôte sa veste et la jette brusquement loin de lui; puis il retombe sur le dos et est agité de fortes secousses dans tout le corps. Les pieds frappent fortement le sol. Il se tourne sur le côté droit et commence à défaire sa chemise, mais maladroitement. On l'appelle, il ne répond pas. Il défait encore son gilet de flanelle et reste ainsi trois minutes. Les mâchoires sont contractées et les muscles de la face sont agités de petits frémissements. Il se retourne et tombe sur le ventre, les bras en croix, les jambes écartées.— Secousses dans tous les membres et le tronc. Résolution de deux minutes. Il se dresse alors sur son séant en se frottant les yeux, la poitrine et les épaules. Il se met debout, s'étire les bras et s'habille, mais gauchement, automatiquement. Il ne répond qu'au bout de quelques minutes aux paroles qu'on lui adresse. La durée de l'attaque a été de trente-sept minutes.

24.— Attaque de quatre minutes à 8 h. et demie du matin; une seconde de 11 minutes à 9 h. trente-cinq.

25.— Attaque de dix-sept minutes à 7 h. et demie; une seconde de douze minutes à 11 h. et demie.

26.—Assis tranquillement au concert du matin, il écoute l'orgue avec recueillement, puis peu à peu il s'endort, et au bout de huit minutes il se lève, se dirige lentement vers l'orgue, les yeux fermés, le visage très pâle. Arrivé devant l'orgue, il se met à genoux et s'approche en se traînant sur les genoux jusqu'au maître de

musique. Il bat la mesure de la tête, et reste ainsi, les mains jointes, environ douze minutes. Le concert fini et sur un appel de son nom, sans même qu'on le touche, il tombe en arrière et a une attaque qui dure quinze minutes.

27. — Au moment de la visite, il est pris dans la cour d'une attaque. Il était assis sur un banc, quand il s'est levé, a tourné deux fois sur lui-même en sautant, puis est tombé raide sur le dos. Au bout de quelques secondes il s'est retourné sur le ventre, les jambes étendues, le bras droit levé. Il se retourne ensuite sur le côté droit, la jambe droite allongée, la gauche un peu écartée ; le bras droit élevé, le gauche allongé en bas, la tête dans l'extension. Il se tourne sur le ventre, puis sur le dos, et encore sur le ventre, les jambes allongées l'une contre l'autre ; le bras gauche allongé le long du tronc, le bras droit perpendiculaire. Il se retourne brusquement de nouveau sur le dos, les jambes allongées, rigides, écartées ; les bras en croix, rigides, les mains fermées, les pouces en dehors, la tête dans l'extension.

Nouvelle attaque. Rigidité très forte, face rouge, yeux en haut. Durée de 10 secondes. Ecume blanche, léger stertor. Il se retourne alors brusquement. — 1° Nouvelle période épileptoïde, puis secousses tétaniformes des jambes, surtout de la gauche. — 2° Il se retourne brusquement sur le ventre, puis sur le dos. Il ouvre alors les yeux, paraît étonné, se lève, se plaint de la tête. — Durée 10 minutes. T. R. 38°,1. — Un quart d'heure après, T. R. 37°,8. Nouvelle attaque à 10 heures. — T. R. après l'attaque, 38°, 3 ; un quart d'heure après 37°,9 ; deux heures après 37°,1. — Durée 18 minutes. A 5 heures et demie, après son dîner, nouvelle attaque. Il bat l'air de ses bras, et reste 20 secondes debout, les yeux fermés ; puis il tombe à terre après avoir sauté deux fois. Il reste tranquille une minute, puis se tourne sur le côté droit les jambes écartées et les bras en croix. Il se frappe la poitrine avec violence de son poing droit fermé ; se met sur les genoux la tête appuyée par terre entre ses deux mains. Il se relève tout debout, reste ainsi une minute et demie et retombe de toute sa hauteur en cherchant à mordre et à égratigner. Résolution de peu de durée.

De nouveau il se dresse sur les genoux, se frappe la poitrine à coups redoublés avec ses deux poings. Frémissements des paupières et de toute la moitié gauche du corps. Gémissements et petits cris. Résolution complète pendant 7 minutes. Après quoi il se relève. On lui adresse la parole, mais il regarde d'un air égaré et ce n'est qu'au bout de huit minutes qu'il répond. Durée de l'attaque 35 minutes. T. R., après l'attaque 38°,4 ; un quart d'heure 37°,9 ; deux heures après 37°,6.

30 *août*. — L'un de nous essaie de l'endormir par la pression des globes oculaires, mais sans succès.

31. — Nous essayons de nouveau par le regard. Au bout de

quatre minutes on constate un peu de fatigue du malade, avec des mouvements de déglutition et du larmoiement. A plusieurs reprises nous recommençons sans succès. Même état des pupilles pendant toute la durée de l'expérience.

2 *septembre.* — Nouvelle expérience d'hypnotisation par la fixation d'une baguette de verre, mais sans plus de succès. On essaie de l'endormir par la compression des globes oculaires sans réussir davantage.

Il a ordinairement de l'insomnie, et de la difficulté à s'endormir; sans hallucinations hypnagogiques. Il a des cauchemars mais beaucoup moins souvent que chez lui. Parfois *tremblement* des deux mains, surtout de la gauche. De plus il a quelquefois *des secousses* des deux bras et même de tout le tronc, qui ont beaucoup diminué.

Hallucinations. — Il voit parfois dans le jour comme des souris ou des boules noires qui passent de gauche à droite. Il n'en avait pas chez lui et elles auraient apparu depuis quinze jours seulement. Elles n'auraient d'après lui aucun lien avec les attaques.

Traitement. — Deux douches par jour, gymnastique, école. Il se décide à aller travailler à l'atelier de cordonnerie ce qu'il a toujours refusé jusqu'alors.

31 *octobre.* — Devant le désir de ses parents et le sien on l'envoie en congé renouvelable pour huit jours, au bout desquels il refuse de rentrer à Bicêtre et on lui signe sa sortie.

Réflexions. — I. Nous retrouvons ici les mêmes influences que chez le premier malade : *hérédité* et *alcoolisme*.

II. A treize ans, à la suite d'accidents qui l'avaient fortement impressionné, H... devient sujet à des cauchemars, et au bout d'un mois, éclate la première attaque, suivie d'une seconde, seulement dix mois plus tard. A partir de là, jusqu'en 1887, il a des attaques mensuelles ou bi-mensuelles qui toutes présentent le caractère épileptoïde, d'autant plus qu'il n'y a pas d'aura et qu'elles s'accompagnent de traumatismes sérieux.

III. Nous retrouvons dans les attaques ultérieures précédées d'un *sommeil* plus ou moins long et qui prennent de plus en plus l'allure hystérique, la plupart des symptômes classiques : hémiparésie à droite avec diminution de la sensibilité spéciale et des réflexes rotulien et plantaire du même côté; contracture passagère des muscles des paupières et du sterno-mastoïdien; défaut d'équilibre par l'occlusion des paupières, modifications du caractère, alternatives de gaieté et de tristesse, idées vagues

de suicide, instabilité mentale, hallucinations, attitude du crucifiement, arcs de cercle ventral et latéral, actes propulsifs et automatiques, tentatives pour mordre et égratigner, etc. [1].

IV. Nous avons vu que ce malade dans ses crises exécutait des *sauts* plus ou moins violents, semblables à ceux des hystériques du sexe féminin. Ces sauts, ces soulèvements ou ces *enlèvements* sont fréquemment signalés dans les écrits sur les démoniaques. En voici quelques exemples :

« Icelle peu après les noces commença d'être misérablement tourmentée par le malin esprit, tellement qu'en quelque part qu'elle fust, mesme au milieu des dames et damoiselles, elle estoit soudain emportée et traînée par les chambres et souventes fois jettée, puis en un coin, puis en l'autre, quoique ceux qui estoient présents taschassent de la retenir et de l'empescher [2]. »

Dans l'épidémie qui a sévi sur les « nonnains enfermées en le comté de Horn... aucunes estoient eslevées en l'air à la hauteur d'un homme et rejettées contre terre... Une d'entre elles fut soulevée en l'air et quoique les observants s'efforçassent l'empêcher et y missent la main toutes fois elle leur estoit arrachée maugré eux, puis tellement rejettée contre terre qu'elle sembloit morte. »

Un point commun aux deux observations, c'est la forme épileptoïde qu'ont revêtu les attaques, soit au début, soit dans le cours de la maladie. Lorsqu'on ne connaît pas les antécédents et qu'on n'a pu assister qu'à une seule attaque, on peut hésiter.

Ces crises isolées s'accompagnent parfois d'une légère élévation de la température, comme dans l'accès d'épilepsie. Mais si les attaques se succèdent pendant une ou plusieurs heures, la température ne s'élève pas, tandis que le même nombre d'accès épileptiques déterminerait au contraire une prompte élévation de la température. Nous avons insisté sur les faits de

[1] Dans les ouvrages relatifs aux possessions on rencontre parfois des exemples de *torticolis spasmodique* : « Lors cet esprit print le métailler — qui l'injuriait — par la tête, laquelle il lui tordit en telle sorte que le devant estoit droitement derrière; dont il ne mourut pas toutefois, mais vesquit depuis longtemps ayant le col *tors* et renversé... » (Taillepied, *Traité sur l'apparition des esprits*, p. 128-130.)

[2] Jean Wier, *Illusions et impostures des diables*, et Goulart, p. 143 et suivantes.

ce genre à propos de deux hystériques de la Salpêtrière[1] et ces faits méritent d'autant plus d'être rappelés, qu'ils semblent par leur ancienneté relative avoir échappé à l'attention de quelques auteurs récents.

Enfin, à propos de ces deux nouveaux cas d'*hystérie mâle*, nous croyons utile de rappeler les cas que nous avons publiés antérieurement. Ils ont paru soit dans le *Progrès médical*, soit dans les *Archives de Neurologie* et ont été reproduits dans nos *Comptes rendus du service des épileptiques et des enfants idiots de Bicêtre*, le premier avec d'Olier (1881, t. I, p. 30); le second avec Dauge (t. II, p. 122); le troisième avec Bonnaire (t. III, p. 55); le quatrième avec Leflaue (t. IV, p. 164); le cinquième avec Bonnaire (t. V, p. 87). Dans le tome X (*Compte rendu* de l'année 1889), nous avons publié avec Sollier l'histoire d'*Une famille d'hystériques* (p. 149). Enfin, le tome XI renferme trois autres observations (avec Séglas). Ces renseignements pourront être utiles à ceux que tenterait la tâche d'une nouvelle monographie de l'*Hystérie chez l'homme*.

REVUE PHARMACOLOGIQUE

SUR LE SULFONAL

(*Diethylsulfone dimethyl methane.*)

Par P. YVON.

En 1885, M. le professeur Baumann (de Fribourg) a découvert une série de nouveaux composés auxquels il a donné le nom de *mercaptals* (acétals sulfurés). Ils résultent de la combinaison des *éthers sulfhydriques acides* (ou *mercaptans*) avec les *aldéhydes*. On obtient également des composés analogues en remplaçant les *aldéhydes* par des *acétones* (qui sont des *aldéhydes secondaires*). Ces dernières combinaisons ont reçu le nom de *mercaptols*. On les obtient facilement par l'action de l'acide

[1] Bourneville et P. Regnard, *Iconographie photogr. de la Salpêtrière*, t. III, 1879-80, p. 75-77.

chlorhydrique gazeux. Il suffit, par exemple, de faire traverser par un courant de ce gaz un mélange de 1 partie d'*acétone* et de 2 parties de *mercaptan éthylique* : on obtient dans ce cas le *mercaptol éthylique* d'après la réaction suivante :

$$\underset{\text{Acétone.}}{C^6H^6O^2} + 2\,\underset{\text{Mercaptan éthylique.}}{C^4H^6S^2} = \underset{\text{Mercaptol éthylique.}}{C^{14}H^{16}S^4} + \underset{\text{Eau.}}{H^2O^2}$$

Les *mercaptals* (ou acétals sulfurés) peuvent être facilement oxydés; ils absorbent deux équivalents d'oxygène, et donnent naissance à de nouveaux dérivés auxquels M. Baumann a donné le nom de *disulfones*. On peut obtenir des produits d'oxydation tout à fait analogues avec les *mercaptols*, et le sulfonal n'est autre chose que le produit d'oxydation du *mercaptol éthylique*.

Pour l'obtenir, on commence par préparer du *mercaptol éthylique* en suivant la marche que nous avons indiquée, puis on l'agite avec une solution froide de permanganate de potasse à 5 p. 100 aussi longtemps que ce dernier se décolore; pendant l'agitation, on ajoute de temps en temps quelques gouttes d'acide sulfurique. On chauffe ensuite le mélange au bain-marie de manière à redissoudre des cristaux qui commencent à se précipiter : on filtre chaud, on évapore et par refroidissement le *sulfonal* se dépose.

Le *sulfonal* se présente sous forme de cristaux blancs, assez volumineux, friables, croquant sous la dent et présentant une saveur légèrement amère. Ils sont peu solubles dans l'eau froide; ils ne se dissolvent que dans 500 parties de ce véhicule et 100 parties d'alcool. A chaud, la solubilité est beaucoup plus grande : 15 parties d'eau bouillante dissolvent une partie de sulfonal. Il est assez soluble dans l'éther, la benzine et le chloroforme. Le sulfonal fond à 125°,5 et bout vers 300°; il distille à cette température, mais en s'altérant en partie; le produit condensé est coloré en jaune et cristallise par refroidissement.

Voici quelques réactions qui permettront de caractériser le sulfonal. D'après Vulpius, en chauffant le sulfonal avec poids égal de *cyanure de potassium* bien *sec*, il se dégage des vapeurs de *mercaptan* dont l'odeur est tout à fait caractéristique, et si l'on traite ensuite la masse par l'eau, on obtient une solution qui contient un *sulfocyanate alcalin* et qui donne avec les persels de fer une coloration rouge caractéristique.

On obtient la même réaction d'après Ritsert en substituant

l'*acide pyrogallique* au cyanure de potassium. Plus récemment, M. Wefers Bettink a conseillé de mélanger le sulfonal avec la moitié de son poids de limaille de fer. On chauffe et il se manifeste une odeur alliacée : si, après refroidissement, on traite le culot par l'acide chlorhydrique, il se dégage de l'hydrogène sulfuré. Il faut employer de la limaille de fer *très pure*.

Tel est le corps découvert par Baumann et introduit dans la thérapeutique par Kast. Disons tout d'abord que, d'après ces auteurs, le sulfonal n'exerce aucune influence sur la pression sanguine, sur les fonctions du cœur et sur la respiration; il ne produit aucun trouble gastrique ni intestinal. Son action hypnotique serait plus accentuée que celle de la paraldéhyde et même du chloral. Elle se produit plus lentement, mais elle se prolonge davantage; enfin il n'y a pas d'accoutumance, même à la suite d'un usage prolongé.

De nombreux essais faits surtout sur les chiens ont démontré à Kast, que le sulfonal déterminait à la dose de 2 grammes, et environ une demi-heure après son administration, des troubles dans la coordination des mouvements du train postérieur, puis dans les membres antérieurs, et au bout d'un temps variable, l'animal s'endort. Le professeur Lépine a étudié l'action de cet agent sur la température, il a opéré sur le cobaye. Il a injecté sous la peau une solution aqueuse de sulfonal à la dose de 0 gr. 078 par kilogramme; l'animal n'a présenté aucun symptôme spécial, et bien que le milieu ambiant fut chaud, il s'est un peu refroidi; en quelques heures, la température centrale s'est abaissée de 14 dixièmes de degré; la température de la peau a paru s'abaisser également; mais ce dernier résultat n'a pas été suffisamment établi.

Le Dr Kast a étudié l'action du sulfonal chez l'homme sain. A la dose de 2 à 3 grammes, ce médicament détermine une sensation de lassitude et diminue l'intensité des perceptions; cette dose suffit parfois pour amener le sommeil. Chez les malades la dose hypnotique varie de 1 à 3 grammes, et le médicament agit promptement chez ceux qui sont atteints d'insomnie nerveuse, le sommeil se produit d'après Kast d'une demi-heure à deux heures après l'administration et se prolonge de 6 à 8 heures. Nous verrons que ces chiffres doivent être un peu modifiés d'après les travaux plus récents de Roubinovisch. Depuis les publications de Kast, le *sulfonal* a été étudié par de

nombreux médecins. Le Dr Rabbas l'a expérimenté chez les aliénés et lui a reconnu une action soporifique très nette, même chez ceux qui étaient habitués aux narcotiques. Il n'a pas dépassé la dose de 3 grammes et jamais, même après un usage prolongé du médicament, il n'a observé de troubles digestifs, respiratoires ou circulatoires. *Kramer*, qui a confirmé les faits annoncés par Kast, a même constaté expérimentalement que le sulfonal n'influençait en aucune façon la digestion stomacale, ou l'action saccharifiante de la salive, ce que ne font pas les autres hypnotiques tels que le *chloral*, la *paraldéhyde* et l'*hydrate d'amylène*.

Le Dr Rosin a expérimenté le sulfonal sur un grand nombre de malades atteints d'affections diverses, il administrait ce médicament à des doses variant de 1 à 4 grammes, et il lui a paru présenter à ces doses une activité comparable à celle de 10 à 15 milligrammes de chlorhydrate de morphine. Avec la dose maxima de 4 grammes, le sommeil produit était très intense et durait de 3 à 4 heures le jour et de 8 à 12 heures la nuit. Le réveil est parfois suivi d'une sensation de vertige qui se prolonge dans la journée; et l'action du médicament se manifeste encore pendant la nuit suivante, car le sommeil est plus profond qu'à l'ordinaire. Schwalbe, expérimentant le sulfonal chez des sujets atteints d'affections diverses a obtenu le sommeil 7 fois sur 10 et toujours dans les cas d'insomnie nerveuse. Le résultat était incertain ou peu marqué dans les affections organiques. Le médicament réussit bien chez l'enfant. La dose administrée variait de 1 à 2 grammes et l'auteur n'a observé que rarement quelques accidents consécutifs et toujours passagers, tels que vertiges, céphalée, vomissements ou diarrhée.

Oestreicher a surtout expérimenté le sulfonal chez les morphinomanes auxquels il l'administrait à la dose de 2 à 3 grammes au commencement de la suppression brusque de la morphine. L'action a été aussi peu efficace que celle du chloral dans les mêmes conditions.

Otto a expérimenté le sulfonal comme calmant, dans certains cas d'excitation prolongée et à doses fractionnées de 0 gr. 50 centigrammes répétées 5 à 6 fois par jour. Les résultats ont été généralement satisfaisants. Comme hypnotique, à la dose de 2 grammes il a obtenu les résultats précités.

En France, le sulfonal a été expérimenté la première fois par le Dr Samuel Garnier, qui conclut à l'efficacité incontes-

table de cet hypnotique à la dose de 2 à 5 grammes. Le professeur Lépine (de Lyon) a vérifié tous les bons effets de ce médicament.

Le Dr Auguste Voisin a obtenu un sommeil profond de six à neuf heures à la suite de l'administration de 1 à 1 gr.,50 de sulfonal.

Enfin, M. Roubinovich a tout dernièrement, expérimenté ce médicament dans le service de M. le Dr Bouchereau, à Sainte-Anne, et a publié un long et intéressant travail sur l'action du sulfonal chez les aliénés. Il a réuni 24 observations très détaillées, en notant les variations de la température, du pouls, de la composition de l'urine, la dose administrée, le temps nécessaire à l'apparition du sommeil, la durée de ce sommeil, et les phénomènes insolites, concomitants ou consécutifs.

M. Roubinovich n'a administré que deux fois le sulfonal à doses fractionnées de 0, 25 gr., répétée plusieurs fois par jour et l'a donné à doses variant de 0 gr., 75 à 3 grammes. Sur 275 fois le sommeil s'est manifesté 263 fois, il n'a donc fait défaut que 12.

Les conclusions tirées de son travail sont les suivantes:

Le sulfonal administré à la dose de 0 gr., 75 à 3 grammes détermine le plus souvent deux à quatre heures après l'ingestion, un sommeil qui se prolonge pendant quatre à neuf heures. Ce sommeil est le plus souvent continu, calme et profond. En dehors de l'action hypnotique le sulfonal paraît calmer l'agitation des maniaques. Le sulfonal s'accumule dans l'organisme et son action peut persister encore plusieurs jours après l'administration d'une dose massive.

Il n'y a pas de phénomène d'accoutumance. L'auteur n'a observé aucune modification dans l'excrétion urinaire.

Une fois M. Roubinovich a observé une légère augmentation de température et trois fois une fréquence un peu plus grande du pouls. L'action du sulfonal sur l'appareil gastro-intestinal a été nulle, sauf dans quelques cas où la dose administrée a dépassé 3 grammes. La motilité a été nettement touchée dans deux cas (dose 5 grammes). Au réveil on a parfois constaté une légère hébétude dans l'expression du visage, quelquefois un peu de somnolence qui se prolongeait toute la journée.

En résumé, le *sulfonal* est un bon hypnotique. utile surtout dans les insomnies nerveuses, et dans celles qui accompagnent

les affections mentales. On doit l'administrer à doses massives variant de 0 gr., 25 à 3 grammes. Il est bon de ne pas continuer la même dose plusieurs jours de suite : on la diminue sauf à l'accroître lorsque l'action hypnotique se ralentit.

Le mode d'administration est très simple : le sulfonal doit être finement pulvérisé et administré en cachets ; on peut aussi le faire dissoudre ou le mettre en suspension dans un liquide chaud et le donner soit au moment du coucher, soit au commencement du dernier repas.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XXVII. Ablation des hémisphères cérébraux chez le pigeon ; par le Dr de Boeck et L. Le Bœuf. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1890.)

L'intérêt de cette observation réside principalement dans la longue durée de la survie de l'animal (plus de deux ans et demi). L'autopsie a démontré : 1° qu'il restait quelques débris de l'écorce en avant, en arrière et sur les côtés du cerveau ; 2° que la substance encéphalique restante ne présentait pas de foyer de dégénérescence ni de ramollissement ; 3° qu'il n'y avait pas de dégénérescence secondaire, ce qui semble indiquer que chez le pigeon, il n'existe pas de cordon pyramidal ou bien que les filets psycho-moteurs sont dispersés dans les cordons médullaires.

Au point de vue clinique, ce pigeon ne présentait pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité ; il voyait et entendait, mais avait perdu le sens générique. Le phénomène le plus intéressant est la persistance de la vision, ce qui prouve que des communications ont dû se rétablir entre les tubercules quadrijumeaux de la partie respectée de l'écorce. G. Deny.

XXVIII. Contribution a l'étude de la circulation cérébrale ; par les Dr de Boeck et I. Werhoogen. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1890.)

Les auteurs de ce travail se sont proposé de démontrer que la répartition du sang, circulant dans le cerveau, peut être différente dans les deux systèmes cortical et ganglionaire.

Dans ce but, ils ont étudié les effets de l'*acide carbonique*, de l'*éther sulfurique* et de la *morphine* sur la circulation cérébrale. Ils ont constaté : 1° que l'acide carbonique produisait une *vaso-dilatation générale de tous les vaisseaux du cerveau*; 2° que l'éther élevait la pression artérielle générale et augmentait le débit des vaisseaux cérébraux; 3° que sous l'influence de la morphine, il se produisait une anémie de l'écorce du cerveau et une hypérémie de la base. Ces recherches permettent jusqu'à un certain point de se rendre compte de l'action favorable des injections sous-cutanées d'éther dans la syncope et de l'action hypnotique de la morphine, en même temps que des accidents consécutifs à sa pénétration dans le système veineux. G. D.

XXIX. VALEUR PATHOLOGIQUE DES GANGLIONS DE GASSER LENTICULAIRE, SPINAL ET CARDIAQUE. (*On the pathological value of the Gasserian, lenticular, spinal, and cardiac ganglia*); par HALE WHITE. (*Brain.*, vol. LI, oct. 1890.)

Le ganglion de Gasser a été examiné dans trente-six cas de maladies diverses, et l'on a trouvé quelques altérations de ces éléments nerveux ainsi que de petites hémorrhagies; dans un cas d'herpès du trijumeau, Wyss et Kaposi ont trouvé de la névrite de ce ganglion. Quant au ganglion lenticulaire, les altérations de ses cellules paraissent avoir une grande valeur. Les troubles du ganglion spinal ont été vus dans un cas d'herpès soster. Des lésions du ganglion cardiaque ont été trouvées en différents cas : anévrysme de l'aorte, hypertrophie du cœur, rétrécissement mitral, maladie de Bright, tuberculose. PAUL BLOCQ.

XXX. DE L'INCERTITUDE CONVULSIVE DES PUPILLES (*hippus*) DANS LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL; par O. DAMSCH. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Les lignes visuelles étant parallèles (regard au loin) et l'intensité de l'éclairage ne variant pas (lumière diffuse du jour), les pupilles des individus sains conservent une largeur constante; celles des nerveux subissent une série de rétrécissements et de de dilatations d'une ou deux secondes. C'est l'hippus. On le rencontre en tant que phénomène autonome, indépendant d'autres anomalies oculaires, dans la sclérose en plaques, et les affections cérébrales en foyer chez les neurasthéniques, il est proportionnel au degré de l'excitabilité du malade. Il coïncide avec l'exagération du réflexe tendineux patellaire et s'accompagne d'hyperexcitabilité réflexe des pupilles, tandis que la catalepsie de l'iris marche de pair avec l'absence de réflexe tendineux du genou. P. KERAVAL.

XXXI. Histologie des grandes cellules des cornes antérieures par P. Kronthal. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

On emprunte à la pièce à examiner gros comme une petite tête d'épingle, et on le place sur le porte-objet; on le couvre du couvre-objet et l'on comprime de façon à l'étaler en une mince couche. On instille sur le bord du couvre-objet une goutte d'une solution de bleu de méthyle à 0,5 p. 100; on soulève légèrement le couvre-objet jusqu'à ce que, par capillarité, toute la préparation soit imbibée, ce qui a lieu en une demi-minute à une minute. On absorbe l'excès de matière colorante à l'aide de papier-filtre, on détache avec prudence le couvre-objet du porte-objet, et l'on fait sécher à l'air la préparation qui adhère à l'un des verres. Au bout de cinq à dix minutes on monte dans le baume.

Par ce procédé, on voit que : 1° les cellules nerveuses des cornes antérieures n'ont pas de granulations ; 2° elles servent à conduire l'excitation d'une fibre à un grand nombre de fibres.

Du moins, chez le lapin, on suit tel prolongement, qui a une structure fibrillaire indéniable, jusqu'à la cellule ; ces fibrilles, on ne les retrouve plus sur un autre prolongement de la même cellule. Chez l'homme, il existe des granulations en groupes, soit dans les prolongements, soit dans les cellules, granulations rondes ou fusiformes qui sont le produit de décomposition des fibrilles.

P. Keraval.

XXXII. Du faisceau anormal du bulbe de Henle et Pick ; par K. Schaffer. — Des faisceaux anormaux du bulbe; par P. Kronthal. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Tout ce que Pick a dit du faisceau de Henle et du sien est vrai, excepté quant à l'origine. Son faisceau vient non des derniers vestiges des cordons latéraux, mais de ceux des cordons postérieurs. Il fait communiquer le corps restiforme avec les débris du cordon postérieur ou noyau de Burdach (figures à l'appui).

Le contingent des fibres du corps restiforme émanées des cordons postérieurs est considérable. Il reçoit à l'endroit spécifié, deux espèces de fibres : des fibres croisées et des fibres directes. Abstraction faite des fibres arciformes postéro-externes qui viennent du noyau du faisceau de Goll, il reçoit des fibres émanées du noyau du faisceau de Burdach.

Voici des coupes du bulbe d'un individu ayant succombé à une paralysie bulbaire. (P. Kronthal.) Au milieu du noyau d'origine de l'hypoglosse ressortent deux faisceaux (techniques de Weigert) cylindriques. Le plus volumineux mesure 240 μ; il occupe la ligne médiane du côté gauche du raphé et est séparé du plancher du 4e ventricule de quatre diamètres égaux au sien. Il est traversé par les premières fibres d'entre-croisement du raphé. Le noyau de l'hypo-

glosse est à ses côtés. Le plus petit (160 μ), distant des premiers d'une étendue d'un diamètre égal au sien, est latéral par rapport à celui-ci, et occupe une situation plus profonde dans la substance nerveuse. Plus haut, ces deux faisceaux se rapprochent et fusionnent en un cordon dont la situation correspond à celle du plus petit renforcé; un groupe de cellules occupe l'épaisseur de ce cordon, leur place correspond au noyau central inférieur quoiqu'il soit pour cela un peu trop rapproché du plancher ventriculaire

P. KERAVAL.

XXXIII. SPHÈRE AUDITIVE ET MOUVEMENTS DE L'OREILLE; par F. BAGINSKY. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Si l'on soumet à l'action d'un courant électrique l'angle inférieur du lobe temporal, on provoque l'élévation de la paupière et des mouvements du pavillon de l'oreille du côté opposé. P. K.

XXXIV. ALTÉRATION DE LA BANDELETTE OPTIQUE ET DU NERF OPTIQUE DANS LES LÉSIONS DU LOBE OCCIPITAL DU CERVEAU, par C. MOELI. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 1.)

Deux observations montrant que les lésions cérébrales du lobe occipital atteint pendant son développement se traduisent par l'atrophie de la bandelette optique et du nerf optique du côté opposé une affection en foyer qui détruit la substance blanche du même lobe (Obs. III) détermine la dégénérescence du corps genouillé latéral et de la bandelette optique. M. Moeli fait à ce propos remarquer que l'artère cérébrale postérieure irrigue non seulement les lobes occipitaux et temporaux mais aussi le corps genouillé et le pulvinar (artériole thalamique externe). P. K.

XXXV. D'UNE EXCITATION TROPHIQUE DE LA PEAU PRODUITE PAR LE COURANT GALVANIQUE; par H. KŒBNER. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Un courant électrique continu faible appliqué du front (anode) à la nuque (cathode large) a provoqué une sorte de zona suivi d'eschare et de taches blanches cicatricielles le long de la branche cervicale transverse du plexus cervical superficiel. Guérison en quelques semaines. P. K.

XXXVI. BARBES DU CALAMUS (*Striæ acusticæ*) ET PARTIE INFÉRIEURE DU RUBAN DE REIL; par C. DE MONAKOW. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 1.)

Chez un chat et chez un chien nouveau-nés, l'auteur a réussi à sectionner la partie inférieure du ruban de Reil dans le plan immédiatement postérieur au tubercule quadrijumeau inférieur. Les animaux ont survécu six mois à l'intervention.

L'analyse des lésions consécutives et leur judicieuse interprétation lui permettent d'affirmer que :

La partie inférieure du ruban de Reil se compose d'une série de segments de fibres appartenant à divers systèmes :

1° Un segment originaire des barbes du calamus;
2° — — de l'olive supérieure ou protubérantielle;
3° — qui continue les fibres d'entre-croisement inférieures (ventrales) de la calotte;
4° — qui vient du noyau latéral du ruban de Reil;
5° — de fibres courtes (spécial) qui probablement unissent entre elles les régions grises voisines et innervent des noyaux de cellules.

En tous cas, le corps trapézoïde n'a de rapport de continuité direct ni avec la partie inférieure du rubau de Reil ni avec aucune des parties constitutives de ce dernier. La plus grande partie de l'olive inférieure (ou bulbaire) n'a rien à faire directement avec la partie inférieure du ruban de Reil.

Planches à l'appui. P. KERAVAL.

XXXVII. D'UN DOUBLE ENTRE-CROISEMENT DES VOIES CONDUCTRICES CÉRÉBRO-SPINALES; par UNVERRICHT. (*Neurol. centralbl.*, 1890.)

La règle, chez l'homme, c'est que les muscles d'une moitié du corps sont innervés par l'hémisphère cérébral du côté opposé. L'entre-croisement des fibres qui président à la motilité a lieu à la partie supérieure de la moelle (entre-croisement des pyramides). Des expériences de vivisection entreprises avec J. Kusick démontrent que les fibres qui président aux mouvements du tronc, après avoir dépassé la ligne médiane, dans l'entre-croisement des pyramides, se portent à nouveau de l'autre côté, à la manière, probablement, des fibres sensitives, suivant des hauteurs tout à fait différentes, et que, notamment chez le chien, il existe un double entre-croisement des voies conductrices cortico-musculaires. « De même que des « fibres des extrémités subissent un simple entre-croisement, de « même les fibres du tronc subissent, chez le chien, jusqu'à plus « ample informé, un double entre-croisement. » P. K.

XXXVIII. L'ORIGINE DE LA SUBSTANCE BLANCHE PROFONDE DE LA RÉGION DES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX; par H. HELD. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Etude embryogénique du tronc des hémisphères chez le chat domestique et le rat.

I. La substance grise du tubercule quadrijumeau antérieur donne naissance aux fibres issues de la partie superficielle et moyenne de cet organe qui forme deux systèmes.

A. Des faisceaux de fibres blanches fines allant au ruban de Reil latéral. — B. De grosses fibres myéléniques allant au vestige du cordon antéro-latéral.

II. La face supérieure (dorsale) de la même substance grise donne de fortes et nombreuses fibres blanches qui s'infléchissent à angle aigu, vont au raphé et s'entre-croisent en cet endroit avec les trousseaux de fibres issus du noyau rouge de la calotte de l'autre côté (entre-croisement ventral de la calotte de Forel). Puis, de haut en bas, elles forment un trousseau compact, des deux côté de la ligne médiane, et se dirigent en dehors; dans le ruban de Reil latéral, elles descendent et vont aborder, en dehors, le côté externe du ruban de Reil, à la hauteur de l'olive supérieure; elles sont situées entre le ruban de Reil et l'origine du facial, et traversent les trousseaux du corps trapézoïde. A la hauteur de la grosse olive elles occupent les côtés et la partie supérieure de ce dernier organe et passent ensuite dans le cordon latéral. P. K.

XXXIX. Un cerveau lourd; par Obersteiner. (*Centralb. f. Nervenheilk*, 1890.)

Cerveau d'un déséquilibré de cinquante-huit ans, ayant dissipé des millions. Il pèse, dépouillé de ses membranes, 2,190 grammes. En tenant compte de l'exagération de poids (8 p. 100), produite par l'absorption du liquide durcissant (bichromate de potasse) on arrive à 2,028 grammes, c'est-à-dire à un chiffre un peu plus fort que celui du cerveau de Tourguéniew (2 kilog.). Etat microscopique normal. P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. La paralysie générale a Gheel; par le Dr Peeters. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1890.)

Il résulte de cette statistique qu'il a été admis à Gheel de 1856 à 1885, 7,656 aliénés et 668 paralytiques généraux, soit un peu plus de 8 p. 100 du total des admissions. Pour les hommes pris séparément, la proportion des paralytiques est de 12 p. 100, pour les femmes de 4 p. 100.

En divisant la période de trente ans comprise dans ces recherches en trois séries de dix années, on constate que le nombre des admissions, tant des *paralytiques* que des *aliénés* en général, suit une progression lentement ascendante.

Sur ces 668 cas de paralysie générale, aucun n'a été observé avant l'âge de 20 ans; de 20 à 30, on en a noté 32; de 30 à 40 ans, 181; de 40 à 50 ans, 270; de 50 à 60 ans, 135; de 60 à 70 ans, 28, et au delà de 70 ans, 2.

Les paralytiques mariés étaient au nombre de 372, plus de la moitié du chiffre total, ce qui se comprend aisément, l'âge auquel se développe de préférence la paralysie générale étant également celui où l'on est le plus souvent marié. Il ne faudrait donc pas s'appuyer sur ces chiffres pour admettre un rapport de causalité entre le mariage et la folie paralytique. G. D.

II. Syphilis et paralysie générale; par le Dr Cuylits. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1890.)

III. Surmenage et folie paralytique; par le Dr Cuylits.

La conclusion qui se dégage de ces deux travaux peut se formuler ainsi : « Le surmenage, les traumatismes, les abus d'alcool, de tabac, etc., ne produisent rien chez l'homme sain; ils produisent une aliénation quelconque chez l'héréditaire nerveux; ils produisent la paralysie générale quand cet héréditaire est syphilitique de naissance ou qu'il le devient plus tard. » Il résulte donc de cette conception pathogénique que pour constituer la paralysie générale, deux éléments sont nécessaires : l'hérédité d'abord et la syphilis ensuite.

La statistique qui a servi de base à cette théorie ne porte que sur les 30 paralytiques généraux de l'asile d'Evère (19 hommes et 11 femmes). Sur ces 30 paralytiques, 13 avaient eu certainement la syphilis. chez 8 la syphilis était seulement probable, et chez les 9 autres rien n'autorisait à en supposer l'existence. G. D.

IV. Note sur la paralysie générale d'origine syphilitique; par le Dr Camuset. (*Ann. médico-psychol.*, février 1891.)

La question des rapports de la syphilis avec la paralysie générale est à l'ordre du jour : d'un intérêt majeur évident, aussi bien au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique, elle renferme plusieurs points délicats à élucider et la difficulté consistera presque toujours à savoir si, oui ou non, les paralytiques généraux ont eu la syphilis.

Il est probable que des statistiques bien faites permettront d'élucider un des points importants de la question : « La syphilis est-elle un facteur étiologique de la paralysie générale ? » Encore ces statistiques ne peuvent-elles être menées à bien que par des observateurs voyant passer annuellement sous leurs yeux un grand nombre de nouveaux malades et, dans ce genre de recherches, il est nécessaire que les observations soient prises par la même per-

sonne, car il serait à craindre, autrement, que des facteurs plus ou moins dissemblables soient réunis, confondus, et additionnés ensemble : une preuve du bien fondé de cette crainte est fournie par les écarts incroyables dans les chiffres donnés, à ce sujet, au dernier Congrès de Rouen.

L'auteur, dans un essai de statistique, a trouvé que nombre de paralytiques généraux n'ont jamais eu la syphilis, mais que, d'autre part, les paralytiques généraux ont des antécédents syphilitiques plus souvent que les autres aliénés.

Mais ce travail apporte plus particulièrement une contribution d'un autre genre à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale : quand la syphilis précède de peu le début de la paralysie générale et qu'on est naturellement porté à lui attribuer une influence étiologique réelle, la paralysie générale se distingue-t-elle par quelques caractères tranchés? Il semble qu'il en soit ainsi.

D'une série d'observations, dont deux, particulièrement instructives à cet égard, dans lesquelles la syphilis avait précédé d'un an le début de la paralysie générale et où la durée de l'affection a été respectivement de douze et treize ans, l'auteur tire, sous toutes réserves, du reste, les conclusions suivantes :

1° La lenteur de l'évolution s'observe particulièrement dans les paralysies générales que l'on a le plus de raison de considérer comme étant provoquées par la syphilis.

2° A ce caractère principal s'ajoutent, quoique d'une façon moins constante : la fréquence et la durée des rémissions et la forme démentielle pure ou la forme mélancolique, plutôt que la forme expansive. E. Blin.

V. Lipomes symétriques multiples chez un paralytique général; par le Dr Targowla. (*Annales médico-psychologiques*, mars 1891.)

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, paralytique général à la première période et chez lequel on a constaté l'existence de tumeurs graisseuses arrivées à un développement plus ou moins complet, disposées d'une façon symétrique dans plusieurs régions du corps. Les régions zygomatiques, mastoïdiennes, mentionnière, claviculaires, deltoïdiennes et sacrées en sont le siège. La consistance de ces tumeurs varie : elles sont molles, diffluentes, dépressibles dans certaines régions, résistantes, lobulées dans d'autres; une de ces tumeurs a une consistance fibreuse.

Le développement généralisé de ces tumeurs et surtout leur disposition symétrique permettent de croire qu'on se trouve ici en présence de tumeurs de nature analogue aux pseudo-lipomes symétriques d'origine névropathique qu'on observe chez les tabétiques et les individus atteints de névralgie tenace : l'union fréquente

de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale vient encore justifier cette opinion.

En sorte que ces pseudo-lipomes symétriques constituent chez ce malade un trouble trophique survenu à titre de symptôme épisodique au cours d'une paralysie générale. E. B.

VI. Contribution a l'étude de la paralysie générale considérée chez les arabes; par le Dr Meilhon. (*Annales médico-psychol.*, juin 1891.)

La paralysie générale est-elle, comme on l'a dit, un résultat des progrès de la civilisation et certaines races sont-elles réfractaires à la maladie? telles sont les questions à la solution desquelles M. Meilhon apporte quelques données nouvelles en étudiant la paralysie générale chez les Arabes.

Du 1er janvier 1860 au 31 décembre 1889, sur 498 Arabes entrés à l'asile d'Aix, 13 seulement étaient paralytiques généraux, soit une proportion de 2,61 p. 100; — d'où cette première conclusion que la paralysie générale est très rare chez les Arabes, ce qui tient peut-être à l'idiosyncrasie de la race, peut-être aussi à leur existence exempte d'ambition, à leurs préceptes d'hygiène et en particulier la prohibition des boissons alcooliques.

Or, en étudiant de plus près la statistique des entrées, année par année, on voit que du 1er janvier 1860 au 31 décembre 1876, c'est-à-dire en dix-sept ans, sur 245 Arabes entrés, il n'y avait pas un seul paralytique général, tandis que de 1877 à 1889, parmi les 253 Arabes entrés, se trouvent 13 paralytiques généraux.

Pendant ces 12 dernières années la proportion se trouve donc ramenée à 5,13 p. 100, ce qui est encore un chiffre très faible.

Quel est donc le facteur étiologique assez puissant pour avoir provoqué chez nos Arabes une maladie à laquelle ils semblent avoir échappé jusqu'en 1877.

Tout d'abord, à partir de 1877, en même temps qu'apparaît la démence paralytique, se montre une progression croissante dans les cas d'alcoolisme. De plus, si on fait le relevé des professions des malades, on voit que, par leur profession, les Arabes qui sont devenus paralytiques généraux avaient rompu avec l'existence amollie des Arabes pour se mêler à la vie cérébrale des Européens, adoptant leurs mœurs, leurs habitudes, leurs excès, préparant ainsi un terrain pathologique favorable au développement de la paralysie générale.

En résumé : 1° la paralysie générale est rare chez les Arabes et elle revêt surtout la forme maniaque;

2° Elle ne paraît pas antérieure à 1877;

3° La qualité de ceux qui en sont atteints est une nouvelle preuve que la paralysie générale est surtout une maladie de la civilisation. E. B.

VII. De la fréquence relative de la paralysie générale chez les laïques et chez les religieux; par le Dr Bouchaud. (*Annales médico-psychol*, juin 1891.)

L'étiologie de la paralysie générale est, malgré les documents accumulés, le chapitre le plus obscur de son histoire.

M. Bouchaud, au lieu de relever, comme cela se fait habituellement les circonstances qui favorisent le développement de cette maladie, s'est proposé d'établir que, dans certaines classes de la société, elle se montre exceptionnellement : le champ d'observations se trouvera ainsi circonscrit dans d'étroites limites et pour découvrir ce qui lui donne naissance, il suffira d'interroger un petit nombre de faits et de rechercher dans chacun d'eux ce qui en fait une exception à la règle.

Or, d'après les statistiques des asiles qui reçoivent un nombre relativement assez élevé de religieux, l'asile de Lommelet, l'asile de Lehon, près Dinan, et un asile de Lyon, tous tenus par les frères Saint-Jean-de-Dieu, l'auteur a trouvé que, tandis que chez les aliénés ordinaires on constate 27,75 p. 100 de paralytiques généraux, on n'en voit que 2,4 p. 100 chez les aliénés religieux.

Une première conséquence tirée par l'auteur de la rareté de la paralysie générale chez les religieux est que la nature de cette maladie et celle des autres formes de la folie sont essentiellement distinctes. Celles-ci en effet demandent pour se développer un terrain spécial et, le plus souvent, on constate l'existence d'une prédisposition héréditaire comme cause prédominante. Or, les religieux ne sont pas indemnes de cette prédisposition héréditaire, aussi observe-t-on assez souvent chez eux comme chez les laïques des cas d'aliénation mentale simple. Donc, s'ils sont rarement atteints de paralysie générale, cela tient à ce que cette maladie résulte de causes particulières et que l'influence héréditaire joue un faible rôle.

Ces causes spéciales, déterminantes, ne paraissent pouvoir être attribuées qu'au genre de vie et la vie religieuse diffère à cet égard notablement de la vie commune, nous dit M. Bouchaud.

On s'accorde à reconnaître que les professions libérales, exigeant souvent des travaux intellectuels excessifs, du surmenage, fournissent à la paralysie générale son plus fort contingent : et pourtant les religieux, bien qu'ils fassent partie des professions libérales sont très rarement atteints de paralysie. Les professions libérales ne sont donc pas par elles-mêmes une cause déterminante de cette affection. Que trouvons-nous parmi les autres causes de la paralysie générale ?

Les excès vénériens. Cette opinion, qui est celle de la grande majorité des aliénistes, se trouve confirmée par la statistique, puisque la paralysie générale est très rare chez les religieux qui pratiquent la continence, c'est un fait de notoriété publique.

Bien qu'on soit loin de s'entendre sur le degré de son influence, il n'en est pas moins certain que la syphilis est reconnue comme une des causes de la paralysie générale.

Or, elle est, c'est bien entendu, exceptionnelle parmi les religieux et l'on est amené à conclure que l'opinion qui fait jouer à la syphilis un grand rôle dans la production de la paralysie générale, est celle qui se rapproche le plus de la vérité.

Comme la syphilis, l'alcoolisme est susceptible de donner naissance soit à une paralyaie générale vraie, soit à une pseudo-paralysie générale. Or, si l'alcoolisme est une des causes de la paralysie générale, on comprend que cette sorte d'intoxication ne se présentant pour ainsi dire pas chez les religieux, il doit en être ainsi de la paralysie générale.

En somme il résulte des statistiques produites que chez les religieux la paralysie générale est excessivement rare et il ne semble pas que cette rareté exceptionnelle puisse se trouver ailleurs que dans la manière de vivre particulière à l'état religieux.

Comme corollaire, on est autorisé à considérer les excès vénériens, la syphilis et l'alcoolisme, très rares chez les religieux, comme les trois facteurs qui contribuent le plus efficacement au développement de la paralysie générale. E. B.

VIII. Observation de folie érotique avec autopsie; par le Dr Hospital. (*Annales médico-psychol.*, fév. 1891.)

Il s'agit d'un homme de soixante ans, présentant un certain degré de débilité mentale et ayant encouru toute une série de condamnations pour des actes empreints d'un caractère d'immoralité instinctive révoltante. Les actes reprochés à S... ne revêtent par eux-mêmes aucun caractère de folie et son interrogatoire ne révèle au premier abord rien qui puisse faire admettre l'irresponsabilité.

Mais un examen plus approfondi montre le contraste frappant entre l'individualité de S... qui est d'une virilité médiocre tant au physique qu'au moral et cette série de faits monstrueux, accomplis brutalement, sans la moindre précaution, à la vue du public, perpétrés comme sous l'influence inconsciente d'une impulsion irrésistible, d'une façon irrégulière, à de rares intervalles; de plus il existe une amnésie complète, non simulée, des actes commis et si à cela on ajoute que S... a présenté au cours de son existence quelques crises qui devaient être épileptiques, d'après celle qu'il a été permis d'observer à l'asile, on peut conclure que S..., lors de ses déportements, était sous l'influence d'une aura névropathique de nature épileptiforme et par conséquent irresponsable.

Interné d'office, le malade tomba peu à peu dans un état de démence presque complet, puis succomba presque brusquement sous l'influence d'une attaque comateuse.

A l'autopsie : foyer hémorrhagique ancien à la partie inférieure du lobe antérieur gauche du cerveau, large de deux centimètres, profond de un centimètre. Un deuxième foyer analogue, mais plus petit, à la face inférieure du lobe moyen gauche. Puis, comme lésions récentes : une congestion généralisée de la substance blanche avec ça et là, en arrière, de petits foyers apoplectiques gros comme un grain de millet, mais surtout une hémorrhagie cérébelleuse de la partie antérieure du lobe cérébelleux gauche où se trouve une anfractuosité de la dimension d'une noisette, d'où le sang a fusé dans le quatrième ventricule.

Les lésions anciennes indiquent qu'il y a eu des congestions cérébrales ayant très bien pu être suivies temporairement d'excitation maniaque, se traduisant par des actes, et ayant à la longue déterminé la démence. Quant à l'hémorrhagie cérébelleuse, elle fait admettre que cet organe pouvait bien être malade depuis longtemps et cette double impulsion pouvait alors se tourner vers l'érotisme, à certains moments. E. B.

IX. Amentia (*démence aiguë*) ou désordre incohérent des idées (*Verwirrtheit*) *synonymes* : délire systématique général aigu (*Wahnsinn*); manie; manie avec fureur (*Tobsucht*); mélancolie avec agitation; mélancolie stupide des auteurs; par Ch. Meynert, (*Jahrbücher f. Psychiat.*, IX, 1 et 2.)

Le titre[1] dit assez que le savant professeur de Vienne entend ranger sous une même étiquette l'ensemble des syndrômes énumérés. Des hallucinations, des illusions provoquent des espèces de somniation qui dès le premier coup troublent le mécanisme des associations d'idées et subordonnent les images corticales principales aux images corticales secondaires par la sollicitation des centres sous-corticaux, ces centres travaillant toujours en raison inverse des centres corticaux. L'épuisement des fonctions cérébrales est le générateur de cette interversion. Suivant le terrain morbide prédomine ultérieurement tel ou tel élément psychopathique dans le complexus en question. C'est pourquoi la dissociation de l'idéogénèse ou *Verwirrtheit* s'accompagne plus ou moins de délire, d'hallucinations, de dépression, d'agitation, de stupeur. L'hérédité en est le facteur le plus certain, joignez-y toutes les causes physiques, intellectuelles et morales de surmenage. P. K.

X. De l'ostéomalacie et de l'aliénation mentale; par J. Wagner. (*Jahrbuech. f. Psychiat.*, IX. 1 et 2.)

Sur 1,500 aliénés de la clinique psychiatrique de Vienne (six ans

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, t. XIX, p. 422; XVII, p. 312; XIII p. 314 et VII, p. 393.

d'observation) l'auteur a trouvé six ostéomalacies (5 F. 1 H.) dont l'affection organique avait passé inaperçue. C'est tout ce qu'il peut dire. P. K.

XI. Des psychoses dans la tétanie; par de Frankl-Hochwart. (*Jahrbuech. f. Psych.*, IX., 1 et 2.)

Tétanie de Corvisart. Trois observations. Après quoi aliénation mentale; puis disparition simultanée de la tétanie et de la psychose. La tétanie n'est pas simplement une affection spinale; en effet on observe bien souvent de la mydriase, du myosis, de l'inégalité pupillaire, de la neurorétinite, de la céphalalgie, du vertige, des hébétudes, des angoisses nocturnes, des attaques épileptoïdes, surtout dans la tétanie consécutive aux extirpations de goitres. P. K.

XII. De la folie systématique (*Verrücktheit*)[1], mélancolique; par H. Schlœss. (*Jahrbuech, f. Psych.*, IX., 1 et 2.)

État morbide caractérisé par la systématisation, la cristallisation d'idées délirantes fixes. Quatre observations raisonnées. P. K.

XIII. Des psychoses consécutives aux opérations pratiquées sur les yeux; par de Frankl-Hochwart. (*Jahrbuech. f. Psych.* IX, 1 et 2.)

Trente et une observations empruntées à la clinique psychiatrique de Vienne ou de Dobran. A la suite d'extraction de cataractes ou d'interventions opératoires pour glaucome, on a vu survenir un désordre dans les idées avec hallucinations et angoisses terribles, qu'il y ait ou non alcoolisme, marasme et misère physiologique. Ces psychoses consécutives sont proportionnellement plus fréquentes que celles qui succèdent à une opération chirurgicale quelconque; le chloroforme et le shock traumatique n'ont évidemment rien à faire dans l'espèce. L'auteur incrimine l'excitation des rameaux oculaires sensitifs, la cécité agissant comme cause morale, et le séjour dans l'obscurité. P. K.

XIV. De l'influenza dans ses rapports avec les névropathies et les psychopathies; par Van Deventer (*Centralbl. f. Nervenheilk. Internat. Monatschrift.* N. F. I. 1890). — Névroses et psychoses consécutives a l'influenza; par Sollbrig. — Battements de cœur nerveux consécutifs a l'influenza; par Rœhring. — Angine de poitrine consécutive a l'influenza; par Rœhring. (*Neurol. Centralbl.*, 1890). — Des psychoses consécutives a l'influenza; par F. Mispelbaum. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.* XLVII, 1.)

En somme, plus de trente-cinq observations. L'influenza pro-

[1] Comparez dans les *Archives de Neurologie*, t. XIX, p. 418, le mémoire de Werner, t. XVIII, p. 312; t. XIII, p. 314; t. VIII, p. 393.

voque-t-elle ou aggrave-t-elle une névrose ou une psychose préexistante? MM. Deventer et Mispelbaum croient que l'influenza constitue le coup de fouet donné à l'action de tares héréditaires ou de prédispositions préalables; il faut tenir compte également de l'intoxication alcoolique préexistante, des complications pneumoniques. En résumé, il n'y a pas, d'après eux, d'influenza encéphalique pure pas plus qu'il n'y a de psychoses puerpérales essentielles. Sans doute l'influenza agit sur le cerveau comme la toxhémie typhique, mais chez des sujets prédisposés. Les cas de Rœhring témoignent d'une déchéance physiologique (hyponutrition) retentissant sur les conducteurs nerveux. P. K.

XV. Contribution a la pathogénie de la folie circulaire; par W. Schubert. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Meynert dit : La manie, due à une hyperémie fonctionnelle de l'écorce, peut être occasionnée par un défaut d'innervation du centre vasculaire qui entraîne une dilatation artérielle. L'hyperémie par dilatation agit aussi sur le centre vasculaire qui, récupérant son énergie, pour un instant au moins, surexcite les vaso-moteurs ; ceux-ci mettent un frein au courant irrigateur; l'écorce subit une dénutrition, de là la mélancolie.

Voici deux observations qui révèlent l'existence de processus vaso-paralytique; accès d'asthme pendant le stade maniaque.

P. K.

XVI. D'une maladie de famille toute spéciale ayant revêtu la forme de démence progressive, avec lésions anatomiques particulières; par E.-A. Homen. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Début aux âges de vingt, vingt et un, douze ans. Durée : six à sept ans. Vertiges, lourdeur de tête, douleurs céphaliques, fatigue générale, diminution de l'appétit, affaiblissement progressif des facultés et de la mémoire, incoordination des mouvements, titubation, parole pâteuse indistincte, finalement démence complète, raideur, puis contracture des membres ramenés contre le ventre, salivation, dysphagie, tremblements. L'*autopsie* révèle : des adhérences de la pie-mère avec le cerveau antérieur, une atrophie indéniable des circonvolutions principalement des ascendantes, des plaques blanchâtres dans les parois de la sylvienne, et des foyers de ramollissement dans les deux noyaux lenticulaires. On trouve, au *microscope*, une atrophie des cellules de la deuxième couche (ascendants et troisième frontale), un léger degré d'épaississement de la névroglie, de légères altérations vasculaires (réplétion extraordinaire des vaisseaux, prolifération des cellules de leurs parois), une diminution médiocre des fibres tangentielles (couche externe)

et peut-être aussi des fibres qui coupent les faisceaux de la couronne rayonnante. Endartérite circonscrite de l'artère basilaire et de la sylvienne gauche. Intégrité de la moelle. Cirrhose hépatique fréquente à la période d'atrophie (épaississement des parois vasculaires) ; macrosplénie (endartérite de l'artère splénique). P. K.

XVII. L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE ; par E. MENDEL. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Revue des altérations de la névroglie, des vaisseaux, des cellules, des fibres nerveuses, des lésions de la mœlle, comparées aux altérations que l'on trouve dans le cerveau des chiens soumis à l'action de la force centrifuge.

Conclusions : Dans l'état actuel de la science, la paralysie générale a pour substratum primitif une lésion des parois vasculaires qui entraîne l'hypérémie, le stase, la diapédèse des globules rouges, l'inflammation de la névroglie ; secondairement, les éléments nerveux sont détruits. C'est une encéphalite interstitielle diffuse terminée par de l'atrophie cérébrale. P. K.

XVIII. QUELQUES MOTS SUR L'ASSOCIATION DES NÉVROSES FONCTIONNELLES AVEC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX ; par H. OPPENHEIM. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

L'auteur étudie l'association des symptômes de l'hystérie avec la gliose spinale, la syphilis cérébrale, la paralysie faciale périphérique. En revanche l'hystérie pure peut, par action réflexe, produire des symptômes corticaux en apparence. L'embarras est souvent grand, même quand on appelle à son aide l'hypnotisme qui semble débarrasser le malade ou la malade de troubles organiques, en faisant intervenir l'action de celles des fibres qui ne sont pas encore totalement détruites. P. K.

XIX. UN CAS DE PARALYSIE DE PLUSIEURS NERFS CRANIENS ; par E. MENDEL. (*Neurol. centralbl.*, 1890.)

Paralysie du facial et de l'oculomoteur communs d'un côté ; origine rhumatismale. P. K.

XX. MANIE TRANSITOIRE ; par SCHWASS. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII., 1.)

La manie à courte évolution, dont on ne trouve pas clairement l'étiologie, est une affection *épileptique* ; c'est dans cette direction qu'il faut poursuivre les recherches. Si on ne trouve rien, on ne perdra pas de vue le malade, tôt ou tard, on trouvera la preuve de cette assertion. P. K.

XXI. Contribution a la pathologie générale et a la pathogénie de la folie; par A. Fauser. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII., 1.)

Il est impossible, dès le principe, de rattacher l'aliénation mentale à des lésions physiologiques ou anatomo-pathologiques. Il faudrait bien connaître la physiologie normale dans ses rapports avec l'anatomie du cerveau. P. K.

XXII. De l'influence de l'onde des courbes menstruelles sur l'évolution des affections cérébro-psychiques; par Schuele. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 1.)

Il existe réellement des folies périodiques menstruelles; les interruptions de la crise psychopatique correspondent exactement au milieu de la phase intermenstruelle. Il existe aussi des faits de pseudo-stupeur qui se modifie à certaines phases de l'époque intermenstruelle; l'arrivée du flux menstruel correspond souvent à la cime de l'onde qui trace l'évolution psychopatique, qui dessine la transformation brusque d'une mélancolie en manie, d'une exaltation maniaque en stupeur. C'est ce que nous apprend l'analyse comparative des deux espèces de tracés. P. K.

XXIII. Observations sur le suicide; par J. Thomson. *Archiv. f. Psychiat.* XXII, 1.)

Le suicide n'est pas si volontaire qu'il le peut paraître, notamment quand la vie dure. Il existe des causes prédisposantes telles que l'hérédité, l'imitation. S'il s'agit de la *suicidomanie chronique*, ce sont la sénilité, la folie (principalement la lypémanie et la dipsomanie), l'hérédité, la race qui préparent le terrain psychique; la *suicidomanie aiguë* résulte de la manie transitoire, des obsessions *des impulsions* des onanistes et des nostalgiques.

STATISTIQUE DE L'AUTEUR

Modes de suicide	Hommes.	Femmes.
Pendaison. . . .	64	7
Submersion . . .	12	20
Armes à feu . . .	9	0
Section du cou. .	4	2
Empoisonnement.	1	3
	90	32

Non mentionnés, 5

Causes de suicide	Cas
Aliénation mentale. . . .	30
Ivrognerie.	30
Hérédité.	17
Crainte du châtiment. . .	4
Puberté	4
Repentir.	1
Affections somatiques . .	8
Imitation	1
Sénilité	8
Non indiqués	17
	120

Au point de vue pratique, il est exceptionnel de ne pas trouver dans les familles des suicidés de tare héréditaire. Il existe en revanche beaucoup de familles dont les membres, quoiqu'ils ne soient pas normaux, ne se suicident jamais; si quelques-uns manifestent pour une raison ou pour une autre une idée de suicide, il faut les interner dans un asile. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN

QUARANTE-CINQUIÈME SESSION A BONN[1].

Séance du 28 *juin* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. PELMAN.

M. BRIE. — *Un cas d'aliénation mentale dans la névrite multiloculaire.* C'est une observation à l'appui de la thèse de Korsakow[2].

M. SCHMITZ. — *De l'aliénation mentale consécutive à l'influenza*[3]. Mémoire publié.

DISCUSSION. — M. PELMAN. A l'asile de Bonn, l'influenza n'a pas amélioré l'aliénation mentale; plusieurs paralytiques sont morts de pneumonie. Nous avons reçu douze malades qui devaient leur psychopathie à l'influenza; on constata : affaiblissement des facultés intellectuelles, stupidité, propos absurdes, comme dans les délires d'inanition, mais pronostic défavorable; en effet l'amélioration ne fut que très lente et, presque toujours, il y eut des rechutes. Ces observations ont été consignées dans le travail de Mispelbaum[4].

M. NŒTEL a observé à l'asile d'Andernach six cas de psychose consécutive à l'influenza; dans trois cas, l'influenza joua simplement le rôle d'une cause occasionnelle. L'action réelle de l'influenza reste d'ailleurs bien obscure; en effet, l'influenza a atteint le quart de la population de l'asile, elle a sévi en ville sur bien des individus

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XX, p. 118.
[2] *Id.*, t. XX, p. 73.
[3] *Id.*, Revues analytiques.
[4] *Id.*, *Id.*

prédisposés, et cependant on n'a pas remarqué de manifestations ayant pu être imputées à cette affection. En revanche, plusieurs personnes décrépites sont mortes de pneumonie.

M. Œbeke. — Mon expérience et ma façon de voir sur le rapport et l'influence réciproques de l'influenza et des psychoses se rangent sous trois chefs principaux : 1° L'influenza a-t-elle produit l'aliénation mentale ?

En aucun cas, elle n'a suffi à déterminer la folie; elle a donné un coup de fouet à d'autres facteurs (causes psychiques; tares héréditaires). — 2° Comment l'influenza a-t-elle agi chez les aliénés ?

Elle n'a guère exercé de modifications que celles que produit la fièvre. Il n'y a qu'un paralytique en rémission qui en ait ressenti d'indéniables bienfaits. — 3° Qu'enseigne la bibliographie sur cette question ? Rien de précis.

M. Schroeter. — *Curatelle des aliénés et procédure de l'interdiction.* Une longue pratique de l'assistance judiciaire des aliénés et le grand nombre d'interdictions qu'il a vu prononcer à Eichberg autorisent l'orateur à demander de substituer la curatelle à cette mesure radicale. Cette dernière coûte d'ailleurs trop cher; en second lieu elle est difficile à lever; enfin elle ne vaut pas la curatelle qui, n'étant que temporaire, permet de préserver les intérêts des malades tout aussi bien que l'autre, en même temps qu'elle cesse aussitôt que l'aliéné a reconquis la raison.

Discussion. — M. Pelman appelle l'attention du Congrès sur les dispositions adoptées à cet égard dans le projet de loi dit de la révision de la loi de 1838 en France.

M. Hertz. — *Des locaux de séclusion.* La séclusion, ou l'isolement, peut se faire non pas seulement à l'aide de la cellule (*strong room* des Anglais) mais aussi à l'aide de locaux moins terribles quoique aussi bien disposés pour la sécurité des malades (*single room*). Les unes et les autres conviennent aux aliénés violents, malpropres, prompts à se faire du mal, mais je prescrirais plus volontiers la cellule aux hommes, les petits locaux aux femmes.

Du reste, ce n'est pas un malade sur dix qu'il faut isoler. C'est un sur cinq, c'est-à-dire 20 p. 100. Par conséquent les asiles actuels sont bien loin de remplir ce desideratum; aussi y a-t-on disposé, en outre des quartiers cellulaires proprement dits, des chambres d'isolement, jusque dans les sections de tranquilles; de cette façon on a en réalité doublé et davantage le nombre des cellules.

Mais il est très difficile de construire un quartier cellulaire dans lequel on n'entende aucun bruit, on évite les souillures des malades, on sache, tout en les isolant, leur dispenser l'air et la lumière à profusion. Il faut rejeter la forme linéaire, et surtout le corridor

qui s'ouvre sur une cellule de chaque côté. On n'adoptera pas davantage l'enclavement de la cellule entre deux corridors; il est enfin impossible de bien surveiller la maisonnette isolée munie à ses angles d'une salle du jour et d'une chambre à coucher, entourée de sa courette. Ce qu'il faudrait, c'est briser une enfilade rectiligne en un ou deux angles droits, de façon à obtenir un double front avec une double rangée de cellules, chaque série de cellules s'ouvrirait sur un seul corridor; mais il importerait que chaque cellule fût bien séparée de sa voisine, qu'elle n'ait avec elle rien de commun, même en ce qui a trait au chauffage et aux appareils de déjections.

En ce qui regarde la cellule en soi, voici celle qui par la plupart de ses éléments nous a réussi depuis vingt ans. Le bâtiment occupe l'extrémité ouest d'un quartier préexistant et fait une saillie transversale sur le reste de la construction; tout entier sur cave, il est en briques massives. Les couloirs donnent accès à une baie de douze pieds et demi; on pénètre à l'étage supérieur par un escalier incombustible encaissé dans la paroi est et, qui est muni de son entrée spéciale. Ce bâtiment contient sur sa face ouest quatre chambres d'isolement; les deux chambres d'angle ont chacune son vestibule adjacent au corridor. Chaque cellule du rez-de-chaussée mesure 14 pieds de haut, 16 de profondeur, 13 de large; on y peut mettre commodément deux lits en long.

Nous nous servons d'une fenêtre à hautes parois revêtue à l'intérieur de lambris de bois, dont le dôme est coupé en deux par une flèche, elle mesure six pieds de large et six pieds et demi de haut. Au dehors, elle est grillée, non pas avec un appareil rappelant la prison, mais par des barreaux qui font corps avec les croisillons; on y a placé des stores. Les deux battants se ferment à l'aide de verroux à bascule; ils ont chacun neuf vitres fumées. Le volet intérieur de la fenêtre, obliquement disposé, est à sept pieds au-dessus du sol de la chambre. L'embrasure intérieure de la fenêtre est protégée par un cadre à charnières dont les panneaux sont de toile métallique; il glisse le long des lambris et n'intercepte pas l'air, car, entre lui et la fenêtre, il existe un espace qui permet de la laisser entr'ouverte.

Directement en face de cette fenêtre à dôme, se trouve l'orifice de la porte qui mesure 3 pieds de long et 6 pieds et demi de haut. Deux organes le ferment à la distance de l'épaisseur du mur. La porte intérieure qui s'ouvre en dedans se compose de deux feuillets vissés l'un sur l'autre; elle a six panneaux. Les quatre panneaux supérieurs (deux à droite, deux à gauche d'une croix médiane) sont en fort tissu métallique à mailles étroites. Une tige de fer en T, assujettit cet ensemble. La porte extérieure, qui s'ouvre en dehors, est constituée par deux feuillets vissés l'un sur l'autre. Le feuillet interne est tout à fait lisse; le feuillet externe repré-

sente un cadre sans panneaux, le feuillet interne étant en rapport avec les vides. La première porte est à serrure; la porte externe à verroux. Les vides de la porte intérieure permettent l'observation continue; la porte extérieure assure l'isolement complet. Au-dessus de la porte est un judas de 2 pieds de haut et de 3 pieds de large qui ferme intérieurement par un panneau mobile, et, du côté du corridor, par un hublot à charnières. On a ménagé au niveau du sol, près de la porte, un passage par lequel on glisse une chaise percée; ce passage se ferme à l'aide d'un panneau grillé. Il peut servir, de concert avec le judas, à pénétrer jusqu'au malade. L'étage supérieur du bâtiment en question est réservé aux femmes. Le chauffage des dix cellules se fait simultanément par l'air chaud.

QUARANTE-SIXIÈME SESSION A BONN.

Séance du 15 novembe 1890. — PRÉSIDENCE DE M. PELMAN.

M. STEINER. — *Du développement des fonctions du cerveau.* Nous nous bornerons à étudier le développement du tronc du cerveau (développement phylogénique), n'étant pas en état pour le moment d'étudier les fonctions chez l'embryon, de faire de l'ontogénie.

Chez les poissons osseux, le cerveau n'a pas de fonctions; c'est le centre visuel qui leur donne la spontanéité nécessaire à la recherche de leur proie. Chez les vertébrés les plus primitifs, chez les poissons cartilagineux (les squales), le cerveau tout entier est un centre olfactif. Les cerveaux antérieurs ou cerveaux proprement dits des vertébrés quelconques étant homologue, il est évident que le cerveau des vertébrés a pour origine le centre olfactif. D'autre part, tout centre sensoriel et en particulier les centres sensoriels élevés, sont identiques à ce cerveau primitif; en d'autres termes, chaque centre sensoriel est un cerveau primitif. Enfin, dans la série des vertébrés on constate, dans la sphère du système nerveux central, une tendance au déplacement des fonctions d'arrière en avant, par suite, les centres sensoriels des vertébrés inférieurs (cerveaux primitifs), se transportent graduellement d'arrière en avant sur l'écorce du cerveau émanée du centre olfactif, et tous les cerveaux primitifs, jusque là disséminés en diverses parties du cerveau, finissent par se réunir en une surface commune.

M. ZACHER. — *Deux cas de paralysie générale aiguë.* La première observation concerne un malade qui, après un stade de mélancolie prodomique de plusieurs mois, fut atteint de paralysie générale qui évolua en quatre semaines. Chez l'autre malade, la paralysie générale dura environ deux mois et demi. Dans les deux cas, les vaisseaux et le tissu interstitiel n'étaient relativement que peu altérés, tandis qu'il y avait une atrophie considérable et étendue des fibres

myéliniques. Il existe donc des cas de paralysie générale ayant pour substratum anatomique primitif une atrophie des fibres myéliniques.

Discussion. — M. Hertz. C'est un délire aigu. Le trou déchiré postérieur devait être rétréci, ainsi que je l'ai démontré en pareil cas. — M. Pelman. Ne serait-ce pas une maladie infectieuse du cerveau ?

M. Zacher. Le stade prodromique si long chez un des malades, et l'absence de tout élément infectieux à l'autopsie dans les autres viscères contredit à cette idée. Et d'ailleurs, l'atrophie des fibres myéliniques du cerveau n'a, jusqu'à ce jour, pas été rencontrée dans les maladies infectieuses aiguës. Assertion à l'appui de M. Fr. Schultze.

M. Fr. Schultze. — *Ce que l'on sait de la formation de cavités dans le cerveau et la moelle.* Voici un jeune homme de dix-huit ans qui a eu grand'peine à apprendre, et qui, depuis 1886, est atteint d'épilepsie à crises progressivement violentes ; une chute survenue en août 1888 n'exerça pas d'influence sur les accès. Il entre en décembre 1888 ; on constate de l'imbécillité, des attaques d'épilepsie, des symptômes spasmodiques, tels que contractures et convulsions cloniques dans les bras et les jambes, surtout à droite, dans la langue, sur toute la face y compris le front. On diagnostique : lésion du lobe frontal et peut-être de la protubérance, due probablement à un arrêt de développement. Marasme rapide, mort au bout de quelques mois. *Autopsie :* Lacune portant sur les deux premières frontales et la frontale ascendante, ayant pour limite superficielle la substance corticale atrophiée d'ailleurs par places. On ne constate aucun élément qui puisse faire rattacher la lésion à une hémorrhagie, à un gliome résorbé, à un traumatisme. Ce n'est point de la porencéphalie, car la lacune ne va pas jusqu'à la surface. Reste l'hypothèse d'un ramollissement chronique sans lésion vasculaire primigène. Seuls Wernicke et Naunyn ont décrit des faits de ce genre chez les individus d'un certain âge.

M. Peretti. — *Courte communication sur des expériences faites à l'aide du chlorhydrate de Piperazidine* (spermine). Cette substance extraite du liquide testiculaire est une double éthylénimine ; pure, elle a pour formule :

$$\left.\begin{matrix}CH^2\\CH^2\end{matrix}\right\rangle Az\,H$$

Hydratée, sa molécule comporte : 4 atomes de carbone, 2 atomes d'azote. Son chlorhydrate se présente sous la forme de cristaux fins en aiguilles d'un blanc brillant, très solubles dans l'eau, dépourvues d'odeur, d'une saveur légèrement salée.

On en fait une solution aqueuse à 1 ou 2 p. 100 et l'on en injecte sous la peau tous les trois ou cinq jours, un à deux centigrammes, en augmentant progressivement les doses, car jusqu'à

un gramme elle n'est pas toxique. Le patient ressent une brûlure pendant trente secondes; le lieu de l'injection reste un peu sensible à la pression pendant quelques heures et c'est tout. Il paraît certain qu'elle exerce une action stimulante, qu'elle relève les forces musculaires (mensurations dynamométriques); le sommeil devient meilleur, la courbe du pouls s'élève, la ligne de descente est plus droite. Elle paraît avoir relevé une femme en marasme, faisant disparaître l'œdème, et lui imprimant une énergie nouvelle; dose : un centigramme à quinze milligrammes. Mais elle est demeurée sans action sur les fonctions génésiques. Continuons donc nos essais principalement chez les aliénés atteints de psychoses d'inanition et chez les malades déprimés qui se sentent mous et fatigués.

La prochaine réunion aura lieu en juin 1891. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVIII, 1, 2.) P. KERAVAL.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 16 mars 1891[1]. — PRÉSIDENCE DE M. LŒHR AINÉ.

M. CRAMER. — *De l'atrophie du cervelet.* Il s'agit d'un épileptique mort à quarante-huit ans d'état de mal. Cette affection, qui le hantait depuis l'âge de quatorze ans, commençait généralement par des convulsions sur le territoire du facial gauche et dans les extrémités du même côté. Les accès étaient souvent suivis de paralysies flasques des extrémités en question. Aucun trouble de coordination. L'hémisphère cérébelleux gauche est, à l'œil nu, d'un tiers moins développé que celui du côté droit; l'hémisphère cérébral droit est, lui aussi, un peu moindre que celui du côté gauche. L'écorce du cervelet à gauche est atteinte de sclérose à des phases diverses; intégrité du vermis supérieur et du vermis inférieur. Dans les parties les plus fortement scléreuses, il n'y a plus du tout de cellules de Purkinje; la couche granuleuse s'est aussi considérablement éclaircie. En d'autres points, on trouve, selon le degré de la sclérose, divers degrés d'atrophie des cellules de Purkinje. Suivant l'intensité de cette atrophie, les grosses fibres myéliniques de l'écorce et de la substance blanche ont subi une dégénérescence parallèle, mais partout on constate la conservation en parfait état d'un épais feutrage de fibres minuscules. Par conséquent, les grosses fibres myéliniques sont en rapport avec les cellules de Purkinje. L'altération des grosses fibres en question et l'intégrité des fibres fines, se poursuit dans la substance blanche du lobe gauche du cervelet. Le corps godroné du même côté réduit de moitié contient peu de

[1] Voyez *Archives de Neurologie*. Séance de décembre 1890.

cellules à tous les stades de l'atrophie pigmentaire, dans son hile, on trouve une légère éclaircie des fibres. Le pédoncule cérébelleux supérieur gauche est diminué d'un tiers, de même que le noyau rouge de la calotte du côté opposé; atrophie également prononcée du pulvinar de la couche optique du côté opposé. Comme il n'y a pas d'altérations cérébrales intenses, comme il n'y a pas eu inflammation des parties atteintes par l'atrophie, on est autorisé à croire qu'il existe *une connexion entre le pédoncule cérébelleux supérieur, le noyau rouge de la calotte du côté opposé, le pulvinar du côté opposé.* Sont encore atrophiés, le pédoncule cérébelleux moyen du côté malade et la substance grise de la protubérance du côté opposé. Atrophie macroscopique et microscopique (atrophie des fibres) du corps restiforme du côté gauche. De là : atrophie du cordon latéral du même côté et du noyau d'origine de ce cordon. Disparition notable du système des fibres arciformes externes antérieures du côté malade; atrophie encore plus prononcée des fibres arciformes internes à droite ou à gauche. Atrophie partielle des noyaux d'origine des cordons postérieurs des deux côtés. Atrophie excessive du noyau d'origine du faisceau grêle du côté opposé; atrophie marquée de la grosse olive du côté opposé, diminution notable du trousseau de fibres qui part du corps restiforme atrophié pour gagner l'olive de l'autre côté. Par conséquent, le *corps restiforme joint le cordon latéral et le noyau d'origine du cordon latéral du même côté*; il est en connexion avec les *noyaux d'origine* (homonyme et croisé) du *cordon postérieur* (fibres arciformes externes, couche intermédiaire des olives, fibres arciformes internes, noyau du cordon grêle) il est en relation *avec la grosse olive du côté opposé.* Nous n'avons pu constater d'altération dans le ruban de Reil et l'acoustique.

Le lobe moyen étant demeuré intact, il n'y avait pas eu d'incoordination. L'épilepsie ayant débuté à l'âge de quatorze ans, et la base du crâne ne présentant aucune anomalie de développement, la sclérose a dû commencer à la puberté.

M. Weber. — *Du traitement de l'épilepsie par l'hydrate d'amylène.* Expériences faites chez soixante-dix épileptiques. Afin d'éviter les effets désagréables du médicament, on administre au début 2 grammes pour atteindre progressivement 6 grammes, dose qui ne fut pas dépassée. Il s'agissait de 33 hommes et de 37 femmes de seize à cinquante-et-un ans, épileptiques depuis longtemps, qui présentaient tous les degrés de l'affaiblissement intellectuel. On choisit de préférence des malades ayant des accès convulsifs réguliers et se succédant à des intervalles peu espacés; de cette façon il était facile de se rendre compte du nombre mensuel des attaques. Leurs attaques les prenaient surtout la nuit, enfin, dans le nombre, quelques-uns avaient des états de mal à certaines époques déterminées notamment à l'époque des règles. La plupart étaient aussi affectés de petit mal. Le médicament ne fit décroître et finalement complè-

tement disparaître l'épilepsie qu'en un seul cas; chez 5 p. 100 des sujets, les attaques diminuèrent, mais sans qu'il y eût amélioration de l'état général, d'autres incidents survinrent qui empêchèrent de continuer l'amylène. Chez près de 80 p. 100, on n'observa rien de spécial; pas d'amélioration.

Somme toute, l'amylène n'exerça d'action spéciale ni sur les périodes d'agitation, ni sur les crises d'angoisse, ni sur le désordre dans les idées post-épileptique Elle n'améliora en rien l'état mental; loin de là, ce médicament abrutissant les malades, ils ne prirent plus aucun plaisir à s'occuper, et se montrèrent de plus en plus indifférents.

Discussion. — M. Jastrowitz confirme les assertions de M. Weber. C'est également l'opinion de M. Jolly. — M. Zinn aîné. Redoublons donc d'activité scientifique à l'égard des malheureux épileptiques et plaçons à la tête des établissements qu'ils contiennent des médecins chercheurs.

M. Lœhr pose la question des *effets de l'hypnotisme.*

Discussion. — M. Ascher. J'ai, sur plusieurs délirants chroniques présentant des hallucinations sensorielles actives, essayé d'appliquer l'hypnotisme. Je n'ai jamais réussi à les endormir. En revanche, j'ai facilement endormi une hystérique; il s'agissait d'une malade ayant par intervalles de l'angoisse et des hallucinations tellement impérieuses qu'elle devenait agressive. On l'endort alors pendant plusieurs heures et, quand on la réveille, elle ne retombe pas dans la crise en question. On l'endort en lui suggérant qu'elle doit dormir et en exerçant une légère pression sur les globes oculaires. Les résultats favorables sont constants chez elle depuis deux ans.

M. Otto. — Moi aussi, chez une hystérique, qui de temps à autre était atteinte d'angoisse avec agitation, violences, tentatives de suicide pendant plusieurs jours, j'ai pratiqué l'hypnotisme par suggestion, recommençant plusieurs fois de suite lorsque, par imprévu, elle se réveillait et se montrait encore agitée. J'ai réussi à conjurer ces crises. Toute question de supercherie doit être écartée dans l'espèce. (*Allg. Zeitsch f. Psych.*, XLVIII, 1-2.) P. Keraval.

Séance du 14 juin 1890 [1]. — Présidence de M. Lœhr aîné.

M. Lœhr aîné résume les travaux de l'année écoulée. Le Bureau est renommé par acclamations, sur la proposition de M. Muller (de Blankenbourg). Le Président rend compte à la Société des préparatifs faits en vue du Congrès International de Berlin. Grâce à

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, séances de juin 1889. Il n'en a pas été publié d'intermédiaires. (P. K.)

la prévenance de quelques membres de la Société, celle-ci peut disposer d'une somme assez forte destinée à rendre aux congressistes aussi agréable que possible le séjour du local mis à leur disposition par la commission (*Carlstrasse*, n° 29).

M. Falk (de Berlin). — *Communication casuistique.* C'est l'histoire d'un homme de soixante ans présentant depuis deux ans et demi les apparences de la démence, qui guérit à la suite d'une néphrorrhagie traumatique.

Discussion. — M. Neuendorff (de Bernbourg). — C'était un cas de catatonie ; le rapport entre l'hémorrhagie rénale et l'amélioration est tout accidentel.

M. Edel (de Charlottenbourg). — *Le suicide dans les asiles d'aliénés et le* § 222 *du Code pénal.* Voici un argument à l'appui de MM. Hasse, Pelman, Hagen. En ce qui concerne l'asile que dirige M. Edel depuis vingt et un ans, il a noté ce qui suit : Dans les seize premières années, le nombre des admissions de particuliers était limité ; on hospitalisait en moyenne vingt à cinquante malades au compte des communes et principalement de la commune de Berlin ; pendant cette période, pas un seul suicide ne put être exécuté. Mais depuis cinq ans, depuis que l'établissement s'est considérablement développé, depuis qu'on y hospitalise annuellement quatre cents aliénés, depuis surtout que les admissions particulières se sont notablement accrues et, parmi elles, les observations de psychoses aiguës ou curables, depuis, par conséquent, que le caractère de l'asile est changé, que cet établissement d'asile-hospice qu'il était, est devenu à la fois un hospice et une maison de traitement, depuis cette nouvelle destination, il s'est produit des suicides. C'est ainsi que depuis le 1er janvier 1885 jusqu'au 12 janvier 1890, on a hospitalisé 1,185 aliénés ; on a dû enregistrer quatre suicides.

Or, le § 222 du Code pénal allemand dispose dans les termes suivants :

« Quiconque aura, par négligence, été la cause de la mort d'un homme, sera puni d'un jour à trois ans de prison.

« Si le coupable avait charge d'âmes à raison de sa fonction, de sa profession, de son industrie, l'emprisonnement pourra être porté au maximum à cinq années. »

Eh bien ! malgré les perfectionnements de tous ordres introduits dans un asile, malgré toutes les précautions, toutes les mesures de sécurité, malgré le concours de plusieurs médecins et d'un nombre respectable d'inspecteurs, de surveillants, d'infirmiers, de veilleurs il est impossible d'éviter les suicides, surtout si, comme il est rationnel, on pratique le système du no-restraint et du maximum de liberté possible. Mais il y a lieu de se gendarmer contre l'application du § 222 aux directeurs-médecins des asiles d'aliénés.

Discussion. — M. Neuendorff cite un cas de suicide imprévu chez un malade aliéné depuis huit ans, employé à la colonie agricole depuis trois ans, sous les yeux mêmes des infirmiers. — M. Richter (de Dalldorf). Les craintes de M. Edel sont en pratique exagérées; jamais le pouvoir judiciaire, prévenu à temps, n'a poursuivi. — M. Jastrowitz (de Berlin). Que le personnel inférieur reçoive de temps à autre des leçons de l'autorité judiciaire, nous n'avons pas à nous en plaindre. Bien au contraire. En général, les magistrats sont très prudents en pareille matière. — M. Leppmann (de Moabit). Oui, mais les manières de voir des juges sur la responsabilité sont essentiellement différentes. — M. Mœli (de Dalldorff). Il est bon d'être assuré contre les négligences du personnel secondaire quand il désobéit aux instructions qu'on lui donne.

M. Ascher. — *Du traitement par la suspension.* Cette méthode a été appliquée à 23 malades affectés de paralysie générale (11 observ.) de vésanies avec hallucinations (3), de délire chronique systématique (1), de désordre avec incohérence dans les idées (1), d'épilepsie (1), d'imbécillité (1), de démence simple (1), sénile (1), alcoolique (1), ainsi qu'à deux femmes hystériques. Les indications qui nous ont servi de base furent : l'incontinence de la vessie et du rectum, l'incertitude de la démarche, l'ataxie, les douleurs lancinantes. Nous avons essayé de rappeler le réflexe tendineux patellaire absent chez un paralytique général et un délirant systématique chronique, cela sans résultat. Ce réflexe reparut en revanche chez un dément alcoolique qui se trouva bien de la suspension, après avoir disparu pendant dix-huit mois.

Si l'on examine spécialement les paralytiques généraux, on voit qu'il se produisit chez un d'entre eux un affaiblissement physique tel que l'on dut renoncer à cette méthode. En ce qui concerne les dix autres, il convient de les diviser en deux groupes : chez cinq d'entre eux la suspension demeura impuissante, chez les cinq autres, il se produisit une certaine amélioration. Remarquez qu'on avait pris soin de choisir des malades indemnes de tout délire et présentant une allure uniformément calme. Sur les cinq paralytiques non influencés par la suspension, trois voient leur état s'aggraver; le gâtisme augmente, les forces diminuent. Deux paralytiques furent atteints d'une paralysie du nerf péronier, l'excitabilité électrique subit peu de changement, et d'ailleurs, cette paralysie rétrocéda; la suspension ne modifia en rien l'état mental.

L'amélioration obtenue chez les cinq paralytiques généraux déjà cités consista en : affermissement des mouvements et sûreté de la démarche, disparition du gâtisme, retour de la sensibilité et des phénomènes tendineux. Il est évident qu'elle doit être imputée à la suspension.

Les trois délirants hallucinés mentionnés plus haut étaient des

tabétiques avancés. Chez l'un d'eux, en quatre semaines les douleurs disparurent; il se remit à marcher alors qu'il était auparavant cloué au lit. Chez un autre atteint d'amaurose et d'incontinence d'urine, cette dernière infirmité disparut, son état général s'améliora. Chez le troisième, non seulement les phénomènes somatiques rétrocédèrent, mais le délire et les hallucinations disparurent totalement. L'action favorable de la suspension est donc indéniable.

La suspension eut également raison de l'ataxie et des douleurs d'un tabétique dément et d'un tabétique épileptique; elle rétablit les facultés, et les fonctions vésico-rectales d'un aliéné atteint de désordre dans les idées avec gâtisme et impotence. Mais, deux mois après, il succombait dans le marasme. Chez un dément alcoolique, l'incontinence d'urine cessa.

En somme, douze faits d'amélioration des symptômes; cette amélioration porte surtout sur la motilité et les sphincters. Il faut donc suspendre les aliénés, à moins qu'ils ne soient atteints d'une affection organique du cœur et des poumons, et à la condition qu'on supprime la suspension à la moindre alerte.

Discussion.— M. Richter redoute l'emploi de la suspension dans la paralysie générale.

M. Mœli. — Quels que soient les aliénés auxquels on l'applique, ce qui frappe, c'est qu'on la dirige contre des accidents spinaux. Puis il s'agit, notons-le, de déments; par suite, l'influence morale de la suspension est à rejeter. En ce qui concerne les vésaniques tabétiques, il est certain que l'intensité des conceptions délirantes est en rapport avec les accidents spinaux; il n'est donc pas surprenant que la rétrocession de ces derniers entraîne l'atténuation des premières. Enfin, on n'a pas le droit de se priver d'un moyen qui transforme, au moins momentanément, des infirmes et des gâteux en individus plus valides; la santé générale n'a qu'à y gagner.

M. Otto (de Dalldorf). — *De la Microgyrie (avec présentation de pièces).* Ces pièces proviennent de deux idiots de cinq ans, deux garçons, dont l'un était en même temps atteint de contracture généralisée, et l'autre présentait de l'affaiblissement des mouvements. On constate à la surface du cerveau de fines tubérosités, surtout dans les régions frontale et pariétale; ces tubérosités sont produites par de toutes petites circonvolutions correspondant, les unes à des circonvolutions normalement développées, les autres à des anomalies de développement. Les insulas ne sont qu'incomplètement recouvertes; les faisceaux pyramidaux sont, des deux côtés, dans le bulbe, étriqués. La substance blanche des hémisphères est dissociée en un grand nombre de fines ramifications; on y voit aussi les parois des sillons se souder par places, tandis qu'en

d'autres, il existe, en plein centre ovale, des oasis de cellules nerveuses. Les fibres intra-corticales sont bien développées; la couche des grandes cellules pyramidales est au contraire défectueuse; ces éléments sont rares, petits; au contraire les cellules rondes y prédominent; impossible de trouver les cellules pyramidales géantes de Betz.

M. Cramer (d'Eberswalde). — *D'un groupe déterminé d'hallucinations sensorielles dans les anomalies primitives de l'humeur.* Sera publié *in extenso*. Nous l'analyserons alors. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatr.*, XLVII, 3-4.) P. Keraval.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

Séance du 9 juin 1890 [1]. — Présidence de M. W. Sander.

M. Kronthal. — *Deux cas anatomo-pathologiques remarquables de la moelle.* Voy. *Neurolog. Centralbl.*, 1890 [2].

M. Bernhardt. — *Parésie congénitale unilatérale du trijumeau, de l'oculo-moteur externe et du facial.* Voy. *Neurolog. Centralbl.*, 1890 [3].

M. Bernhardt. — *Névrose peu connue de la langue et de la cavité buccale.* Voy. *Neurolog. Centralbl.*, 1890 [4].

Séance du 14 juillet 1890. — Présidence de M. Sander.

M. Mendel. — *Un cas de paralysie de plusieurs nerfs crâniens.* Voy. *Neurol. Centralbl.*, 1890 [5].

M. Oppenheim. — *Association de névroses fonctionnelles à des lésions organiques du système nerveux.* Voy. *Neurol. Centralbl.*, 1890 [6].

[1] Voy. *Archives de Neurologie.* Séance de mai 1890.
[2] *Id.*, Revues analytiques.
[3] *Id.*, id.
[4] *Id.*, id.
[5] *Id.*, id.
[6] *Id.*, id.

Séance du 10 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. SANDER.

M. BERNHARDT. — *Contribution à l'étiologie du tabes.* Voy. *Neurolog. Centralbl.*, 1890.

Discussion. — M. OPPENHEIM, pas plus que M. Remak, ne croit à l'étiologie traumatique du tabes. M. Remak cite l'exemple d'une tabétique qui a pu, depuis douze ans qu'il l'observe, faire trois grossesses heureuses sans que l'ataxie ait en rien été influencée par l'état puerpéral. M. Oppenheim cite l'histoire d'une jeune couturière à la machine, âgée de vingt-deux ans, qui niait obstinément avoir jamais eu la syphilis n'ayant, disait-elle, jamais eu aucun rapport avec un homme; cinq ans plus tard, l'occasion la ramenait à son observation, elle était mariée; elle avait avorté, la syphilis était nettement mise en évidence, et elle avouait franchement que neuf ans avant son mariage, elle avait cohabité avec son mari actuel incontestablement syphilitique.

La question a une grande importance médico-légale. A plusieurs reprises, M. Oppenheim a fait à ce sujet des expertises. Il a presque constamment constaté que les premiers phénomènes du tabes étaient antérieurs au traumatisme, mais que la lésion accidentelle avait donné un coup de fouet à la maladie. Tout récemment, par exemple, un jeune homme faisait une chute de voiture, il se fracturait la cuisse gauche. Il présentait les signes d'un tabes-type, mais ces accidents étaient plus accentués du côté de l'extrémité lésée. On constatait qu'il avait éprouvé des douleurs lancinantes avant l'accident, de plus, le callus de consolidation était celui d'un tabétique. Il était néanmoins évident que l'accident avait aggravé considérablement l'ataxie.

M. OPPENHEIM s'élève contre le terme de *tabes illusoire* ou *pseudo-tabes des neurasthéniques.* Sans doute les neurasthéniques présentent parfois des troubles subjectifs qui rappellent ceux du tabes, mais les phénomènes objectifs ne ressemblent pas à ceux du tabes.

M. SANDER appelle l'attention de la Société sur la *Société de patronage de Berlin pour les aliénés guéris* et demande le concours de ceux des membres qui n'ont pas encore apporté leur obole[1].

Séance du 8 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. SANDER.

M. REMAK communique à la Société l'*Observation d'une paralysie bulbaire chez une fillette de douze ans.* Evolution fatale en huit mois. Pas d'autopsie. Atteinte de la branche supérieure du facial (orbiculaire des paupières). Mémoire publié dans les *Arch. f. Psychiat.*

[1] Voy. le rapport de M. Bourneville au Conseil supérieur de l'Assistance publique, juin 1891.

Discussion. — M. Bernhardt rappelle la paralysie bulbaire de l'enfance constatée par Berger sur une même famille. On constatait dans l'espèce divers arrêts de formation, notamment aux mains et aux doigts.

M. Lewin. *Un cas médico-légal d'abus de la cocaïne.* Voy. *Neurolog. Centralbl.*, 1890 [1].

Discussion. — M. Heimann (de Charlottenbourg). Les symptômes morbides relatés par M. Lewin ne prouvent nullement l'abus de la cocaïne. Il n'est en effet nullement question dans l'observation d'hypéridrose intense, d'émaciation extraordinaire et rapide, de facies terreux, d'yeux caves, de perversion de la sensibilité, d'hallucinations de la vue; d'ordinaire, les cocaïnistes voient et sentent des poux, des fourmis leur sortir des pores de la peau ou sous les ongles des doigts, ils sont prolixes dans leurs écrits et leurs discours et présomptueux. Il ne s'agit pas davantage d'épilepsie cocaïnique. Les trois observations que nous possédons de cette névrose montrent qu'elle a toujours été précédée de délire systématique cocaïnique dont les symptômes nous sont connus, et que l'épilepsie consécutive a eu pour complexus clinique le tableau morbide classique. On n'observe, ni dans le cocaïnisme, ni dans les intoxications semblables, pas d'équivalents épileptiques.

M. Mittenzweig. Ce cas n'a pas trait à une psychose; ce sont des troubles élémentaires (hallucinations et illusions).

M. Heimann. La cocaïne chez les héréditaires et les individus à tares psychiques agit tout comme chez les individus normaux. Chez tous les cocaïnistes j'ai observé les mêmes symptômes; l'intensité des accidents dépend simplement de la durée de l'intoxication et de l'élévation des doses de cocaïne; ce sont elles qui produisent un délire systématique cocaïnique suivi ou non d'épilepsie cocaïnique.

M. Mittenzweig. Il est à remarquer que le malade en question avait des hallucinations bien que depuis plusieurs jours il ne prît plus de cocaïne.

M. Mendel. C'est un individu, anormal dès la jeunesse, affecté de tares héréditaires : le cocaïnisme ne joue dans l'espèce qu'un rôle accessoire, (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 1.) P. Keraval.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

ORGANISATION DES ASILES

LA RÉORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS;

Par le Dr MARANDON DE MONTYEL.

A propos de la diminution progressive du nombre des guérisons dans les asiles français signalée par le professeur Pierret au congrès de Lyon, M. Sollier a poussé tout récemment dans *Le Progrès* un cri d'alarme justifié et qui se fait entendre au moment propice puisque la Chambre paraît décidée à s'occuper efficacement de la loi sénatoriale sur les aliénés. Le médecin lyonnais a attribué ce fâcheux résultat sur lequel il appelait l'attention aux retards apportés à l'isolement, retards qui amenaient l'incurabilité là où des soins donnés à la première heure auraient assuré la guérison. Pour bien apprécier toute la valeur de cette assertion, il faut avoir été attaché aux asiles de province, il faut avoir étudié de près les errements d'après lesquels le but est, non pas de se mouvoir dans les limites du crédit voté pour l'hospitalisation des aliénés, mais de réaliser sur ce chapitre d'importants restes à annuler. Les imprudents ! ils croient ainsi réduire les dépenses départementales, quand ils grèvent de plus en plus les budgets à venir. Dans la Seine où toutes facilités sont données pour les admissions, où les portes de Sainte-Anne s'ouvrent grandes aux placements volontaires gratuits, grâce à la vigoureuse campagne menée dans ce sens par M. Bourneville[1], on ne se doute guère de cette situation. En province, d'une manière générale, n'est isolé que l'aliéné dûment dangereux ; tant que le malade n'a pas commis quelque acte hautement répréhensible, toutes les démarches des familles échouent devant une opposition systématique et quand on se décide à le trouver mûr pour l'asile, il a perdu toutes les chances de curabilité. Il tombe alors à la charge du département pour toute la durée d'une vie parfois très longue, tandis qu'un séjour de quelques

[1] Rapports sur le service des aliénés. (Budgets de 1878, p. 24; 1879, p. 61, 62 ; 1880, p. 66 ; 1881, p. 17 et 1882, p. 27). Voir aussi : Bourneville, *Procès-verbaux de la Commission de surveillance des asiles*, *passim* et surtout mars, avril, mai 1891.

mois eut suffi jadis à le rendre à la raison et à la société. Jamais je ne suis parvenu à convaincre les intéressés qu'une prompte séquestration est une mesure économique. En désespoir de cause, je tournais la difficulté au grand profit des aliénés et des finances départementales. Invariablement je conseillais aux parents qui s'adressaient à moi de consentir un léger sacrifice d'argent et d'opérer un placement volontaire, puis d'informer l'administration que leurs ressources ne leur permettaient pas de continuer le paiement. De mon côté je déclarais le malade archi-dangereux, force était alors de le maintenir à titre d'indigent. J'ai la conviction d'avoir contribué par ce stratagème à guérir bon nombre d'aliénés et à épargner par là aux départements les frais considérables d'un entretien prolongé. Aussi je n'hésite pas à le recommander hautement à tous mes collègues de la province, de même que je n'ai point hésité dans mon mémoire sur la loi sénatoriale [1] à supplier la Chambre d'être plus démocratique que le Sénat et de voter le placement volontaire gratuit ou tout au moins l'obligation de secourir immédiatement l'aliéné inoffensif s'il est curable, et cela par économie autant que par humanité [2].

Je crois en conséquence avec le professeur Pierret que le retard apporté à l'isolement est pour beaucoup dans la diminution qu'il relève du nombre des guérisons, mais cette cause est loin d'être unique, plus importante peut-être encore est celle qu'incrimine M. Sollier dans son excellent article. Avec nos immenses asiles et le nombre considérable des entrées, il nous est matériellement impossible d'étudier à fond chaque malade, de pénétrer dans son for intérieur et de découvrir par une recherche minutieuse et patiente, les ressorts psychiques encore intacts qu'une habile thérapeutique morale arriverait à utiliser. Par exemple, j'ai à Ville-Evrard plus de six cents aliénés en traitement et j'en reçois annuellement un nombre encore plus considérable, soit à soigner dans l'année de douze à treize cents malades! et très nombreux sont en France les services ainsi surchargés. Maudits soient ceux qui ont inventé les asiles-casernes, aussi fatals aux aliénés qu'à la science, car il est à remarquer que la production scientifique comme les soins donnés est presque toujours en raison inverse du chiffre de la population, la visite dans ces conditions se bornant, ainsi que le remarque M. Sollier, le plus souvent à une inspection surtout matérielle au point de vue de l'hygiène, de l'entretien, de la bonne tenue des malades, et au traitement des cas suraigus et des maladies incidentes. Un service d'aliénés ne devrait comporter au maxi-

[1] *Annales d'Hygiène pratique et de Médecine légale*. Sept. 1887.

[2] C'est là une thèse que nous avons soutenue depuis longtemps. (Voir entre autres nos *Rapports* sur la révision de la loi du 39 juin 1838) et nos articles dans le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie*. (B.)

mum que trois cents malades et encore à la condition que le mouvement des entrées n'excédât pas deux cents. Cinq cents personnes à traiter dans l'année, c'est même déjà trop pour une thérapeutique individuelle et méthodique d'autant plus difficile qu'elle est presque toute entière à trouver, car M. Sollier relève avec raison qu'elle est la partie la plus négligée dans les asiles. Jugez de ma satisfaction quand j'ai vu M. Reinach, au milieu de critiques passionnées que ni les uns ni les autres nous n'avons jamais méritées, se plaindre dans son exposé de motifs que les aliénistes ne sont pas assez nombreux, que le temps matériel de visiter et de soigner complètement les malades leur fait défaut. Vous signalez là, M. le député, un des plus grands vices de l'organisation actuelle et mettre à le corriger votre talent et votre autorité serait rendre un signalé service aux aliénés.

Pour remédier économiquement au mal dont il se plaint, M. Sollier propose d'attribuer un rôle plus actif, plus indépendant aux médecins-adjoints en leur confiant un service autonome formé de certaines sections, tels les incurables et les alcooliques par exemple. Je le veux bien, sous la réserve toutefois que l'adjoint aura la signature de tous les certificats, partant la responsabilité; sinon on se heurtera à toutes les difficultés et à toutes les complications que M. Chambard[1] a déjà signalées. Cette solution aurait en outre l'incontestable avantage de relever la situation de ces fonctionnaires qui est bien la plus fausse, si j'osais je dirais la plus ridicule qui soit. Avec un chef de service qui accomplit rigoureusement toutes les obligations de sa charge, et que secondent des internes, le médecin-adjoint n'est utile qu'en cas d'absence ou de maladie, durant le mois de congé annuel que mon prédécesseur à Toulouse, le Dr Pons, appelait, avec beaucoup d'esprit, son *douzième provisoire*. Le reste du temps, il est le plus souvent plutôt nuisible, car n'étant rien il veut être quelque chose et dès lors il crée des embarras. Egal à son chef par le diplôme, quelquefois supérieur même à lui par les connaissances et les travaux publiés, il suit la visite sans autorité ni prestige, car il est sans initiative fut-ce en matière de thérapeutique interne; il n'est que ce qu'on veut bien lui permettre d'être; aussi s'il tombe malade ou s'il s'absente, personne ne s'aperçoit qu'il n'est plus là. Les quelques légers services qu'il peut bien rendre, la contre-visite, les pansements difficiles, les opérations de petite chirurgie, les autopsies, un bon interne les remplira mieux que lui, car du moins, il ne les estimera pas trop subalternes. Encore supposons-nous un chef de service aimable et bienveillant, mais que l'adjoint en rencontre un légèrement pointilleux, tant soit peu jaloux de ses droits et de ses prérogatives, aimant assez à exercer son autorité; quand même

[1] *Annales médico-psychologiques*, 1889.

ils seraient tous les deux célibataires, ce qui supprime pourtant un terrible élément de discorde, pour sûr il y aura brouilles. Alors le supérieur supprimera en fait son subordonné auquel il ne daignera pas adresser la parole et le service n'ira pas plus mal pour cela, preuve péremptoire de la complète inutilité de celui-ci, tant que celui-là fait sa visite. La proposition de M. Sollier offrirait donc cet autre avantage d'espacer ces deux confrères. S'il est vrai que dans les asiles, l'unique moyen de vivre en bonne intelligence est de ne jamais se voir, cela l'est surtout pour eux.

Le rôle de cinquième roue de carrosse, utile seulement en cas d'accident, attribué jusqu'ici aux médecins adjoints est pour moi, sinon la principale, du moins une des causes du recrutement difficile de ces fonctionnaires. Il faut avoir, en effet, le courage de l'avouer, afin de tâcher d'y remédier : le concours de l'adjuvat a été jusqu'ici un fiasco lamentable. Dans certaines régions, le jury est revenu bredouille ; dans les favorisées, il y a eu autant de candidats que de places tout juste, et cela même à Paris où la première année, trois vacances attirèrent trois concurrents et où la seconde ils furent quatre à se disputer six postes[1]. A quoi est dû ce résultat navrant? Voilà ce que notre devoir est de rechercher, à nous qui jugeons ce concours nécessaire et qui le considérons comme une des plus utiles innovations. Je viens d'indiquer une des causes à mon avis : j'estime qu'il y en a trois autres que j'exposerai avec la bonne foi et la franchise que je tiens à honneur de mettre dans tous mes écrits, et avec le bien pour seul objectif.

Tout d'abord, est-il bien certain que l'organisation adoptée pour le concours de l'adjuvat n'ait pas contribué en partie à éloigner les candidats ? Beaucoup le pensent, puisque l'an dernier le Congrès de Rouen a demandé qu'il fût centralisé à Paris. Moi-même, j'ai exposé à cette époque les raisons qui me paraissaient militer en faveur de cette modification, ou tout au moins d'un concours unique pour toute la France, et je me suis efforcé de trouver les moyens pratiques de la réaliser sans imposer aux postulants de trop lourdes charges[2]. Si on acceptait la réorganisation du service médical telle que je la proposerai dans un instant, il n'y aurait aucun inconvenient à réunir tous les concurrents à Paris, car les avantages donnés d'emblée compenseraient largement les dépenses imposées [3].

[1] Assurément il est regrettable que le nombre des candidats ne soit pas plus nombreux. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que l'institution même du concours a pour premier résultat d'éliminer les candidats qui n'ont pas travaillé suffisamment. Après la mort du Dr Berthier, il s'est produit 19 candidatures. Lorsque le concours a été institué, il n'y a plus eu que 7 candidats qui se sont fait inscrire. (B.)

[2] *Annales méd. Psych.*, 1890.

Partisan convaincu de la décentralisation et de l'utilité qu'il y aurait à

Quoi qu'il en soit de l'avenir, dans l'état actuel des choses, une organisation défectueuse du concours n'est pas la raison principale du peu d'empressement pour l'adjuvat des asiles. Plus importante est l'absence de garanties. En effet, si le concours procure à l'élu une position d'adjoint, elle ne lui assure, avec la législation en vigueur, ni sa nomination au grade de médecin en chef, ni son traitement en aucun cas, ni sa pension de retraite. La carrière des asiles, c'est l'incertain et l'inconnu, m'ont répondu des confrères distingués que j'exhortais à se présenter. Il est dès lors indispensable qu'on renonce à la latitude de choisir les chefs du service médical en dehors des adjoints en fonctions, car avoir passé par les épreuves publiques de l'internat et de l'adjuvat, être obligé même dans les conditions les plus favorables, de rester dans ces deux emplois huit et dix ans, doivent créer des droits sûrs à un avancement régulier. Sans doute au point de vue strict de la légalité, la latitude dont je parle n'est pas contestable, puisque la loi de 1838 qui nous régit toujours a commis ce malheureux oubli de ne pas assurer le recrutement du personnel, mais même avec cette loi ce *summum jus* n'est-il pas une *summa injustitia*? Dans tous les cas le découragement du corps de l'adjuvat est de plus en plus général et profond. Il se comprend si on considère qu'à cette incertitude des nominations s'ajoute l'incertitude du traitement et de la pension de retraite. Certains départements refusent de payer les classes élevées sous prétexte du peu d'importance de leur établissement[1]; d'autres consentent bien à en faire le sacrifice, mais à la condition qu'on aura parcouru toute la carrière chez eux, tandis que ceux-ci se réservent le droit d'apprécier, malgré les décisions ministérielles, le mérite du fonctionnaire et que ceux-là vont jusqu'à repousser toute retraite. N'était l'espoir que la Chambre votera au cours de cette législature la nouvelle loi et garantira les nominations, les traitements et les retraites, je crois que le recrutement par le concours serait presque impossible. Je prie en conséquence M. Reinach

accroître la vie des facultés provinciales nous avons fait prévaloir l'idée, du concours régional. C'était aussi dans le but de ne pas décourager les anciens internes des asiles de la Seine qui ne concoureraient peut-être pas, dans la crainte d'être envoyés aux extrémités de la France. (B.)

[1] Il est certain que le nombre des candidats pour l'adjuvat augmentera si les jeunes médecins qui sont laborieux trouvent des garanties dans le concours. On conçoit très bien que pour les fonctions de directeur-médecin, l'administration examine avec soin les candidatures ; mais, pour les places de *médecin en chef*, il ne devrait jamais y avoir d'irrégularités. Ces nominations devraient se faire par un roulement analogue à celui qui existe pour les médecins du Bureau Central, à Paris, et des médecins des hôpitaux. Quand il y a une place vacante, c'est le plus ancien des médecins nommés et le premier de la promotion qui choisit et c'est justice. Jamais on ne fait valoir d'influences extérieures. (B.)

de vouloir bien me permettre d'appeler toute son attention sur cette question du personnel, de le supplier de demander à ses collègues une organisation complète qui sauvegarde les droits et les intérêts de chacun. Il sera certainement aidé dans cette œuvre de justice, déjà votée au Sénat, par le gouvernement qui l'a défendue avec succès à la Chambre haute. Justement M. Reinach dans son rapport se plaint que les fonctionnaires des asiles n'aient pas toujours été recrutés avec tout le soin désirable, à quoi le Dr Giraud [1] a pu lui répondre que ces nominations fâcheuses ont été faites parfois sur la recommandation de ses amis politiques et en récompense de services politiques [2]. Que M. Reinach réclame donc des dispositions légales qui obligent les pouvoirs publics à choisir un personnel d'élite et il rendra un immense service aux aliénés. Certes, il est bon de s'intéresser à la liberté individuelle, de l'entourer de mille garanties, on ne m'accusera pas de ne pas assez m'y arrêter, puisque sur ce point, me séparant de tous mes collègues, j'ai demandé la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative et ai insisté sur l'absolue nécessité d'un contrôle non pas postérieur mais antérieur à l'isolement [3]; néanmoins il est une chose encore plusimportante à mon sens, c'est d'assurer aux malades des soins intelligents et compétents, car ils sont légions, ces infortunés, tandis que ceux dont il s'agit de sauvegarder les droits ne seront jamais que quelques-uns à peine. Lors de la visite dont la commission parlementaire a honoré Ville-Evrard, nous avons tous été frappés de l'ardent désir dont étaient animés tous ses membres de ne tenir compte d'aucune idée préconçue pour chercher avec impartialité le vrai et l'appliquer. C'est pourquoi nous espérons beaucoup.

Mais malgré une organisation plus perfectionnée du concours, malgré toutes les garanties, malgré une situation morale convenable, je doute encore du bon recrutement médical si on n'améliore pas la situation matérielle des adjoints, car elle est, je crois, la cause principale de la pénurie de candidats qui nous a surpris. Deux mille cinq cents francs de traitement annuel! Au prix où est la vie en cette fin siècle, c'est la misère même en province [4]. On objectera

[1] *Annales médico-psychologiques.*, 1856.

[2] Ce sont ces nominations irrégulières, faites souvent pour récompenser des services politiques ou en faveur de parents de hauts personnages, qui découragent le personnel médical des asiles qui a fait ses preuves. Nous reviendrons sur cette question. (B.)

[3] *Ann. d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1887.

[4] Dans notre rapport à la Commission ministérielle de 1881, nous proposions pour les médecins-adjoints deux classes au lieu de trois, la deuxième à 3,000 fr. au lieu de 2,000 et la première à 4,000 ; pour les médecins en chef, de 5 à 8,000 fr. quatre classes au lieu de six et les traitements pour les médecins directeurs,

peut-être qu'il y a le logement, l'éclairage et le chauffage, qu'après deux ans la solde est de trois mille francs et de quatre mille après quatre ans. Eh bien ? croit-on sérieusement que ces émoluments de saute-ruisseaux décideront un savant d'avenir à perdre plusieurs années de sa vie scientifique à préparer deux concours, surtout avec le manque absolu de garantie dont je parlais plus haut ? Mais même une nouvelle loi donna-t-elle toute sécurité, ne nous illusionnons pas, les temps sont positifs, et en tout aujourd'hui, on en a tout juste pour son argent. Vous désirez avoir un personnel d'élite, payez-le. Vous le recruterez, je vous en réponds, dans des conditions excellentes, si vous offrez d'emblée les quatre mille francs que vous demandez aujourd'hui de mettre quatre ans à obtenir, sans même vous engager à les verser ; dans des conditions meilleures encore, si, selon l'idée de M. Sollier, vous faites de l'adjoint non une doublure inutile, mais un médecin traitant et responsable avec un service autonome et indépendant. Alors, dira-t-on, ce ne sera plus un adjoint, mais un chef de service. Parfaitement, répondrai-je, et je ne vois pas du tout pourquoi ayant les charges, il n'en aurait pas le titre. Conclusion : suppression de l'adjuvat, plus dangereux qu'efficace, qui procure plus d'ennui qu'il ne rend de services, je l'ai démontré, et augmentation du nombre des médecins en chef, de telle sorte que chacun d'eux n'ait jamais plus de trois cents malades à soigner. Dans les asiles tels qu'ils doivent être de cinq à six cents aliénés, la division par sexe fournira deux services très distincts. Dans les asiles-casernes, les sections d'hommes et de femmes contenant chacune cette population, il faudra les subdiviser ; on y arrivera en détachant pour un médecin certains services spéciaux : pensionnat, épileptiques, infirmeries et malpropres. Néanmoins, je reconnais combien artificiel est ce groupement, par conséquent il importe que les nouveaux asiles qu'on construira ne contiennent pas plus de trois cents lits par sexe, d'ailleurs l'hygiène y gagnera en même temps que les soins médicaux seront mieux assurés.

Hélas ! je nage en pleine illusion et je suis rappelé à la réalité par la réunion des services ; j'oubliais que l'adjuvat en est le fils naturel. Que deviendrait, en effet, cette unité indispensable, sans laquelle tout croule dans un établissement d'aliénés, s'il y avait dans la maison d'autres volontés que celle du directeur-médecin ? C'est uniquement pour ne rien soustraire à son contrôle qu'on a inventé les adjoints, destinés, dites-vous, à jouer les sous-préfets, de même que dans un département, il n'y a qu'un chef et des subordonnés, comme si l'application de soins médicaux était comparable à l'expédition d'affaires administratives. L'expérience vous répond qu'en vain vous entourerez le directeur-médecin de tels collaborateurs, à moins de leur confier un service dont ils seront absolument les maîtres, les aliénés seront plus mal soignés que

s'ils n'étaient point là, car ils seront tiraillés entre Hippocrate et Galien : « Je n'ai déjà pas la force de supporter la maladie, gémissait un malade dans ces conditions, où voulez-vous que je prenne celle de supporter deux médications. » Et si vous leur confiez ce service, que devient votre unité nécessaire, clef de voûte de tout le système ? D'ailleurs, cette inutilité des adjoints est depuis longtemps connue, mais plutôt que de toucher à l'arche sainte de la Réunion, on a imaginé que l'adjuvat était nécessaire pour acquérir une certaine somme de connaissances administratives. Le médecin adjoint apprendra l'administration ! L'aimable facétie ! Pour cela, il faudrait tout au moins qu'il eut les moyens de s'immiscer dans les affaires de l'économat et dans celles de la direction. Or, en premier lieu, dans un asile, l'adjoint et l'économe sont des ennemis nés. Pour ma part, j'ai dû sans cesse, durant ma direction médico-administrative, intervenir pour empêcher tous mes collaborateurs sans exception dans ces deux emplois de se couper la gorge, et durant mon adjuvat dans deux établissements, j'ai dû, malgré mes goûts pacifiques, opérer pour mon compte. La cause ? demandez-la à la jalousie. En second lieu, le directeur-médecin qui permet à peine à son collègue d'intervenir activement en matière thérapeutique, à de très rares exceptions près, lui interdit toute ingérence dans l'administration de l'asile, de crainte d'être critiqué ou pis encore. Il résulte de tout cela, qu'au point de vue d'une instruction administrative, l'adjuvat est encore plus inutile qu'à tout autre. Le seul avantage que retire l'adjoint de son stage est d'être complètement édifié sur la merveilleuse boîte à potins et à mesquines envies qu'est un asile d'aliénés, bien heureux s'il n'en sort pas lui-même perfectionné dans ce genre d'exercices et de distractions. Il en sort dans tous les cas aigri, car il a souffert tout le temps du rôle niais qu'il a joué et, goutte à goutte, son âme s'est imbibée de fiel ; son caractère s'en ressent, surtout durant les premières années de ses fonctions de chef de service, le rendant à son insu peu indulgent à son tour pour ses subordonnés.

Donc l'adjuvat est inutile et plutôt nuisible ; donc il n'y a des adjoints que parce qu'il y a des directeurs-médecins. En vérité, il n'est pas de conséquence fâcheuse que cette maudite réunion des services n'engendre, pas de progrès qu'elle n'entrave ; non, les aliénés n'ont pas de pire ennemie. Nous entrevoyons un but à atteindre, éminemment utile aux malades qui seraient mieux soignés et ainsi verraient s'accroître dans d'énormes proportions leurs chances de guérison ; la voilà qui se dresse barrant la route, et nous sommes seuls, M. Chambard et moi, à avoir le courage de crier sus à cette perfidie. Mes deux précédents mémoires, en effet, s'ils ont soulevé colères et animosités — à mon très vif regret, car je ne poursuis que la vérité et de tous mes souvenirs classiques le plus cher à ma mémoire est le vers sublime que Sophocle a mis dans la bouche

d'Antigone : « Je suis née pour partager l'amour et non la haine » — mes deux précédents mémoires ne m'ont suscité que des contradicteurs, le premier en M. Camuset, le second en M. Samuel Garnier et en M. Lapointe. Très probablement, nous ne nous convaincrons ni les uns ni les autres, mais nous écrivons moins pour nous que pour ceux qui ont charge de modifier la loi de 1838. J'ai exposé avec franchise que la réunion des services n'avait rien qui expliquât l'enthousiasme de mes collègues, j'ai dit combien au contraire je jugeais subalternes les fonctions administratives qui, en fin de compte, se réduisaient pour moi en une trinité d'attributs secondaires et on m'a reproché de me contredire par là moi-même, comme si leur manque de relief les empêchait d'être absorbants et d'engendrer mille préoccupations gênantes pour la recherche scientifique, ainsi que l'a développé M. Chambard, bien loin de reposer l'esprit du savant selon l'appréciation à priori de M. Constans. M. Samuel Garnier en a même conclu, avec regret il est vrai, un regret sans doute aussi immense que ma douleur de l'apprendre, que mes cinq années de direction n'avaient pas suffi à me faire toucher du doigt l'étendue relative des devoirs qui m'incombaient à l'époque du fait de mes fonctions. Anxieux, j'ai poursuivi avec la certitude qu'il allait, lui, me faire toucher du doigt l'étendue relative desdits devoirs. Mais non; il m'a supposé capable de l'accuser d'outrecuidante fatuité et il s'est dérobé. J'aurais été pourtant bien heureux de toucher du doigt l'étendue relative des devoirs administratifs; d'abord, j'aurais su comment porter désormais le panache directorial pour le porter dignement, si jamais j'avais l'honneur d'en être de nouveau orné, et puis surtout, j'aurais enfin connu la cause de l'admiration de mes contradicteurs qui, parole d'honneur, vantent les beautés de la direction comme on vante les charmes d'une maîtresse. Que c'est mal à M. Samuel Garnier d'avoir tant de modestie. Sa vertu m'oblige à maintenir toutes mes appréciations précédentes[1].

Du reste, quelque grandiose que serait la réunion, n'empêche qu'elle ne soit nuisible aux malades et à la science. Seulement, il résulte des critiques de mes trois contradicteurs et de mes conversations avec beaucoup de collègues que je n'ai point réussi, mais là pas du tout réussi à me faire comprendre. J'ai eu grand tort de n'avoir pas exposé dans ses détails le projet Bourneville[2] que je me suis borné à désigner comme le vrai remède au mal dont nous souffrons. Tous, en effet, m'opposent la situation actuelle dans les

[1] Nous laissons de côté pour le moment les remarques que nous aurions à faire au sujet de la réunion des fonctions de médecin-directeur.

[2] Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif, 1882.

asiles où les services sont divisés : conflits inévitables résultant de deux autorités égales et parallèles, à moins que le médecin n'abdique toute initiative, au grand détriment de ses malades; entraves apportées au travail des aliénés qui est le meilleur agent thérapeutique; améliorations réalisées dans les seuls asiles où les fonctions sont réunies; confiance du malade, première condition du traitement, obtenue à la seule condition que le médecin soit tout puissant; impossibilité de modifier à son gré le régime d'alimentation commune par des régimes particuliers sans la libre disposition des crédits; médecins considérés par l'agent administrateur comme des parasites, etc., etc. Mais, mes très chers confrères, vous avez mille fois raison, toutes ces observations sont très fondées; aussi de cette division des services, je n'en veux pas plus que vous et si le choix était forcément limité entre elle et la réunion, je serais plus acharné encore que vous-même à demander la réunion. Heureusement, il n'en est rien. Avec le projet Bourneville, toutes vos objections tombent, car l'application de ce projet opérerait dans les asiles la révolution salutaire qui s'est effectuée récemment dans les hôpitaux militaires. Les aliénistes sont aujourd'hui vis-à-vis de la direction administrative exactement dans la situation où étaient encore, il n'y a pas longtemps, les médecins de l'armée vis-à-vis de l'intendance. Aujourd'hui, ceux-ci ont la suprématie et l'indépendance, or le projet Bourneville nous les assure. Qu'on en juge d'après les dispositions suivantes approuvées par le cinquième groupe de la commission ministérielle chargée d'étudier les réformes que pouvaient comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés, cinquième groupe composé de MM. Herold, président, Ball, Lunier, Foville, Pilon et Bourneville rapporteur :

« Tous ont reconnu *la nécessité de placer les asiles sous la suprématie médicale*, tout en assurant l'unité de direction. En conséquence, à l'unanimité, ils ont décidé qu'il était indispensable de *subordonner le directeur administratif aux médecins chefs de service*, et afin de bien marquer cette subordination en principe, le groupe adopta la dénomination d'*administrateur* que M. Herold proposa de substituer à celle de directeur. En outre, afin de bien marquer encore cette subordination en pratique, M. Bourneville proposa qu'il fût créé un *conseil d'administration* composé du corps médical, du pharmacien, de l'administrateur et de l'économe. *La Présidence* en aurait été dévolue à *l'un des médecins* qui aurait été rééligible après un an. Après discussion, cette proposition a rallié la majorité des membres du groupe, mais à la condition que le pharmacien et l'économe ne feraient pas partie du conseil d'administration auquel ils pourraient assister, ainsi que les médecins adjoints. Et finalement, la rédaction suivante a été adoptée à l'unanimité : « L'administrateur est chargé, sous l'autorité du préfet et *sous le contrôle du*

service médical, de la direction de l'asile et de la gestion de ses terres et revenus. » Restait à savoir comment le contrôle du service médical s'exercerait sur les actes d'administration. Les membres du cinquième groupe, également à l'unanimité, ont précisé ce contrôle dans la formule ci-après : « *Le contrôle du service médical sur l'administration de l'asile s'exerce par un comité de médecins ex-chefs de service, dont le président est renouvelé chaque année; ce comité correspond directement avec le préfet par l'intermédiaire de son président.* » Toujours dans le même ordre d'idées, c'est-à-dire afin de bien indiquer la pensée qui inspire les membres du groupe et sur la remarque judicieuse de M. Lunier, les membres du groupe, à l'unanimité, ont demandé que, dorénavant, le règlement portât en première ligne le service médical et les attributions qui lui sont confiées.

Eh bien! je le demande maintenant à mes honorables adversaires, avec ce projet, que reste-t-il de leurs objections? M. Lapointe a-t-il le droit de conserver ses craintes sur le bon fonctionnement du travail, ce remède par excellence? M. Camuset est-il autorisé encore à dire que la division des services fait du médecin un subalterne impuissant qu'on n'est pas loin de traiter en parasite? Certes, non, car complète satisfaction serait donnée aux légitimes réclamations du corps médical sans l'obliger à s'absorber dans les soins futiles et stérilisants du grand ménage, pour me servir des expressions du clinicien Morel, qui fut toujours l'ennemi déclaré de la réunion. Quelles lances il romprait en ce moment s'il eut encore vécu, et surtout de quel poids son opinion pèserait sur les décisions à prendre. Le disciple obscur et faible, une fois de plus, sent toute la perte du maître illustre et puissant, mais le malheur nous poursuit sans merci; voilà que M. Bourneville, en ce moment, n'est pas à la Chambre pour reprendre et défendre les décisions du cinquième groupe de la commission ministérielle dont il fut le rapporteur autorisé. M. Reinach voudra-t-il me permettre de lui signaler ce projet aussi fécond que simple. Dire pourtant que c'est à son occasion que M. Samuel Garnier, oubliant tout à coup la modestie grande qui, l'instant d'avant, l'empêchait de me faire toucher du doigt l'étendue relative des devoirs administratifs, s'est senti devenir prophète de malheur. Sur le ton inspiré de la Pythonisse antique, poussant le fameux : *Deus, ecce Deus*; et avec le désespoir de Cassandre effrayée des désastres entrevus de la patrie, il s'écrie : « Nous n'avons que faire de votre administrateur; notre organisation est conçue pour bien fonctionner sans lui. Et si des conditions nouvelles différentes, puisées dans vos projets théoriques, venaient à être adoptées pour le fonctionnement des asiles, je n'hésite pas à prédire pour lui, dans l'avenir, le gâchis le plus tangible qu'il soit possible d'organiser. » Pour sûr, Ezéchiel lui-même n'aurait pas parlé avec plus d'assurance des événements

futurs, mais voyez comme les temps sont mauvais et l'incrédulité souveraine : j'ai plus de confiance dans l'expérience humaine des hommes d'élite nommés plus haut que dans la double vue de l'oracle dijonnais!

Le projet Bourneville étendu à tous les asiles de France, au lieu d'être exclusivement appliqué à ceux de la Seine et à quelques autres grands établissements pour lesquels il a été spécialement rédigé aurait surtout cet appréciable avantage de permettre d'avoir de nombreux médecins en chef avec des services de trois cents malades au maximum, ce qui est la première et l'indispensable amélioration à réaliser. C'est en réfléchissant sur les moyens pratiques d'y arriver que je me suis mieux rendu compte de l'inutilité de l'adjuvat tel qu'il fonctionne et des avantages de sa suppression. Maître absolu chez lui, sans préoccupations administratives, le médecin des asiles, non seulement aurait le loisir de traiter individuellement au moral comme au physique, chacun de ses malades dont le nombre serait limité, mais en les étudiant mieux et de plus près, il découvrirait certainement des choses nouvelles dont il enrichirait la science. Relativement à l'internat par lequel devraient passer les concurrents, je n'ai rien à ajouter à ce que 'ai formulé dans mon dernier mémoire, il n'en est pas de même relativement à un corps spécial d'aliénistes pour la Seine. Cette idée a toujours été défendue par M. Bourneville qui invoque en sa faveur la multiplicité des établissements du département, la population considérable de ses aliénés, les candidats nombreux, qui seraient fournis par l'internat des hôpitaux, ainsi que la nécessité de relever l'enseignement de la médecine mentale à Paris, et d'avoir dans les asiles un personnel instruit et aussi capable que celui des hôpitaux. J'ai écrit l'an dernier, qu'elle me souriait assez en principe mais qu'en pratique, elle se heurtait à cet écueil, que les médecins adjoints attachés exclusivement à la Seine risqueraient le plus souvent de s'éterniser dans l'adjuvat, éventualité qui éloignerait beaucoup de candidats sérieux. Avec la nouvelle organisation que je présente, cette objection n'a pas sa raison d'être, j'ai pu d'ailleurs apprécier combien la perspective de quitter Paris empêchent des jeunes gens de valeur de se présenter au concours de l'adjuvat même pour la région de la Seine. Dans tous les cas il serait équitable de conserver les droits acquis à l'avancement aux aliénistes de province qui concourraient avec succès pour le corps spécial.

Quant à l'avancement, pour l'un et l'autre corps d'aliénistes, qu'il se manifeste sous forme d'élévation de classe ou sous forme de résidence, dans la Seine même, il y a des asiles plus agréables à habiter les uns que les autres — je maintiens mes précédentes appréciations : il devra être toujours donné sur présentation du comité supérieur des aliénés, d'après surtout les titres scientifiques

Ce ne sont pas les lamentations de M. Samuel Garnier qui modifieront mon opinion. Pour mon savant confrère de Dijon, les recherches scientifiques ne doivent venir que par surcroît, la raison d'être de l'aliéniste étant l'accomplissement consciencieusement rigoureux des devoirs professionnels. Tout au plus accepte-t-il qu'on déplace un peu l'axe de l'avancement en faveur de ceux qui se livrent aux travaux de la spécialité, car, se contenter, d'après lui, de la seule satisfaction d'enrichir la science de données nouvelles est la caractéristique d'un véritable savant. C'est faire beaucoup d'honneur aux travailleurs, mais à inscrire cette maxime même en lettres d'or, au frontispice des asiles, on risquerait fort de n'engendrer que paressse et stérilité. Je crois, en effet, les savants un peu plus hommes, et malgré la haute opinion que leur garde mon collègue, assez sensible au vieux dicton : « Tout travail mérite salaire ». Je ne saurais donc accepter que l'idéal de l'aliéniste soit pour les pouvoirs publics le médécin qui fait proprement sa visite et qui donne avec conscience et exactitude aux aliénés les soins nécessaires. Que cet idéal reste celui de M. Samuel Garnier je n'y vois pour ma part aucun inconvénient, mais qu'il devienne celui de l'Etat, non, car il ne saurait être qu'un minimum. Il importe que le travail scientifique soit largement encouragé afin de faire regagner à la psychiatrie française le premier rang qu'elle en train de perdre, et un des meilleurs moyens à employer est de distinguer nettement l'homme de science de la machine à certificats.

Je résumerai dans les propositions suivantes la réorganisation du service médical des asiles telle qu'elle découle des considérations de ce mémoire :

1° Division des services dans tous les asiles avec suprématie médicale assurée par la suppression du directeur et son remplacement par un simple administrateur placé sous le contrôle du service médical, conformément au projet Bourneville;

2° Un médecin en chef par trois cents malades au maximum, avec le traitement au début de la quatrième classe (4 000 fr. le logement, le chauffage et l'éclairage), nommé au concours public, parmi les internes des asiles publics d'aliénés comptant au moins un an d'exercice et recrutés eux aussi par concours public ;

3° Deux corps de médecins aliénistes : l'un spécial au département de la Seine, le second pour les autres départements ;

4° Traitements et pensions de retraite payés par l'Etat ;

5° Avancement, soit sous forme d'élévation de classe, soit sous forme de résidence, donné sur présentation du conseil supérieur des aliénés, d'après surtout les titres scientifiques des candidats ;

6° Organisation du service médical fixée par une loi.

BIBLIOGRAPHIE

X. *Etudes de psychologie expérimentale;* par Alfred Binet. (O. Doin, Paris, 1888.)

L'auteur a réuni dans ce volume plusieurs mémoires dont quelques-uns avaient été publiés auparavant dans divers périodiques : A, *Le fétichisme dans l'amour*; B, *la vie psychique des micro-organismes*; C, *l'intensité des images mentales*; D, *le problème hypnotique*; E, *l'écriture hystérique.*

a. — Le fétichisme *religieux* étant l'adoration d'un objet matériel auquel le fétichiste attribue un pouvoir mystérieux, le fétichisme *amoureux* consiste lui dans l'importance exagérée que l'on attache à un détail secondaire et insignifiant de l'objet de la passion. C'est pour mieux dire le penchant qu'éprouvent certains sujets pour des objets qui sont normalement incapables de satisfaire les besoins génitaux. Il existe en grand dans l'état physiologique, et se montre développé à l'extrême dans quelques cas pathologiques, ainsi qu'il appert d'excellentes observations rapportées par MM. Charcot et Magnan. Alors, il peut être considéré comme un des stigmates de la folie des dégénérés héréditaires. Comment cette manifestation prend-elle naissance, quel est son rôle dans la psychologie de l'amour? tel est le thème que traite l'auteur dans cette première partie de son livre.

b. — Dans cette division, la plus importante de l'ouvrage de M. Binet, l'auteur a réuni les observations déjà nombreuses qu'ont fait les naturalistes sur la vie psychique des êtres microscopiques. Après avoir décrit les organes moteurs et les organes des sens, agents de ces manifestations intelligentes, il nous les montre entrant en fonction, à l'occasion des actes les plus importants de leur vie, ceux relatifs à la respiration et à la nutrition. C'est dans ce dernier cas qu'apparaissent des phénomènes d'une complexité intéressante qui ne tendraient à rien moins qu'à démontrer que ces animalcules sont doués de mémoire et de volonté et en font preuve, soit dans le choix de la nourriture, soit dans les modes de présentation des aliments. L'étude de la fécondation est également intéressante en ce qu'elle éclaire jusqu'à un certain point la question encore si obscure de la génération chez les animaux supérieurs.

c. — Qu'est-ce qu'une image intense, qu'est-ce qu'une image faible, quelles causes réalisent l'une ou l'autre qualité? Telles sont les questions dont M. Binet cherche la solution dans la troisième

partie de son ouvrage, et il a recours pour les résoudre à des expériences faites sur des hypnotisées.

d. — Dans la partie de son livre consacrée au « Problème hypnotique », l'auteur expose quelques considérations sur la valeur des phénomènes somatiques observés par les expérimentateurs de la Salpêtrière et niés par les expérimentateurs de Nancy, question qu'à reprise avec des développements plus complets M. le Dr Babinski dans cette revue. M. Binet montre quels sont dans ce domaine les dangers de l'auto-suggestion, et ceux de la simulation, il examine enfin la portée des expériences négatives à ce même point de vue.

e. — Dans quelques expériences qu'a entreprises l'auteur sur « l'écriture hystérique », il résulterait que toute excitation sensorielle produite par un objet quelconque ou par l'aimant, détermine dans un sujet hyperexcitable une dynamogénie générale qui se traduit non seulement par une augmentation de force dynamométrique, mais par un agrandissement des caractères graphiques.

Paul Blocq.

XI. *Les aliénés criminels;* par le Dr Allaman. (Th., Paris, 1891.)

Après un historique de la question, l'auteur examine les aliénés criminels dans les différentes formes d'aliénation, qu'il range ainsi par ordre de bénignité criminelle décroissante : paralysie générale, infériorités cérébrales (imbécillité, idiotie, démence, états mélancoliques, états maniaques (folie circulaire, hystérie), folie puerpérale, folies toxiques, folies partielles, épilepsie, folie impulsive. Il est bien difficile de se prononcer sur la sortie définitive quand on n'observe pas d'hallucinations dont la persistance est le plus juste critérium. En tous cas, l'autorité judiciaire doit intervenir pour la mise en liberté. — Sans se prononcer sur la question de la responsabilité atténuée ou de l'irresponsabilité, l'auteur pense qu'en dehors des cas où l'aliénation est manifeste, on doit se montrer très généreux pour les individus atteints antérieurement d'aliénation. Il insiste sur la grande distinction qu'il y a à faire entre les aliénés criminels et les fous moraux d'une part, et les aliénés inoffensifs de l'autre au point de vue du mode de placement, préconisant pour les premiers des établissements se rapprochant des prisons et pour les seconds des asiles ressemblant plutôt aux hôpitaux.

P. S.

XII. *Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme;* par le Dr Toulouse. (Th., Paris, 1891.)

Très courte monographie appuyée sur quatorze observations, et d'après laquelle l'auteur conclut que les vieilles femmes sont sujettes

à une forme spéciale de mélancolie qu'on peut appeler forme sénile, et qui n'est pas tant en rapport avec l'âge qu'avec la sénilité précoce ou tardive. Cette forme aurait pour symptômes propres : l'affaiblissement intellectuel et physique; le délire peu intense et monotone, à tendances hypochondriaques; les hallucinations rares et peu extériorisées; l'apathie affective; les impulsions insolites et les actes désordonnés. Son évolution est chronique et mène plus ou moins rapidement à la démence dont elle n'est souvent qu'un épisode de début. P. S.

XIII. *Les maladies de l'esprit;* par le Dr P. Max-Simon. 1 vol. de 315 pages. — J.-B. Baillière, 1892.

Ce livre appartient à ce genre d'ouvrages hybrides qui, à couvert sous le pavillon scientifique, s'adressent en réalité aux gens du monde. Sans valeur pour les hommes du métier, ils servent ordinairement à fausser l'esprit des lecteurs sur la science qu'ils prétendent vulgariser.

Le premier chapitre ayant pour titre « Le sens délirant » (?) commence par une définition fausse : le délire sensoriel, c'est l'hallucinatiou. Mieux vaut ne pas parler des pages qui suivent sur les diverses sortes d'hallucinations. Mais je crois utile de signaler les passages sur les hallucinations psychiques où il n'est même pas fait allusion aux travaux si intéressants et si originaux de M. Séglas sur cette question. L'auteur semble du reste peu au courant de l'état actuel de la science si on en juge par le chapitre des tics où il confond, sous cette dénomination, les actes des aliénés accomplis sous l'influence d'une impulsion, d'une hallucination (tels que le persécuté qui se jette à terre parce qu'on vient de lui envoyer une décharge électrique, un mélancolique qui s'agenouille), les véritables tics des idiots, les attitudes spéciales à certaines formes mentales, le délire du toucher, etc.

Il y parle de tout excepté des tics véritables. La signification de ce mot semble lui échapper complètement, et il est difficile d'accumuler autant d'erreurs en si peu de pages.

La seconde partie de cet ouvrage est consacrée aux causes de la folie où toutes les banalités que le sujet comporte sont complaisamment exposées, et au traitement, chapitre dans lequel l'auteur aurait pu chercher, s'adressant aux gens du monde, à détruire avec preuves à l'appui les préjugés qui sont encore si tenaces à l'endroit des mesures à prendre vis-à-vis des aliénés. Mais il n'a pas même saisi cette occasion de faire œuvre utile.

Le titre lui-même n'est pas exempt de critique, car il n'est peut-être pas sans inconvénient de donner à un livre le titre absolument identique à celui d'un autre du même genre et assez récent, ce qui peut prêter à une confusion qui ne pourrait du reste, dans le

cas particulier, être que préjudiciable à ce dernier. C'est une question de propriété littéraire qui n'est pas sans intérêt.

P. S.

XIV. *Les Morphinomanes;* par le Dr Henri Guimbail. 1 vol. in-16.— J.-B. Baillière, 1892.

L'auteur en écrivant son livre est plus préoccupé, on le sent, d'écrire pour les gens du monde, que pour le public médical. Je crois qu'il a eu tort, car sa monographie claire, méthodique et mise au courant de la science, aurait certainement gagné à être écrite dans un autre esprit. Elle n'aurait pas perdu de sa valeur par la suppression de titres de chapitres tels que « Éphémère volupté et supplices durables, « Les paradis artificiels » ; des néologismes tels que la « Mensogéomanie » et d'une foule de figures de rhétorique légèrement emphatiques auxquelles on peut se trouver entraîné pour frapper l'idée de ses lecteurs.

Au point de vue scientifique, qu'est-ce que l'hystérie nerveuse périphérique, surtout à propos d'une observation de M. Déjerine, ayant trait à une paralysie par névrite périphérique survenue chez un tabétique morphinomane? Qu'est-ce encore que le suicide voulu, et le suicide n'a-t-il pas pour caractère essentiel d'être volontaire?

La comparaison du collapsus morphinique avec la stupeur des aliénés repose-t-elle sur une base bien sérieuse?

C'est dans toutes les considérations d'ordre physiologique que l'ouvrage pêche le plus et il était facile de s'en dispenser, car l'auteur n'en tire guère de déductions pratiques.

Quant au traitement qu'il expose sous le titre de « Mon traitement de la morphinomanie » il ne présente rien de nouveau si ce n'est l'emploi, comme substitutif, du phosphate de codéine à la dose de 10 à 50 centigrammes par jour en injections sous-cutanées. Quant aux autres particularités, dont le détail est du reste bien exposé, tous les médecins qui ont eu à soigner des morphinomanes dans des maisons de santé les ont mises en pratique depuis longtemps. Ajoutons que quoique qualifié des épithètes les plus terrifiantes, l'exposé de la morphinomanie ne paraît pas vouloir dégoûter beaucoup le lecteur, qui sera en effet bien plus à même de comprendre les « éphémères voluptés » que les « supplices durables » et surtout les troubles physiques de la morphinomanie, de sorte que je crains bien qu'il ne soit plutôt tenté de s'y adonner, que d'en cesser l'usage, puisque c'est si peu dangereux et que cela guérit sans douleurs..... dans quelques cas, par le traitement de l'auteur.

P. S.

VARIA

Soins a prendre des aliénés a leur sortie de l'asile ; par le Dr A.-W. Horsholt, M.-D., médecin assistant à l'asile d'aliénés de l'Etat, Stockton-Cal.

La meilleure méthode de soulager dans leur malheur les pauvres gens sans emploi qui peuvent et voudraient travailler, et le secours qui est en même temps le plus avantageux à l'individu, est de le rendre capable de se subvenir à lui-même. Ceci est encore plus vrai dans le cas d'une personne, homme ou femme, qui, lorsqu'elle sort d'un asile d'aliénés guérie d'une affection mentale se trouve elle seule, sans amis et sans argent, car pour elle, un travail ou une occupation n'est pas seulement un moyen d'existence, mais un palliatif forçant ses pensées à suivre une bonne direction.

Les chances d'obtenir un emploi sont, de nos jours, assez mauvaises pour les malheureux ; leur situation est cependant encore meilleure que celle de leurs frères convalescents aliénés. Il n'est malheureusement que trop vrai que le public, en général, n'a aucune sympathie pour ces infortunés, ou du moins sa sympathie s'arrête subitement quand il s'agit d'être en contact avec eux.

Les maladies mentales ne sont pas toutes bien comprises par la généralité des gens qui les considèrent faussement comme étant toujours à l'état latent, mais qui se produisent d'une manière souvent instantanée et poussent à commettre des actes de violence. Aussi, l'idée fausse dominante est que la folie est de fait incurable et qu'elle n'est à l'état de sommeil chez celui qui a été une fois interné dans un asile et que, par conséquent, la société craint et repousse. Bien qu'il y ait beaucoup d'associations charitables dans ce pays, travaillant sincèrement et avec succès en faveur des pauvres dignes d'intérêt, aucune d'elles cependant n'arrive à fournir aux fous pauvres et convalescents l'assistance dont il a besoin. A cause de l'influence des idées populaires à l'égard des fous et de ceux qui relèvent d'une maladie mentale, les sociétés de bienfaisance existantes, ou ont peur ou ne possèdent pas tout ce qu'il faut pour s'occuper de cette catégorie d'individus qui viennent réclamer leur bienveillance. Tandis que les pauvres ordinaires sont, en général, aptes à toute espèce de travail qui peut se présenter, l'occupation que l'on doit procurer aux fous convalescents doit convenir, autant que possible, à leur condition mentale et physique. Il est donc né-

cessaire de choisir un genre de travail en les y préparant par un traitement préventif qui doit agir sur eux comme un agent salutaire.

Afin de faire face aux exigences de cette idée charitable, une société qui a pris le titre de : *The after care Association of the insane*, s'est formée récemment en Angleterre, laquelle, suivant un rapport du *British medical journal* du 14 juin 1890, paraît avoir donné un excellent résultat. Pendant l'année passée, des emplois convenables ont été trouvés pour cinquante femmes convalescentes ayant quitté les asiles dans une condition misérable et sans amis. D'autres convalescents ont été mis en pension avec succès dans des cottages sous la surveillance d'amis de l'endroit. Les personnes assistées venaient de dix-huit asiles différents. Parmi les membres de la Société se trouvent en général des membres du clergé, des médecins, des gens charitables.

Une telle société trouverait certainement un riche champ d'opération en Californie. Non seulement le nombre d'internements dans les asiles est rarement considérable et les sorties sont probablement en proportion, mais la condition dans laquelle se trouve à sa sortie un fou indigent est exceptionnellement malheureux dans cet État. Les résidents de Californie sont, en général, peu disposés à s'intéresser à la cause des étrangers et l'individu pauvre, sans amis, sans emploi, est de fait regardé comme un vagabond. De tels infortunés pourraient-ils réussir à trouver du travail. Il s'ensuit naturellement qu'étant obligé de prendre ce qui se trouve, le travail obtenu dans beaucoup de cas devient une cause d'épuisement physique et moral.

Les patrons eux-mêmes ne s'emploient pas le moins du monde à entourer leurs employés du confort intérieur même le plus modeste, Ainsi il est de coutume pour les ouvriers des fermes de préparer leur lit dont la composition est souvent trop insuffisante; ils couchent dans des dépendances peu convenables, et en été ils ont pour abri des meules de paille.

En soulageant cette misère qui, chez les femmes, est beaucoup plus grande que parmi les hommes, nous porterions secours, non seulement aux individus, mais encore l'Etat en bénéficierait dans une large mesure. Procurer un emploi convenable aux malades sortant des asiles, ce serait là agir d'une manière prophylactique au point de vue des recherches, et on réduirait ainsi, d'une façon indirecte, le nombre des pensionnaires et ce dernier résultat permettrait de retirer de l'asile les malades confiés à ses soins et qui ne sont pas dans une situation à être renvoyés et livrés à eux-mêmes. Cette manière d'assister les convalescents aliénés indigents peut être pratiquée en s'adressant à des personnes disposées à faire œuvre de charité, qu'elles appartiennent ou non au corps médical, œuvre qui aurait pour but la formation d'une société semblable à

celle qui existe déjà en Angleterve. Il serait peut-être préférable de commencer ce mouvement en s'attirant les sympathies du clergé et celle de nos médecins mêmes de l'Etat tout entier. (*Occidental medical Times*, p. 569, 1890.)

La question de l'assistance des aliénés qui sortent convalescents ou guéris des asiles, a été dans ces dernières années l'occasion de nombreux travaux à l'étranger et en France. Nous avons éte chargé par le Conseil supérieur d'Assistance publique, de faire un rapport sur les Sociétés de patronage. Dans ce rapport, nous avons exposé la situation de ces Sociétés en France et à l'étranger, et terminé par un exposé de statuts pouvant servir de bases à l'organisation de ces Sociétés. Le rapport a donné lieu à une discussion très intéressante sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

La commission de surveillance des asiles de la Seine a mis également à son ordre du jour l'organisation d'une Société de patronage pour les aliénés du département de la Seine. B.

LES PROFESSIONS ET L'IDIOTIE.

M. Galton a publié dans le *Journal of Mentale Science* une étude sur la natalité des membres de quelques-unes des professions libérales de Londres. Il fait connaître que la profession de légiste avocats, magistrats) présente les hommes les plus éminents et le moins d'idiots. La profession médicale vient ensuite et en dernier lieu le clergé qui produit le plus petit nombre d'hommes éminents et le plus grand nombre d'idiots et de faibles d'esprit. Les avocats donnent naissance à six fois autant d'hommes éminents que le clergé. Le clergé donne naissance à six fois autant d'idiots que les avocats.

De telles déductions statistiques nous paraissent être trompeuses et contraires à la science au dernier degré. D'abord le terme *éminent* a une signification des plus élastiques. Un avocat, en raison de sa professio,n peut acquérir une notoriété et être éminent, quand intellectuellement il est très inférieur à un médecin qui est comparativement obscur. L'état intellectuel d'un homme ne dépend pas aujourd'hui de son mérite personnel. Quant à l'idiotie, ceux qui sont familiers avec les causes de cet état savent que l'action du père ne peut avoir ici qu'une légère influence. Presque 30 p. 100 des cas d'idiotie et d'imbécilité ont pour cause et sont le résultat des accidents au temps de la grossesse.

Un autre pour cent considérable est dû aux fièvres infectieuses et accidents après la naissance. Toutefois d'autres cas sont dus à une peur soudaine ou à une lésion produite chez la mère pendant la gros-

sesse. Quelquefois l'influence héréditaire directe vient entièrement aussi bien de la mère que du père. Tout bien considéré, on peut conclure que la forme particulière du travail cérébral suivi par le père ne peut exercer qu'une très minime influence sur la production d'enfants idiots ou imbéciles.

La conclusion formulée que le travail ministériel a une tendance six fois aussi grande à la production d'idiots, que le travail légal est un pur non-sens, nous regrettons de voir circuler cette conclusion associée avec le nom d'un savant aussi ingénieux et aussi ardent que celui de M. Galton. (*The Medical Record*, 24 janvier 1891, p. 113.)

De l'instruction des affaires en médecine mentale; par le Dr Chambard. (*Annales Médico-psychol.*, avril 1891.)

Les dossiers qui accompagnent les aliénés internés dans les asiles sont en général insuffisants. On n'y trouve guère de renseignements sérieux sur les antécédents héréditaires et personnels du sujet, les circonstances de son arrestation, non plus que sur le nombre et les causes des séquestrations et des condamnations judiciaires qu'il peut avoir antérieurement subies. Si de pareilles lacunes n'empêchent pas, en général de formuler un gros diagnostic, elles peuvent créer des difficultés presque insurmontables si l'on veut se livrer à une analyse clinique plus approfondie et donner à l'administration, sur les questions d'interdiction, de capacité, de mise en liberté ou de maintien, des avis sérieusement motivés.

Ainsi, en ce qui concerne un malade dont l'histoire est rapportée par M. Chambard, à s'en tenir à l'interrogatoire du malade, ainsi qu'à l'examen des pièces relatives à son internement, on se trouvait en présence d'un brave jeune homme, d'antécédents irréprochables, à qui une situation toute particulière : liberté illimitée dans une grande ville étrangère, gousset bien garni, désœuvrement, attente d'un départ pour un lointain voyage, avaient joué un vilain tour (excès de boisson, tapage sur la voie publique, projets incohérents de réforme de l'administration française, etc.); mais qu'il faudrait bientôt rendre à ses affaires.

Cependant quelques stigmates physiques de dégénérescence très accusés, en même temps que quelques réticences dans l'interrogatoire, donnèrent l'idée de faire rechercher dans les archives la trace de quelque internement antérieur. Le dossier reçu était fort intéressant, car en treize ans la malade, alors âgé de trente ans, avait subi deux internements dans un asile d'aliénés pour des accidents d'origine alcoolique et quatorze condamnations dont six pour escroquerie et vol, entraînant plus de sept ans et demi de prison : se voyant démasqué, le malade avoua son passé et raconta de plus que son père était mort d'un accès de *delirium tremens*.

On se trouvait donc en présence d'un dégénéré héréditaire à tendances criminelles et à antécédents judiciaires.

B... se conduisit convenablement à l'asile, mais ne tarda pas à demander sa mise en liberté à l'administration préfectorale qui demanda son avis au médecin, à ce sujet.

La question ne laissait pas que d'être embarrassante; car au point de vue théorique B... est un aliéné guéri d'un accès épisodique de manie alcoolique ayant occasionné son internement, mais qui reste et restera un dégénéré héréditaire atteint d'une perversion morale profonde, incurable et dangereux. A ce titre une séquestration indéfinie serait scientifiquement justifiée. Mais, pratiquement la situation est tout autre : B... appartient à une classe de dégénérés pour laquelle la société élève non des asiles, mais des prisons. Nos établissements ne peuvent ni les tolérer, ni les conserver, ni les utiliser. C'est à la société qu'il appartient de séparer ces derniers des délinquants d'accident et de leur appliquer les mesures à la fois radicales et humaines que commandent leur incurabilité et leur irresponsabilité.

Ainsi B... qui, à première vue, n'était qu'un honnête alcoolique à renvoyer après une observation sommaire est, en réalité, un homme dangereux, doublement récidiviste de l'asile et de la prison — et c'est pour ainsi dire au hasard que le médecin a dû de pouvoir faire le diagnostic exact.

Le médecin aliéniste appelé à prononcer de véritables jugements, ne saurait s'entourer de trop de garanties. On sait combien l'évolution, et par suite le pronostic d'une affection mentale diffèrent selon qu'elle frappe ou non un héréditaire — la connaissance des antécédents pathologiques de l'aliéné n'est pas moins importante (paralysie générale, épilepsie, etc...). Mais c'est surtout lorsque se pose la question de la mise en liberté d'un interné qu'il importe de connaître à fond ses antécédents personnels, sa biographie, son milieu, les actes délictueux qu'il peut avoir commis et surtout les faits qui ont rendu nécessaire sa séquestration actuelle et souvent ses séquestrations antérieures.

Aux enquêtes sommaires, hâtivement, quelque fois inintelligemment exécutées, il faudrait subsistuer de véritables *instructions psychiatriques*, méthodiques et complètes dont on pourrait diviser les éléments en deux catégories comprenant : l'une les éléments qui devraient accompagner constamment et obligatoirement chaque dossier de nouvel interné ou *éléments obligatoires*, l'autre les éléments qui ne seraient fournis au médecin que sur sa demande ou *éléments facultatifs*. Les *éléments obligatoires* seraient :

1° Le *casier judiciaire;*

2° Le *casier manicomial* ou relevé des internments déjà subis par le malade;

3° Un *procès-verbal d'enquête* sérieux redigé après enquête per-

sonnelle par le maire de la commune ou le commissaire de police du quartier, relatant les actes, les faits, qui ont attiré sur le malade l'attention de l'autorité et rendu sa séquestration nécessaire.

Les *éléments facultatifs* suivants pourraient être, lorsque cela serait nécessaire, réclamés par le médecin.

1° Le *dossier judiciaire*.

2° Le *dossier manicomial* formé des principaux certificats et des rapports d'enquête extraits des dossiers des asiles dans lesquels le malade a séjourné.

3° Une *note biographique et mésologique* indiquant les principaux faits de la vie du malade et permettant de juger du milieu dans lequel il est appelé à vivre. Elle pourrait être rédigée, après enquête, par le maire de la commune.

4° Une *note médicale* sur les antécédents héréditaires et pathologiques du malade, dont la rédaction pourrait être confiée au médecin le mieux placé pour connaître l'interne et sa famille.

E. B.

Lorsque nous étions au Conseil général de la Seine, nous nous sommes fait l'écho des réclamations tout à fait justifiées des médecins des asiles auprès des différents Préfets de police qui se sont succédé à l'effet d'avoir communication des documents de police, susceptibles de contribuer au diagnostic et au pronostic. Pour notre compte, ces renseignements nous rendraient de grands services afin d'établir d'une façon précise l'histoire des enfants qui nous sont envoyés et qui ont été arrêtés une ou plusieurs fois à la suite de vagabondage ou de méfaits. Malheureusement, à part quelques exceptions, nous n'avons pu avoir satisfaction, ni pour nos collègues, ni pour nous. B.

APPLICATION DE VÉSICATOIRES PAR SUGGESTION HYPNOTIQUE

Dans la *Bolnitchnaia Gazetà Botkina*, nos 26, 27 et 28, de l'année 1890, p. 650, le Dr Jakov, V. Rybalkin, (de St-Pétersbourg) publie ses remarquables expériences qui confirment les rapports de Presalmiens (1840), Focachon, Beaunis, Delbœuf, Forel, Jendrassik et Krafft-Ebing touchant la production d'ampoules sur la peau par la suggestion hypnotique. Les expériences de l'auteur ont été faites en présence d'un grand nombre de médecins de l'hospice de Mariïnskaïa; le sujet était un peintre en bâtiments, de bonne constitution et bien portant, âgé de seize ans, atteint de la véritable hystérie et très propre aux expériences d'hypnotisme ainsi qu'aux suggestions qui suivent cet état.

Le 21 février, à 8 h. 45 du soir, le malade fut frappé d'un profond sommeil hypnotique ; on lui dit, au moment de son réveil, qu'il grelottait de froid et qu'il devait se rapprocher de la cheminée de la chambre afin de se réchauffer ; lorsqu'en exécutant cette action il toucha la cheminée de son avant-bras droit, il ressentit une forte brûlure (douleur, rougeur, chaleur, ampoule) au milieu de la surface interne de ce membre. On répéta trois fois les suggestions, puis on ordonna au jeune homme de se réveiller. Il obéit à toutes les suggestions de la façon la plus ponctuelle, poussant des cris de douleur aussitôt que la surface, objet de la suggestion, vint en contact avec la cheminée (qui était tout à fait froide). En examinant immédiatement cette partie, on trouva une boursouflure légère, un peu pâle, entourée d'une zone rougeâtre, douloureuse au toucher et à la pression, et qui correspondait exactement au point indiqué par la suggestion. Le membre fut alors pansé et le jeune homme envoyé se coucher dans la chambre). Il lui fut impossible de s'endormir, tourmenté qu'il était par la douleur aiguë et « déchirante » suite de « l'accident ».

A la levée du pansement à 11 heures du soir, une boursouflure considérable avec érythème papuluire apparut, et la zone voisine, large de 4 ou 5 centimètres, était extrêmement tendre. Le membre fut de nouveau pansé avec soin et réexaminé le lendemain matin à 10 heures ; on trouva à cet endroit, deux marques de vésicatoire d'une teinte jaune, légèrement transparente, l'une de la grandeur d'une noix, l'autre de celle d'un pois.

Autour de chaque vésicatoire se voyait un groupe de petites vésicules (chacune de la grosseur d'une tête d'épingle).

Après un second examen à trois heures du soir (dix-huit heures après l'accident), toutes les petites vésicules s'étaient confondues en une grande ampoule. Deux heures après, cette ampoule perça. Les suites ne présentaient rien d'anormal, comparées à celles d'une brûlure ordinaire : *British Medical Journal*, 13 septembre 1890 et *The Journal of Mental Science*, octobre 1890, p. 592.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Promotions.* — Arrêté du 27 septembre 1891. Le Dr Blin, médecin-adjoint, nommé de l'asile public d'aliénés d'Evreux à l'asile public de Vaucluse, est maintenu dans la 2e classe. — Arrêté du 13 octobre. Le Dr Marie, médecin-adjoint, nommé de l'asile public d'aliénés de la Roche-Gaudon (Mayenne) à l'asile public d'Evreux, est maintenu dans la 2e classe.

La Société de névropathologie et de psychiatrie de Saint-Pétersbourg a décerné, dans sa dernière séance, le titre de membre honoraire à notre éminent directeur, M. le professeur Charcot.

Médecins morphinomanes. — Le *Mercredi médical* publie la note suivante : « Un drame de famille s'est déroulé hier à Nancy. Vers midi, M. Michel Lévy, âgé de soixante-dix ans, rentier, rue Montesquieu, à Nancy, s'affaissait sur le trottoir au moment où il sortait de sa maison; il venait d'être atteint de deux coups de feu dans le bas-ventre, la mort fut immédiate. Les voisins arrêtèrent aussitôt le meurtrier, Louis Lévy, âgé de trente-trois ans, docteur en médecine à Metz, neveu de la victime. Louis Lévy, à bout de ressources, était venu demander un secours à son oncle, qui refusa. C'est alors qu'il tira sur lui deux coups de révolver. Mme Lévy, accourant au bruit de la détonation, son neveu la mit en joue, mais le coup, heureusement, rata. Louis Lévy avala ensuite le contenu d'un paquet de morphine; mais, dans sa précipitation, il n'en prit qu'une faible partie. On croit que le meurtrier est un morphinomane. Il déclare ne rien se rappeler. » Ce n'est pas la première fois que, depuis assez peu de temps, on parle de médecins morphinomanes. On se souvient du fameux procès Wladimiroff-Dida. Mme Dida était la veuve d'un médecin morphinomane qui avait jugé bon de faire participer sa femme à son intoxication, pour la rendre peu ardente, a-t-on dit, parce que lui-même avait de la frigidité. Quelques semaines plus tard se déroulaient devant les tribunaux un procès en adultère où les coupables étaient un médecin morphinomane et la femme d'un pharmacien, rendue morphinomane. Il paraît, d'ailleurs, que la morphinomanie à deux n'est pas très rare. A ce propos, rappelons un fait signalé il y a quelques jours par l'*Union médicale* : un mari voulant plaider en divorce, rendit exprès sa femme morphinomane et de là tira argument pour faire prononcer un jugement contre elle. » — Nous nous permettons d'ajouter que nous avons été les premiers à insister dans ce journal sur la *Morphinomanie à deux*. Il nous suffira sans doute de rappeler ces articles (*Progrès médical*, n° 5, 31 janvier 1891, p. 101 et n° 6, 7 février 1891, p. 120)... pour qu'on ne les oublie pas.

Les suicides a Berlin. — Le ministre de la justice de Prusse vient d'inviter les différents directeurs des hôpitaux de Berlin à lui transmettre leurs appréciations sur les causes des suicides dont le nombre va en augmentant d'une manière effrayante dans la capitale. Du 1er juillet au 00, il y en a eu, à Berlin, 147. La plupart des chefs de service dans les cliniques attribuent ces suicides à l'abus croissant du schnaps ou eau-de-vie de pommes de terre, que les Berlinois ont pris l'habitude, depuis peu, de boire avec la bière. (*Bulletin méd.*, 2 août.)

Le traitement des morphinomanes a New-York. — On vient d'établir, à Brooklyn, une maison de santé pour les morphinomanes. On y dispose de 12 lits pour ces malades et ceux qui font abus du chloral. Le traitement consiste dans une médication pulmonaire par le bromure de sodium et dans la restriction rapide de l'usage du narcotique. Cette période de restriction dure de dix à douze jours. (*Rev. gén. de Clin. et de Thér.*)

Service des aliénés dans le département du Loiret. — Dans la séance du mercredi 19 août M. Verdureau a lu le rapport sur le service des aliénés. Le Conseil ouvre, pour 1892, un crédit de 170,000 francs qui sera affecté à ce service, maintient le chiffre de 1 fr. 50 comme taux de la journée des aliénés en passage; dit que l'application du tarif arrêté dans la session d'avril 1888, en ce qui concerne le contingent des communes, sera continué. Il approuve le compte-rendu annuel du directeur des aliénés. Un crédit de 2,500 francs est voté pour frais de séjour des malades qui sont envoyés aux eaux thermales.

Civilisation et suicide. — D'après William Matlews, le nombre des suicidés par an serait de 180,000. Ce chiffre irait en augmentant d'année en année. L'augmentation des cas de suicide serait en rapport direct avec la civilisation progressive. L'auteur a établi une statistique d'après laquelle les habitants des montagnes n'attentent presque jamais à leurs jours et les habitants des pays marécageux très rarement. Par contre, les habitants des régions traversées par de grands fleuves, fournissent le plus grand contingent. On observe le maximum de suicides au mois de juin et le minimum en décembre; puis c'est toujours les dix premiers jours du mois, qu'on constate le plus grand nombre de suicides. Quant aux nations, ce sont les Allemands qui se suicident le plus et les Slaves le moins souvent. La France vient en deuxième et l'Angleterre en troisième ligne. (*Bulletin méd.*, 11 nov.)

Un alcoolique parricide. — Dans un accès de délire alcoolique, poussé par une force étrange qui lui donnait l'insurmontable goût de tuer, Théodore Werner a essayer d'assassiner son père. Cette tentative de parricide s'est accomplie rue Vercingétorix, 22. Le père est un mécanicien de la Société des téléphones; le fils est un ajusteur de vingt-deux ans. Avant-hier soir, M. Werner dormait, lorsqu'il fut réveillé par une douleur. C'était son fils, accroupi sur lui, qui lui serrait le cou dans l'une de ses mains et, de l'autre main, le frappait à coups de couteau. Le vieillard appela; les voisins accoururent; on enfonça la porte; on s'empara du meurtrier qui, le lendemain, interrogé par M. Peschard, le commissaire, mit son épouvantable action sur le compte de l'obsession et de l'ivresse. Le blessé est à l'hôpital Necker.

Du juge criminel. — A la rentrée de la cour de Poitiers, le discours d'usage a été prononcé par M. Wolff, substitut du procureur général, qui a traité *Du juge criminel*. D'après l'honorable magistrat, la médecine légale est appelée à prendre une importance de plus en plus considérable dans l'appréciation des responsabilités, et il est à désirer que les juges criminels acquièrent des connaissances spéciales leur permettant d'être eux-mêmes un peu des experts. (*Semaine méd.*)

Un cas de fulguration. — La *Lancet* rapporte le cas suivant. Un coup de foudre atteignit un homme conduisant une faneuse et un cheval, placé en tête, fut tué sur le coup. Le conducteur resta sur son siège la tête penchée en avant. Le Dr Palmer constata chez cet homme : 100 pulsations à la minute, 40 respirations, la dilatation des pupilles, la fixité du regard, l'anesthésie des conjonctives et une sorte de rigidité musculaire. L'état normal ne revint que le lendemain. — Il n'y a rien d'étonnant à ce que dans ces conditions l'homme n'ait pas subi en un instant le même sort que le cheval. On sait en effet que la foudre agit avec une intensité bien plus considérable chez les quadrupèdes que chez les bipèdes. Faut-il attribuer cela à ce que l'électricité du sol pénètre dans le corps par quatre pieds au lieu de deux, théorie qui a été défendue? Nous ne le savons; mais le fait n'en est pas moins réel. Quant aux symptômes signalés par le Dr Palmer chez son malade, ils ressemblent assez à ceux d'une attaque de catalepsie. Peut-être cet homme était-il hystérique et peut-être le coup de foudre a-t-il été la cause de l'apparition d'une attaque d'hystérie? C'est là une simple hypothèse que nous soumettons à M. le Dr Palmer (*Progrès méd.*, 13 septembre 1891.)

Asiles d'aliénés de France. — *Concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des Asiles publics d'aliénés* (arrêté ministériel du 18 juillet 1888). *Conditions du concours.* — Un concours aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux le 10 décembre prochain, à Paris, Nancy et Montpellier le 15 du même mois. Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès qui pourront être déclarés admissibles est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy et Montpellier. Les docteurs en médecine satisfaisant aux conditions ci-dessus indiquées et qui désirent subir les épreuves devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou l'autre des régions, devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'intérieur, Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 1er bureau, de manière à ce *qu'elle y soit parvenue* dans la journée du 20 *novembre prochain, avant* 5 *heures*, dernier délai de rigueur. Cette demande, accompagnée de pièces énumérées ci-dessus, doit indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'intérieur à y prendre part en seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet de l'endroit où siègera le jury et l'heure à laquelle ils devront se présenter.

Pour la circonscription de Paris, le concours s'ouvrira le 15 décembre. Le jury est ainsi composé : Président, Dr Drouineau, inspecteur général ; Drs Féré, médecin de Bicêtre ; Brunet, médecin-directeur de l'asile d'Evreux ; Camuset, médecin-directeur de l'asile de Bonneval ; Ball (?), professeur à la Faculté de médecine ; suppléant, M. Schils, médecin de l'asile de Levesellec.

Pour la circonscription de Lyon, le concours s'ouvrira le 10 décembre. Le jury est ainsi composé : Président, Dr A. Regnard, inspecteur général ; MM. Lapointe, médecin de l'asile d'Auxerre ; Dufour, médecin de l'asile de Saint-Robert ; Faucher, médecin de l'asile de la Charité ; Pierret, professeur de clinique mentale ; suppléant, Dr Fabre, médecin de l'asile de Saint-Dizier.

Pour la circonscription de Lille, le concours s'ouvrira le 10 décembre. Le jury est ainsi composé : Président, Dr Drouineau ; Drs Pilleyre, médecin de l'asile de Prémontré ; Martinencq, médecin de l'asile de Clermont ; Taguet, médecin de l'asile d'Armentières ; M. X..., professeur à la Faculté de médecine ; suppléant, M. Cortyl, médecin, directeur de l'asile de Saint-Venant.

Pour la circonscription de Bordeaux, le concours s'ouvrira le 10 décembre. Le jury est ainsi composé : Président. M. le Dr Napias, inspecteur général ; Drs Reverchon, médecin de Saint-Luc ; Bessières, médecin de l'asile de Saint-Alban ; Pons, médecin de l'asile de Bordeaux ; X..., délégué de la Faculté de médecine ; suppléant, Dr Larrieu, médecin de l'asile de Cadillac.

Pour la circonscription de Montpellier, le concours s'ouvrira le 15 décembre. Voici la composition du jury : Président, Dr Napias ; Drs Campagne, médecin de l'asile de Montdevergues ; Dauby, médecin de l'asile d'Aix ; Boubila, médecin de l'asile de Marseille ; mairet, professeur de clinique mentale à la Faculté ; suppléant, Dr Maunier, médecin de l'asile de Pierrefeu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Audry (J.). — *Etude de pathologie nerveuse : L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance.* Volume in-8° de 411 pages, avec 2 photographies et 1 planche hors texte. — Prix : 10 francs.

Brunet (D.). — *Rapport présenté au conseil général de l'Eure* (session d'août 1891) *sur l'asile public d'aliénés d'Evreux.* Brochure in-4° de 57 pages. — Evreux, 1891. — E. Quettier.

GUIMBAIL (H.). — *Les morphinomanes. (Comment on devient morphinomane; — Les prédestinés; — Ephémère volupté et supplices durables; — Désordres physiques et troubles de l'intelligence; — Médecine légale; — Traitement.* Vol. in-18 de 313 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1891. — Librairie J.-B. Baillière.

KRAUSS (W.-C.) *The People vs. Sadie Mc Mullen. — A Medico-legal case.* Brochure in-8° de 15 pages. — Buffalo, N. Y. — *Journal of Nervons and Mental Disease.*

KURELLA (H.). — *Ueber Asymétrie des Schædels bei Torticollis.* Brochure in-8° de 4 pages. — Coblentz, 1891. — Librairie Groos.

LŒWENBERG. — *D'une forme particulière de vertige auriculaire.* Brochure in-8° de 38 pages. — Paris, 1891. — *Bulletin médical.*

LUMBROSO (G.). — *Della meningite cronica simplice dell'adulto e di una sua speciale forma a tipo istero-epilettica. (Septo meningite cronica emorragica).* Volume in-8° de 113 pages, avec 1 planche hors-texte. — Livorno, 1890. — Tipografia Vigo.

MAX-SIMON (P.). — *Les maladies de l'Esprit.* Volume in-18 de 319 pages. — Paris, 1891. — Librairie J.-B. Baillière.

OLIVA. — *De l'action antiseptique de l'euphorine en chirurgie.* Brochure in-8° de 7 pages. — Turin, 1891. — Hôpital des rachitiques.

PERONI (G.) et BOVERO (R.). — *De l'euphorine dans quelques dermatoses ainsi que dans les manifestations ulcéreuses, vénériennes et syphilitiques.* Brochure in-8° de 23 pages. — Turin, 1891. — Hôpital des rachitiques.

HACK TUKE. — *Prichard and Symonds in especial relation to Mental Science, with chapters on Moral insanity.* Volume in-8° cartonné de 116 pages. — London, 1891. — J. et A. Churchill.

Annual of the Universal médical sciences. 1891, 6 volumes in-8° cartonnés. — London 1891. — P. A. Davis.

WHITE (H.). — *On the position and value of those lesions of the brain which cause a rise of temperature.* Brochure in-8° de 38 pages avec une planche. — London, 1891. — *Journal of physiology.*

WHITE (H.). — *On the relation of the temperature of the groin to that of the rectum in the rabbit, both normally and after destruction of the cerebral cortex.* Brochure in-8° de 7 pages. — London, 1891. — *Journal of physiology.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — L'échéance du 1er **Janvier** étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité. qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 p. 100 prélevés par la poste et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire. la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 **Janvier**, augmentée de **un franc** pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

Alcoolisme et paralysie générale, par Rousset, 233 ; Magnan, 234 ; Marie et Bonnet, 237 ; Combemale, 238, 259 ; Mairet, 238 ; Charpentier, 239 ; Cadéac, 240.

Alexie pure, par Uhthoff, 274.

Aliénés, — criminels, par Christian, 135 ; — responsabilité et séquestration des — persécuteurs, par Coutagne, 242 ; — révision de la loi sur les —, 156 ; — œil chez les —, par Roger, 261 ; — ostéomalacie chez les —, par Wagner, 408 ; — curatelle des — et procédure de l'interdiction, par Schrœter, 414.

Asiles, de traitement de Leubus, par Alter, 279 ; — réorganisation du service médical des —, par Marandon de Montyel, 427 ; — de Moscou, par Poutzke, 136 ; — promotions et nominations dans les —, 155, 293, 450. Concours de l'adjuvat, 453.

Amentia, par Meynert, 408.

Anévrysme de l'aorte descendante, par Brasch, 276.

Antipyrine dans les maladies mentales, par Roscioli, 227.

Astasie-abasie (deux cas d'—), par Bonamaison, 93.

Atropine et duboisine dans les maladies mentales, par Ostermayer, 232.

Bibliographie : Entozoaires de l'encéphale, par Scypiorski, 150 ; — Neurasthénie, par Bouveret, 150 ; — Maladies de l'esprit, par Pichon, 152 ; — Hérédité et alcoolisme, par Legrain, 152 ; — Fonctions du cerveau, par Soury, 285 ; — Mouvements de salut et secousses de tête chez les enfants, par Hadden, 288 ; — Diffusion anomale des agents thérapeutiques, par Peterson, 290 ; — Hallucinations hémiopiques homonymes, par Peterson, 290 ; — Polynévrite à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë et rapide, par Gosselet, 291 ; — Etudes de psychologie expérimentale, par Binet, 440 ; — Les aliénés criminels, par Allaman, 441 ; — Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme, par Toulouse, 441 ; — Les maladies de l'esprit, par Max Simon, 442 ; — Les morphinomanes, par Guimbail, 443.

Bulbe, faisceaux anormaux du —, par Schaffer, Kronthal, 399.

Bulletin bibliographique, 159, 304, 453.

Calamus, par Monakow, 400.

Canal vertébral, ablation des parois osseuses du —, par Kronthal, 269.

Catalepsie, par Krœpelin, 277.

Cerveau, conservation du —, par Baginsky, Rosenbach, 125 ; — coloration des coupes du —, par Baginsky, 273 ; — Kyste méningé congénital, par Lauderer, 285 ; — ablation des hémisphères du — chez le pigeon, par de Bœck et Le Bœuf, 397 ; — lourd, par Obersteiner, 402 ; — fonctions du —, par Steiner, 416 ; — cavités du — et de la moelle, par Schultze, 417.

Cervelet, fonctions du —, par Bechterew, 137 ; — cellules du —, par Renaut, 256 ; — atrophie du —, par Cramer. 418.

Chorée, sénile héréditaire, par Rossolimo, 137 ; — minor, par Gerlach, 230 ; — cerveau dans la —, par Wollenberg, 274.

Circulation cérébrale, par de Bœck et Werhoogen, 397.

Congrès des médecins Russes, 146 ; — des médecins aliénistes de

France, 153, 233; — des aliénistes de l'est de l'Allemagne, 277; — des aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest, 280; — de la Société psychiatrique de la province du Rhin, 413.
Contagion psychique, par Kuhnen, 283.
Cordons postérieurs, émanant des circonvolutions centrales, par Flechsig et Hœsel, 132; — double entrecroisement des —, par Unverricht, 401.
Cornes antérieures, histologie des —, par Kronthal, 399.
Couche optique, affections de la —, par Kiriltseff, 138.
Crane, tumeurs de la fosse postérieure du —, par Wollenberg et Oppenheim, 123; — traumatisme avec perforation du —, par Petrucci, 177.
Crime et épilepsie, par Baker, 224.
Criminels, Anthropologie et biologie des —, par Nœcke, 141; — par Maudsley, 221.

Démence, progressive familiale, par Homen, 440; — paralytique, par Mendel, 411.
Démonopathie endémique, 155.
Diabète sucré et tabès, par Guinon et Souques, 305.
Dystrophie musculaire progressive, par Sperling, Bielchowsky, 125; — par Sperling, 270.

Electrothérapeutique, par Repmann, 137, 140.
Encéphale, dégénérescence kystique de l'—, par Pick, 129.
Encéphalite aigue, par Friedmann, 132.
Epilepsie, corticale, par Soury, 97, Rosenbach, 127; — partielle, par Roller, Lœwersfeld, 127; — antifébrine dans l'—, par Wildermuth, 229; — hydrate d'amylène dans l'—, par Wildermuth, 229, Weber, 419; — température dans les accès d'—, par Mairet, 250.
Epileptiques, assistance des —, par Lacour, 246, 450.

Faits divers, 159, 293, 450.
Folie, influence de la menstruation sur la —, par Schüle, 412; — pathologie générale de la —, par Fauser, 412; — érotique, par Hospital, 407; — systématique mélancolique, par Schloess, 409; — pathogénie de la — circulaire, par Schubert, 410.
Fulguration, 453.

Ganglions, physiologie des — infracorticaux, par Ziehen, 130; — sympathiques, par Hale White, 398.
Genou, variétés qualitatives du phénomène du —, par Benedikt, 126.
Gliomatose, par Egorof, 137, 140.

Hallucinations, psycho-motrices, par Séglas, 24; — sensorielles dans les anomalies primitives de l'humeur, par Cramer, 142; — de la vue liée à une lésion intra-crânienne, par Chaumier, 261.
Hémiatrophie faciale progressive, par Popoff, 346.
Hémorrhagie sous dure-mérienne, par Mittenszweig, 124.
Hyoscine, dans les maladies mentales, par Sighicelli, 228, Serger, 232.
Hypnotisme, en thérapeutique, par Rossolimo, 137; Tokarski, 148.
Hystérie masculine, par Charcot, 1, par Bourneville et Sollier, 362; — épidémie d'—, par Chatalof, 138; — grave avec aliénation mentale, par Siemerling, 269.

Idées de grandeur chez les persécutés, par Christian, 325.
Idiots, déformation du nez chez les —, par Revillet, 261.
Influenza, névroses et pychoses de l'—, par Kirn, 280, Deventer, Sollbrig, Rœhring, Misspelbaum, 409.
Injection de suc testiculaire dans les maladies mentales, par Fronda, 228.

Maladies nerveuses, traitement des —, par Minor, 136.
Mamie transitoire, par Schwass, 411.
Médicaments nouveaux en aliénation mentale, 231.
Mélancolie, guérie par un érysipèle, par Sczypiorski, 231; — troubles trophiques et sécrétoires dans la —, par Saury, 258; — effet paradoxal de la suppression de la morphine dans la —, par Cullerre, 259.
Meurtre, par Nœcke, 227.

Microgyrie, par Otto, 423.
Moelle épinière, voies motrices de la —, par Rossolimo, 52, 189; — lésions de la substance grise de la — dans les lésions des cordons latéraux, par Fuerstner, 128; — altérations remarquable de la —, par Kronthal, 133; — anomalies de développement de la —, par Buchholz, 133; — technique histologique de la —, par Minor, Wiedmann, Ibregia, 134; — affections systématiques de la —, par Minor, 146; — lésions combinées de la — dans l'enfance, par Oppenheim, 268.
Morphinomanie, 451, 452.
Musculaire, contraction — et conductibilité des nerfs, par Goldscheider, 275.
Mutisme mélancolique, pathogénie du —, par Séglas, 267.

Nerfs, paralysie de plusieurs — *crâniens*, par Mendel, 411; — de l'entre-croisement des fibres nerveuses dans le chiasma des — *optiques*, par Delbrueck, 129; — altérations des — optiques à la suite de la lésion du lobe occipital, par Mœli, 273; — racines du — *auditif*, par Baginsky, 273; — altérations des cellules du noyau du — *facial* chez le lapin à la suite de l'arrachement, par Nissl, 283; — structure des — *périphériques*, par Epoff, 147.
Névrite, troubles trophiques de la peau dans la —, par Erlenmeyer, 125; — alcoolique multiloculaire, par Thomsen, 131; — alcoolique avec myosite, par Siemerling, 271.
Névrose traumatique, et aliénation mentale, par Richter, 227; — et affections organiques du système nerveux, par Oppenheim, 411.
Neurasthénie tardive avec idées obsédantes, par Séglas, 266.
Noyaux arciformes, par Jelgersma, 126.

Oculo-moteur commun, nouveau groupe cellulaire de l'—, par Westphal, 269; — paralysie de l'—, par Uhthoff, 270.
Œil, chez les aliénés, par Royer, 261; — paralysie progressive des muscles de l'—, par Westphal, 269.
Olfaction, appareil nerveux central de l'—, par Trolard; — 69, 203.
Optique, altération de la bandelette et du nerf — dans les lésions du lobe occipital, par Mœli, 400.
Oreille, mouvements de l'— et sphère auditive, par Baginsky, 400.
Ostéomalacie dans l'aliénation mentale, par Wagner, 408.

Paralysie, *bulbaire*, par Remak, 275, 425; — *radiculaire* de la première paire dorsale simulant la syringomyélie, par Charcot, 161; — brachiale totale, par Onanoff, 357; — *histéro-traumatique* des quatre membres, par Sérieux, 31; — *isolée* du nerf sus-scapulaire droit, par Bernhardt, 125; — du péronier, par Bernhardt, 268; Sperling, 268; — du sus-scapulaire gauche, par Sperling, 269; — *générale*, progressive, fréquence et lésions de la moelle dans la —, par Kœberlin, 129; — étiologie de la —, par Camuset, 240, Magnan, Joffroy, 241, Ballet, 242; — chlorures d'or et de sodium dans la —, par Boubila, 259; — trépan dans un cas de —, par Rey, 260; — à Gheel, par Peeters, 402; — syphilis et —, par Cuylits, 403; — surmenage et —, par Cuylits, 403; — d'origine syphilitique, par Camuset, 403; — lipomes symétriques dans la — par Targowla, 404; — chez les Arabes, par Meilhon, 405; — chez les laïques et les religieux, par Bouchaud, 406; — aiguë, par Zacher, 416.
Peau, excitation trophique de la — par le courant galvanique, par Hœbner, 400.
Peines correctionnelles, réforme des —, par Sommer, 226.
Personnalité, dédoublement de la —, par Séglas, 24.
Perversion sexuelle, dans la noblesse allemande, 225.
Pinéale (glande), tumeur isolée de la —, par Kny, 100; — ablation de la — chez le chien, par Schultze, 101.
Pipérazidine, expériences sur le chlorhydrate de —, par Peretti, 417.
Poliencéphalomyélite progressive, par Seeligmuller, 123.

Porencéphalie, par Kreuser, 285.
Prix Esquirol, Aubanel et Belhomme, 135.
Psychiatrie, des particularités individuelles en —, 149.
Psychoses, postyphoïde, par Doubrovière, 139; — dans la tétanie, par Frankl-Hochwart, 409; — consécutive aux opérations des yeux, par Frankl Hochwart, 409.
Pupilles, incertitude convulsive des —, par Danisch, 398.
Réflexe anal, par Rossolimo, 148.

Rigidité articulaire, spasmodique de l'enfance, par Ziehl, 128.
Ruban de Reil, histologie du —, par Rossolimo, 129.

Scarlatine, troubles cérébraux consécutifs à la —, par Rouillard, 267.
Sclérose, en plaques, au début, par Uhthoff, 268; — fonctions de la vessie dans la —, par Oppenheim, 271.
Séclusion, des locaux de —, par Hertz, 414.
Simulation, par Richter, 220.
Sonde œsophagienne, par Targowla, 266.
Strabisme, comme indication du siège de la lésion cérébrale dans la rigidité spasmodique de l'enfance, par Ziehl, 128.
Suicide, par Thomson, 412; — dans les asiles d'aliénés, par Edel, 421; — et civilisation, 452.
Sulfonal, par Yvon, 392.
Suspension, par Ascher, 422.
Syringomyélie et scoliose, par Rumpf, Bernhardt, Kronthal, 124.

Tabes et diabète sucré, par Guinon et Souques, 305; — étiologie du —, par Bernhardt, Oppenheim, 425.
Traitement au lit et cellule, par Hebold, 144.
Trapèze, lacune partielle du muscle — droit, par Eulenburg, 272.
Tubercules quadrijumeaux, origine de la substance blanche des —, par Held, 401.
Tumeurs cérébrales, par Oppenheim et Remak, 127; — Symptomatologie des —, par Rossolimo, Roth, Kersakof, 138.

Urines, toxicité des — des aliénés, par Weill et Dubois, 251.

Vaccinales (cultures), par Belle, 262.
Varia, 261, 444.
Vésication par suggestion, 230, 449.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Allaman, 441.
Alter, 279.
Ascher, 220, 422.

Baginsky, 125, 273, 400.
Baker, 224.
Ballet, 242.
Bechterew, 133.
Belle, 262.
Benedikt, 126.
Bernhardt, 124, 125, 268, 425.
Bichhowsky, 125.
Binet, 440.
Blin, 404, 405, 407, 408.
Bloch, 153, 398, 440.
Boëck (de), 397.
Bonamaison, 93.
Bonnet, 239.
Boubila, 259.
Bouchaud, 406.
Bourneville, 291, 294, 362, 449.
Bouveret, 150.
Brasch, 276.
Briand, 135.
Buchholz, 133.

Cadéac, 240.
Camuset, 240, 404.
Charcot, 1, 161.
Charpentier, 150, 151, 152, 239.
Chatalof, 138.
Chaumier, 261.
Christian, 135, 325.
Combemale, 238.
Coutagne, 242.
Cramer, 142, 143, 418.
Cullerre, 259.
Cuylits, 403.

Danisch, 398.
Delbruck, 129.
Deny, 397, 398, 403.
Deventer, 409.
Doubrovine, 139.
Dubois, 251.

Edel, 421.
Egorof, 137, 140.

Epoff, 147.
Erlenmeyer, 125.
Eulenburg, 272.

Fauser, 412.
Flechsig, 132.
Frankl-Hochewart, 409.
Friedmann, 132.
Fronda, 228.
Fuerstner, 128.

Gerlach, 230.
Goldscheider, 275.
Gosselet, 291.
Guimbail, 443.
Guinon, 1, 305.

Hadden, 288.
Hale-White, 398.
Hallion, 161.
Hebold, 144.
Held, 401.
Hertz, 414.
Hœsel, 132.
Homen, 410.
Hospital, 407.

Jelgersma, 126.
Joffroy, 241, 257.

Keraval, 123 à 134, 146; 398 à 402; 409 à 426.
Kilirtschef, 138.
Kirn, 280.
Kœberlin, 129.
Kœbner, 400.
Kny, 100.
Korsakof, 138.
Kreuser, 285.
Krœpelin, 277.
Kronthal, 124, 133, 269, 399.
Kuhnen, 283.

Lacour, 246.
Lauderer, 283.
Le Bœuf, 397.
Lowenfeld, 127.

Magnan, 237, 241.
Mairet, 238.
Marandon de Montyel, 427.
Marie, 237.
Maudsley, 221.
Meilhon, 405.
Mendel, 143, 411.
Meynert, 408.
Minor, 134, 136.
Mispelbaum, 409.
Mittensweig, 124.
Mœli, 143, 273, 400.
Monakow, 400.

Naecke, 141, 227.
Nissl, 283.

Obersteiner, 402.
Obregia, 134.
Onanoff, 357.
Oppenheim, 123, 127, 268, 271, 425, 441.
Orchanski, 149.
Ostermayer, 232.
Otto, 423.

Peeters, 402.
Peretti, 417.
Peterson, 290.
Petrucci, 177.
Pick, 139.
Popoff, 346.
Poutzke, 136.

Remak, 127, 275.
Renaut, 256.
Repmann, 137, 140.
Révillet, 260.
Rey, 260.
Richter, 220, 227.
Rœhring, 409.
Roscioli, 227.
Rosenbach, 125, 127.
Rossolimo, 52, 129, 137, 138, 148, 189.
Roth, 138.
Roubinovitch, 150.
Rouillard, 267.
Rousset, 233.
Boyer, 261.
Rumpf, 124.

Saury, 258.
Schaffer, 399.
Schlœss, 409.
Schrœter, 414.
Schubert, 410.
Schule, 412.
Schultze, 101, 417.
Schwass, 411.
Sczypiorski, 150, 231.
Seeligmuller, 123.
Séglas, 24, 266, 267.
Serger, 232.
Sérieux, 31.
Siemerling, 269, 271.
Sighicelli, 228.
Simon (Max), 442.
Sollbrig, 409.
Sollier, 362, 441 à 443.
Sommer, 226.
Souques, 305.
Soury, 97, 288.
Sperling, 125, 269.
Steiner, 416.

Targowla, 266, 404.
Thomsen, 131.
Thomson, 412.
Toulouse, 442.
Trolard, 69, 203.

Uhthoff, 268, 270, 274.
Unverricht, 401.

Wagner, 408.
Weber, 419.
Weill, 251.
Werhoogen, 397.
Westphal, 269.
Wiedmann, 134.
Wildermuth, 229.
Wollenberg, 123, 274.

Yvon, 392.

Zacher, 416.
Ziehen, 130.
Ziehl, 128.

Évreux. Ch. Hérissey, imp. — 1291.