BIBLIOTHÈQUE DES
LA SALPÊTRIÈRE
INTERNES EN MÉDECINE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

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

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

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

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ABADIE (J.), ARNAUD, BABINSKI, BALLET, BINÉ-SANGLÉ, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BOYER (J.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), BRUNET (D.), BUVAT (J.-C.), CARRIER (G.) CATSARAS, CESTAN, CHARON, CHARPENTIER, CHRISTIAN, COLOLIAN, CONSTENSOUX, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUVAL (MATHIAS), FAUCHER, FERE (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GARNIER (S.), GOMBAULT, GRASSET, HARTEMBERG, KERAVAL, KOUINDJY, LADAME, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY, LWOFF, MABILLE, MARANDON, DE MONTYEL, MARIE (A.), MIERZEJEWSKI, MIRALLIE, MUSGRAVE-CLAY, PARIS (A.), DE PERRY, PICQUÉ, PIERRET, PITRES, REGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), ROTH (W.), ROY, SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, SOUTZO, TAGUET, THULIE (H.), TRUELLE, URRIOLA, VALLON, VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.), ZIMMERN.

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaires de la rédaction : J.-B. CHARCOT ET J. NOIR

Deuxième série, tome XV. — 1903.

Avec 11 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1903

Vol. XV. Janvier 1903. N° 85.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions anatomiques initiales et terminales.

PAR LES DOCTEURS

P. KERAVAL, Directeur-médecin ET G. RAVIART, Médecin-adjoint

de l'asile d'Armentières.

HISTORIQUE

Ce n'est que dans la seconde moitié du XIX^e^ siècle que, grâce à l'ophtalmoscope, les neuro-pathologistes purent examiner le fond de l'œil des paralytiques généraux. Dès 1853, Lasègue, Moreau, Marcé, Dagonnet pratiquèrent cet examen, mais ne laissèrent pas de documents concernant les altérations qu'ils purent observer.

En 1866, Bouchut, relatant trois observations de paralysie générale, signale dans chacune d'elles l'existence de l'atrophie papillaire.

Voisin, en 1868, note cinq fois l'atrophie de la papille, il remarque, cinq fois, les artères ou leurs branches dilatées ou flexueuses; altérations, ajoute-t-il, en rapport avec celles des artères de l'encéphale. La même année, Magnan se livrait à des recherches semblables, et ses conclusions étaient les suivantes : 1° « Dans les deux yeux existe un liseré grisâtre des deux côtés des vaisseaux qui émergent de la papille. Cette altération est de la sclérose par propagation des parois des vaisseaux de l'encéphale; 2° Il existe de l'œdème péripapillaire sous forme de cercle brunâtre. » Altérations indiquées par Galezowski; 3° Parfois, et au début de la paralysie générale, la papille est hyperhémiée, les artères et les veines

sont dilatées. C'était pour lui le premier stade, l'anémie, l'atrophie devant bientôt suivre. Il note 6 amblyopies monoculaires et trois cas d'amaurose absolue binoculaire.

En 1870, Tebaldi, sur 20 paralytiques examinés, ne trouve qu'une fois le fond de l'œil normal. En 1872, Noyes, presque dans tous les cas examinés à l'ophthalmoscope, trouva des lésions : la congestion, l'infiltration de la papille et de la rétine, la papille floue, gris sombre, mal limitée, nuageuse, de la névro-rétinite.

L'amaurose, connue depuis Calmeil, pouvait donc survenir au cours de la paralysie générale, et, alors que Billod n'en cite que trois cas sur 400 malades examinés, et que Galezowski n'en ait trouvé qu'un seul sur 40 malades, Cliffort Allbutt avait rencontré l'atrophie papillaire 41 fois sur 54 malades.

Jehn de Siegburg, un an plus tard, notait également l'atrophie du nerf optique (4 fois des deux côtés, 3 fois d'un seul côté, et 8 fois l'atrophie commençante), dans 19 p. 100 des cas. Raoult, dans sa thèse inaugurale, comptait, en 1877, au nombre des symptômes de la paralysie générale, l'atrophie papillaire. Il avait examiné 167 malades et noté 18 fois l'atrophie. Ach. Foville fils, la même année, s'occupait de la question : « L'œil peut être le premier lésé, on peut voir des malades qui, pendant quelques années, n'ont présenté comme symptôme unique que de l'affaiblissement puis de la perte de la vue et qui sont des paralytiques généraux. L'atrophie est tantôt blanche, tantôt grise. » Il en observait quatre cas dans lesquels l'atrophie se serait propagée par le nerf optique.

En 1879, paraissent la thèse de Boy et le mémoire de Doutrebente qui, ayant examiné 47 paralytiques généraux, tire de cet examen les conclusions suivantes : « L'atrophie papillaire ou commençante ou confirmée se rencontre de 5 à 10 fois sur 100 cas. On remarque plus souvent des altérations vasculaires telles que la dilatation des veines surtout, l'altération des parois et des tâches hémorrhagiques ou bien une congestion généralisée du fond de l'œil ».

Nettleship cite une observation où l'atrophie du nerf optique précède les symptômes mentaux. Magnan avait d'ailleurs déjà remarqué que l'atrophie blanc grisâtre du disque, chez un homme âgé de 35 ans, avait été suivie neuf mois plus

tard de troubles mentaux qui se développèrent au cours de la paralysie générale.

En 1883, Hirschberg, s'occupant des troubles oculaires dans la paralysie générale, s'exprime ainsi : « L'atrophie des nerfs optiques se voit, mais rarement ; d'après Mendel, on ne la rencontre que dans 4 à 5 p. 100 des cas de paralysie générale ». Il cite l'observation d'un homme âgé de 44 ans, dont la papille était blanche et trouble, d'un blanc grisâtre à l'image droite, mais à limites nettes ; les vaisseaux étaient normaux. Cet état indicateur d'une affection scléreuse et atrophique du tronc des nerfs optiques éveilla l'attention sur une maladie du système nerveux, fit suspecter la paralysie générale qui s'affirma par la suite.

Uhthoff en 1883 observe un état de trouble (Trübung) plus ou moins intense et symétrique qui intéresse à la fois la papille et la rétine jusque dans ses parties périphériques, chez 28 p. 100 des paralytiques observés (150). Dans 8 p. 100 des cas, cet état se compliquait d'une hyperémie de la papille. Enfin chez 8,2/3 p. 100 de ces malades existait une atrophie du nerf optique.

Dans des recherches ultérieures, Uhthoff trouva des lésions du fond de l'œil chez 50 p. 100 des paralytiques examinés (150).

Peltesohn, en 1886, ne trouve que 3,06 p. 100 d'atrophie papillaire. La même année, Siemerling en trouvait 6 p. 100.

Klein décrit en 1887 une rétinite paralytique 18 fois sur 42 malades, la décoloration de la papille une fois, deux fois l'atrophie, une fois la papille de stase.

Wiglesworth et Bickeston, trois ans plus tard (1889) trouvent, sur 66 cas de paralysie générale, une minorité considérable de névrites et d'atrophies optiques, consécutives au développement des symptômes psychiques. Après être revenu sur l'observation de Nettleship que nous avons déjà citée, ils y ajoutent celle-ci : « 1° Le malade devint aveugle plus de deux ans avant l'apparition des symptômes mentaux ; 2° Les mêmes accidents oculaires se produisirent chez une autre malade, une femme âgée de 26 ans qui ne semblait avoir qu'une manie pure et qui cependant succomba, douze mois plus tard, à la paralysie générale ».

Gilbert Ballet, en 1893, rapporte un cas d'atrophie papillaire trouvée, avec Jocqs, sur 37 malades examinés. Neil

Jameson Hepburn, de New-York (1895), publie quelques cas de troubles oculaires avant même que tous les autres symptômes de la paralysie générale ne fussent devenus nets : 1° Le nerf optique était décoloré, strié, présentait un aspect voilé, puis une coloration bleuâtre, enfin une excavation et une altération légères des vaisseaux de la papille ; 2° Augmentation du tissu conjonctif de la rétine.

Le professeur Schmidt Rimpler signale, en 1898, des altérations de l'œil qu'il a trouvées plus que partout ailleurs dans la paralysie générale. Après avoir signalé l'inégalité pupillaire, la paralysie des muscles, l'atrophie du nerf optique, il signale, d'après Fürstner, des troubles ophthalmoscopiques qui seraient la suite de foyers de ramollissement dans le lobe occipital et les autres parties du cerveau. On les observerait après ou pendant les attaques congestives de concert avec la perte des fonctions visuelles. La même année, Dawson et Rambaux publient leurs recherches concernant 40 paralytiques. Chez 30 d'entre eux l'examen ophthalmoscopique fut possible et les auteurs trouvèrent 3 fois une atrophie avancée, 1 fois une névrite optique, 3 fois un reliquat d'une névrite antérieure, 1 fois une légère neurorétinite.

Reznikow enfin, publie en 1900, 6 observations de paralytiques généraux ; s'occupant surtout des modifications du champ visuel il conclue que le rétrécissement du champ visuel est le signe le plus précoce, le plus sûr, le plus caractéristique du début des altérations du nerf optique lesquelles sont très fréquentes chez les malades ; il se demande en terminant quel est le processus pathologique qui préside au développement de l'atrophie du nerf optique, il croit à l'existence d'une névrite optique interstitielle et donne la parole à l'anatomie microscopique.

ÉTUDE CLINIQUE

Sur les 84 paralytiques généraux avérés qui se trouvaient à l'asile d'Armentières au moment où nous avons commencé cette étude, nous avons dû en éliminer une trentaine, alités, gâteux, arrivés dans un tel état de marasme qu'il était impossible d'attirer leur attention et de les examiner convenablement, de sorte qu'en réalité il ne nous en est

resté que 51. Ces 51 malades, étaient tous des paralytiques généraux arrivés à une période avancée de la maladie, c'est dire que nous n'avons pu mesurer ni leur acuité ni leur champ visuel, force nous a donc été de nous borner à l'examen ophtalmoscopique.

Nous ne rapporterons pas ici par le détail les 51 observations de nos malades et nous renverrons le lecteur désireux de les consulter à l'excellent travail de notre interne le Dr P. Caudron [1]. Qu'il nous suffise de dire qu'ils présentaient la plupart des symptômes de la paralysie générale, qu'aucun n'était tabétique, et que chez presque tous, l'alcoolisme était le facteur étiologique signalé, la syphilis étant notée dix fois la dégénérescence vingt-quatre fois.

Les lésions du fond de l'œil que nous avons constatées étaient très variables comme intensité, nous les avons rencontrées chez 42 de nos malades, soit dans la proportion de 82,35 p. 100.

Chez sept malades, dont la paralysie générale avait déjà atteint une période avancée, nous avons trouvé des lésions plus particulièrement accusées : trois fois l'*atrophie blanche* bilatérale ; deux fois l'*atrophie blanche* de la papille de l'œil gauche, la papille droite étant moins atteinte. La papille était tout à fait blanche et nacrée, éclatante à l'ophtalmoscope sans diminution notable de son diamètre, l'excavation centrale un peu plus marquée, la trame de tissu conjonctif plus visible. Les vaisseaux étaient en quelque sorte ratatinés.

Une fois l'*atrophie grise* bilatérale.

Une fois de la *sclérо-choroïdite* postérieure des deux yeux. Le malade n'était pas myope, sa sclérochoroïdite était moyenne ; quelques placards blancs, nacrés, avec quelques vestiges de vaisseaux choroïdiens, une coudure des vaisseaux rétiniens, quelques corps flottants, formaient l'ensemble ophthalmoscopique. Comme troubles fonctionnels, le malade nous dit avoir vu bien souvent des éclairs passer devant ses yeux ; sa vision était assez bonne. Il serait peut-être téméraire d'inculper la paralysie générale, mais le manque de myopie, dans ce cas, porte à croire qu'elle n'y est pas étrangère.

[1] Caudron (P.). *Le fond de l'œil des paralytiques généraux et ses lésions initiales.* Thèse de Lille 1902. Vve Masson, éditeur, Lille.

Ces malades étaient tous alcooliques, cinq d'entre eux présentaient des stigmates de dégénérescence, un était syphilitique; il présentait de l'atrophie blanche bilatérale et l'observation montre que la paralysie générale débuta chez lui par la perte de la vue.

Ces sept cas constituent un premier groupe dans lequel les lésions du fond de l'œil étaient très accusées.

Les autres malades présentaient des lésions moins avancées. La fovea centralis droite était chez l'un d'eux pâle et blanche. La papille du même côté paraissait *pâle*, étalée, comme *lavée*. Cet aspect de la papille, nous l'avons retrouvé plus ou moins accentué chez 13 de nos malades. Ce n'était plus la papille de l'atrophie grise, ce n'était pas non plus l'aspect strié des névrites optiques, l'aspect en était simplement *estompé*, c'était en quelque sorte une papille peu précise, n'ayant pas la teinte rosée de la papille normale, les artères n'étaient pas filiformes. Les malades avaient encore une acuité visuelle suffisante pour se diriger, pour lire même, autant toutefois que leur état mental le permettait.

Chez 22 autres malades l'aspect était quelque peu différent, et la papille tantôt rosée, tantôt pâle dans toute son étendue, tantôt blanchâtre en quelques points présentait un état *flou* de ses bords interne, externe, inférieur ou supérieur qui étaient *indécis*. Le bord nasal était le plus souvent intéressé.

Dans ces cas, la papille présente évidemment un degré d'altération moindre que l'atrophie papillaire blanche, mais le pas est vite franchi, et un de nos malades chez qui nous avions constaté cet état *flou* de la papille, présentait, un mois plus tard, une atrophie blanche très nette, tandis qu'il lui était devenu impossible de se diriger.

Les lésions intéressaient inégalement les deux yeux chez 18 de ces 35 malades, chez les 17 autres, une seule papille était altérée, la droite dans 12 cas, la gauche dans 5.

Chez 9 malades nous n'avons pas trouvé de lésion du fond de l'œil, les uns étaient en rémission, les autres étaient atteints d'une paralysie générale à évolution lente, 8 d'entre eux étaient alcooliques, 2 étaient syphilitiques.

Les lésions que nous venons de décrire brièvement ne sont pas absolument nouvelles ainsi qu'il est aisé de s'en rendre compte en parcourant notre chapitre d'historique et la plu-

part des auteurs qui y sont cités ont décrit comme nous, l'atrophie grise et l'atrophie blanche de la papille, peut-être ont-ils moins étudié la période de début de cette atrophie, période marquée par l'état flou, lavé, de la papille tel que nous l'avons rencontré chez de nombreux malades; quoi qu'il en soit nos recherches viennent se joindre aux leurs pour démontrer péremptoirement la grande fréquence des lésions du fond de l'œil chez les paralytiques généraux, lésions revêtant la forme d'une névrite optique interstitielle qui en évoluant fait subir à la papille une série de modifications allant de la simple pâleur à l'atrophie blanche totale en passant par l'état flou, le manque de netteté de ses bords, l'aspect blanchâtre de ces mêmes bords et enfin l'atrophie grise de la papille tout entière.

A mesure que nous observions ces lésions, deux questions se présentaient à notre esprit : De quel agent étiologique étaient-elles tributaires? Fallait-il les identifier aux lésions oculaires que l'on rencontre dans d'autres affections, dans le tabes par exemple?

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, tous nos malades étaient alcooliques, quelques-uns étaient syphilitiques (il est bien entendu que nous ne voulons pas dire que les autres ne l'étaient pas, mais simplement que dans ces cas nos renseignements n'indiquaient pas la syphilis dans les antécédents). Les altérations pouvaient donc relever d'un de ces deux facteurs. Pour qui sait la multiplicité des formes que revêtent les altérations syphilitiques de la papille, lesquelles sont tantôt consécutives à des chorio-rétinites, tantôt semblables à des atrophies tabétiques ou à des atrophies simples, le problème n'était pas facile à résoudre.

Raoult, dans sa thèse, rapporte une partie des atrophies observées, aux antécédents alcooliques de ses malades sans se baser du reste sur des raisons bien importantes.

Comme dans les névrites alcooliques, nous avions bien dans certains cas de la décoloration temporale de la papille, mais dans d'autres, la décoloration occupait le bord interne, supérieur ou inférieur; et enfin les lésions n'étaient pas bilatérales.

Pour ce qui concerne la syphilis, nous n'avons pas observé de lésions de chorio-rétinite préatrophique chez nos malades, nous n'avions pas affaire à des atrophies simples, les bords

de la papille étant flou dans presque tous les cas, et l'acuité visuelle des malades ne semblant pas diminuer proportionnellement à l'importance des lésions; le diagnostic n'est donc à faire qu'avec les névrites atrophiques syphilitiques; mais ici encore nous nous heurtons aux plus grandes difficultés, ces névrites donnant à l'ophtalmoscope des images analogues à celles que nous avons observées.

Il ne nous était donc pas possible de poser un diagnostic étiologique certain.

D'autre part, l'atrophie papillaire de nos malades ressemblait à celle que l'on observe chez les tabétiques et nous n'avons pas observé entre elles les différences signalées par Raoult. (Selon lui, l'atrophie blanche des paralytiques diffère de celle des ataxiques en ce que chez les premiers l'excavation centrale est plus marquée et la trame conjonctive plus visible.) De sorte que rien jusqu'ici ne nous permet de distinguer l'atrophie paralytique de l'atrophie tabétique d'après l'examen ophthalmoscopique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Notre étude clinique, bien qu'intéressante, n'aurait pas revêtu l'importance qu'elle présente, si elle n'avait été complétée par un examen anatomo-pathologique venant exercer sur elle, en quelque sorte, un véritable contrôle tout en nous éclairant sur la nature des lésions décelées par l'examen ophthalmoscopique.

Trois autopsies arrivées à point nous ont permis de corroborer l'examen clinique; ce sont celles : 1° de deux malades présentant des lésions peu intenses de la papille, l'un B... avait cependant déjà de la blancheur de la papille, tandis que l'autre S... présentait simplement l'état flou que nous avons décrit; comme chez l'un et l'autre l'œil gauche était d'apparence normale, nous avons pu nous livrer à des comparaisons des plus profitables, entre l'état des quatre papilles soumises à notre examen. (Dans les deux cas, l'autopsie a été pratiquée moins de quinze jours après l'étude ophtalmoscopique, de sorte qu'il n'a pu survenir dans ce court intervalle de temps de modification profonde dans la structure de la papille, et que examens clinique et histologique

sont bien adéquats.) 2° Du malade V..., atteint d'atrophie papillaire blanche bilatérale.

1° Lésions initiales

Observation I. — B. J..., quarante-neuf ans, entré en août 1901, donnait depuis six mois des signes d'aliénation mentale. Dégénéré, alcoolique (il était garçon brasseur), il se dit directeur de brasserie, il vient de gagner cent mille francs à une loterie, il est maire de son village, tout le monde l'aime ; il remplace le curé quand celui-ci ne peut dire la messe. Idées, par conséquent, absurdes de grandeur et de satisfaction. Quelques idées de persécution viennent s'ajouter à ce tableau : on lui en veut, on lui vole ses effets. Aucune systématisation. Mémoire abolie.

Signes physiques : marqués de paralysie générale. Tremblement fibrillaire de la langue, des mains, des muscles de la face, achoppement syllabique ; réflexes exagérés. Athérome artériel.

Symptômes oculaires. — Réflexe cornéen normal, inégalité pupillaire en faveur de la pupille droite, réflexe pupillaire à la lumière et à l'accommodation normal. *Examen ophtalmoscopique :* œil droit : légère atrophie avec état vascularisé intense de la papille. Demi-sphère externe très réfringente, nacrée ; demi-sphère interne normale. L'œil gauche paraissait normal. — L'affection évolua rapidement et le malade mourut dans le marasme le 16 avril 1902.

L'*autopsie*, pratiquée quelques heures après la mort, montra que nous avions bien affaire à un paralytique général.

La calotte cranienne épaisse, non transparente, était adhérente à la dure-mère, laquelle, de couleur nacrée, très congestionnée, était perforée par d'énormes granulations méningiennes. Elle était plus mince dans sa partie frontale. — La pie-mère, très congestionnée, surtout à gauche, était distendue par un liquide séreux assez abondant.

Cerveau : Les circonvolutions et notamment les frontales étaient atrophiées et les sillons paraissaient plus larges et plus profonds. Elles étaient le siège d'érosions multiples, notamment au niveau des circonvolutions frontales, érosions dues à l'enlèvement de la pie-mère. — Pas de lésions macroscopiques importantes de la substance cérébrale. — *Vaisseaux :* Athérome des artères basilaire et sylviennes.

Les yeux ont été fixés sitôt après la mort dans de l'alcool à 95° ; les nerfs optiques dans le liquide de Müller.

Après inclusion dans la celloïdine, nous avons pratiqué une série de coupes longitudinales passant par le nerf optique, par la papille et par la rétine. Ces coupes, traitées par l'hématoxyline, la triple coloration de Biondi-Heidenhain, le bleu de méthylène, le

picro-carmin, l'éosine, la méthode de Van Gieson, nous ont permis de constater l'existence des lésions suivantes :

Œil droit. — 1° *Rétine :* La couche des fibres nerveuses est en certains points très altérée, les fibres y sont gonflées, diminuées en nombre, particulièrement du côté temporal; ces lésions sont surtout apparentes aux points où *la couche des cellules nerveuses* présente des altérations plus intenses. De nombreuses cellules de cette couche présentent en effet, à divers degrés, les altérations ordinaires des éléments du système nerveux : le gonflement du noyau et du protoplasme cellulaire semble être la lésion initiale, c'est celle que nous avons rencontrée le plus souvent. On constate ensuite une ou plusieurs vacuoles du protoplasme, qui, dans

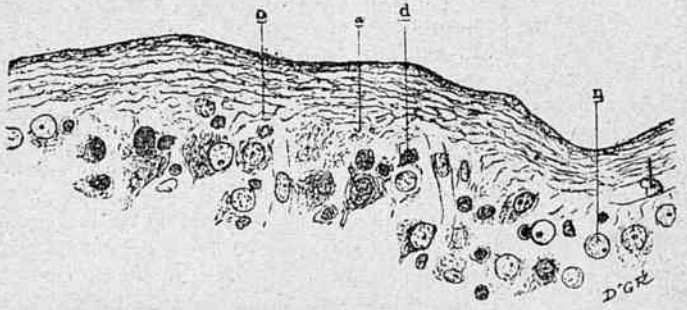


Fig. 1.

Coupe transversale de la rétine de l'œil droit du malade B... Grossissement 476 diamètres. Seules les couches des fibres et des cellules nerveuses ont été représentées. Les cellules nerveuses sont très altérées. Bon nombre d'entre elles sont réduites à leur noyau *n*, nombreux neuronophages *d*, les fibres nerveuses, également altérées, moniliformes en *o* ont disparu en certains points *a*.

certaines cellules, présente un aspect aréolaire. Quand les lésions du protoplasme ont atteint ce degré, le noyau est à la périphérie de la cellule, fait le plus souvent hernie et son nucléole est accolé à sa paroi ; bientôt, le noyau qui, jusque-là, se colorait bien par l'alun à l'hématoxyline, devient incolore ; le protoplasme qui l'entoure se désagrège, devient granuleux, et le prolongement protoplasmique présente alors sur une certaine longueur le même aspect ; puis le protoplasme disparaît et le noyau lui-même irrégulier de contour, complètement décoloré, est tout ce qui reste de l'élément cellulaire.

Ces altérations apparaissent surtout marquées à environ 7 millimètres du bord externe de la papille, mais on les trouve disséminées un peu partout. Nous devons signaler maintenant l'existence d'un certain nombre de neuronophages, petites cellules à noyau rond, à protoplasme rare, présentant un ou plusieurs pro-

longements, cellules dont la nature est très discutée et que nous croyons être des cellules de névroglie. On les rencontre dans le voisinage des cellules nerveuses plus ou moins altérées, accolées à elles et semblant même çà et là les pénétrer.

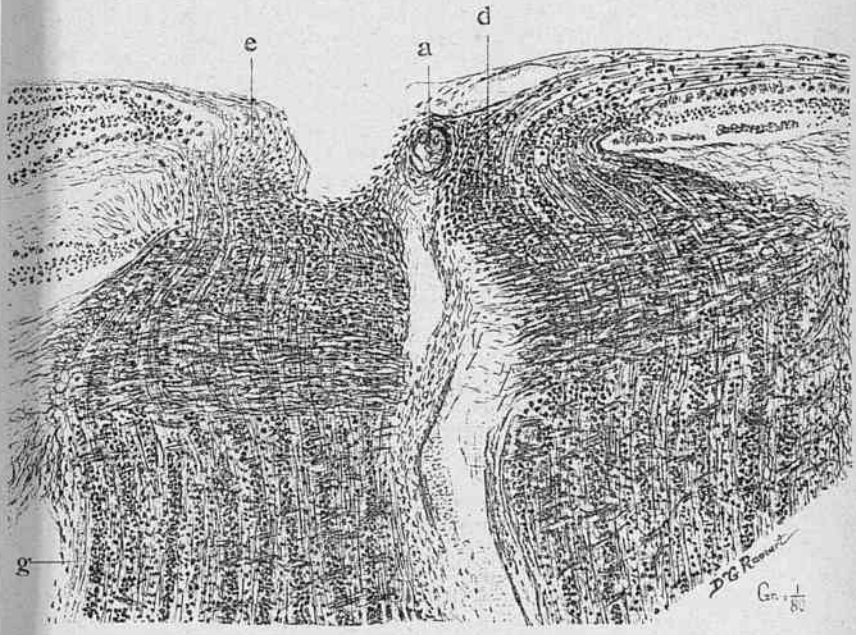


Fig. 2.

Coupe longitudinale de la papille et du nerf optique droit du malade B... à son entrée dans le globe de l'œil. Grossissement 55 diamètres. — La coupe passe par la partie centrale du nerf; en *a* section transversale de l'artère centrale. L'augmentation du nombre des éléments, conjonctifs et névrogliques est frappante; en *d* envahissement de la papille par de nombreux éléments conjonctifs auxquels sont mêlés des noyaux névrogliques; en *g* amas de noyaux névrogliques très proliférés; en *e* les fibres nerveuses apparaissent ondulées, diminuées en nombre, aussi leur passage dans la rétine se fait-il brusquement déterminant la production d'un coude.

Les lésions semblent surtout cantonnées aux cellules nerveuses de la rétine, et les autres couches ne présentent pas de lésions manifestes. Toutefois, leur épaisseur est de beaucoup inférieure à celle que leur assigne Testut dans son *Traité d'anatomie*.

Couche granuleuse interne : 24 μ au lieu de 35.

Couche intergranuleuse : épaisseur normale.

Couche granuleuse externe : 35 μ au lieu de 60.
Couche des cônes et des bâtonnets : 30 μ au lieu de 50.

2° *Papille :* Nous avons rencontré dans la couche des fibres nerveuses de la rétine un certain nombre de petites cellules de névroglie et des cellules conjonctives. Ces éléments apparaissent en quantité plus grande au fur et à mesure qu'on approche de la papille, et, à son niveau, ils sont d'une abondance extrême, abondance qui varie selon les points de la papille examinés. C'est ainsi que nous les voyons sur une coupe longitudinale du nerf et de la papille passant par l'artère centrale (voir fig. 2) exister en quantité moindre que dans la partie périphérique de la papille (voir *fig.* 3) où en *s*, l'infiltration conjonctive est à son maximum ; c'est d'ailleurs là le bord temporal de la papille où l'ophthalmoscope nous avait fait supposer l'existence d'une altération plus particulièrement prononcée.

Les éléments du tissu conjonctif existent en bien plus grand nombre que les cellules de névroglie. Ce sont pour la plupart des cellules conjonctives à noyau allongé, à masse protoplasmique très effilée. Elles sont, le plus souvent, dirigées transversalement par rapport aux fibres nerveuses, et paraissent provenir surtout des parois des vaisseaux de la papille.

En effet, l'artère et la veine centrales de la papille (a, v, *fig.* 3), qui apparaissent sectionnées transversalement, ont la couche externe de leur paroi très épaissie. Elle est constituée par de multiples couches concentriques de fibres conjonctives, autour desquelles existent de nombreux éléments cellulaires plus jeunes, que l'on voit se détacher en quelque sorte des parois de l'artère mais surtout de la veine pour pénétrer entre les fibres nerveuses. Nous venons de voir que c'est surtout, ainsi que l'on peut le constater sur nos figures 2 et 3, vers le bord externe de la papille que ces éléments conjonctifs existent en plus grande abondance.

Les capillaires sanguins de la papille sont nombreux, mais leur paroi ne paraît pas modifiée.

Nous avons dit qu'il existait également des cellules de névroglie, leur nombre est infiniment moins grand que celui des cellules conjonctives, nous les trouvons, surtout du côté du bord interne de la papille, moins envahi que l'autre par le tissu conjonctif ; elles possèdent un noyau volumineux, ovalaire, contenant quelques granulations, entouré d'un protoplasme assez abondant.

En dehors de ces éléments, nous ne rencontrons pas de leucocytes, et si nous avons trouvé la paroi des vaisseaux très hyperplasiée, il n'existait dans son voisinage aucun élément leucocytaire.

Les fibres nerveuses qui constituent la papille apparaissent bien groupées en faisceaux du côté interne et elles ne semblent pas

présenter en ce point d'altérations notables. Au niveau du bord

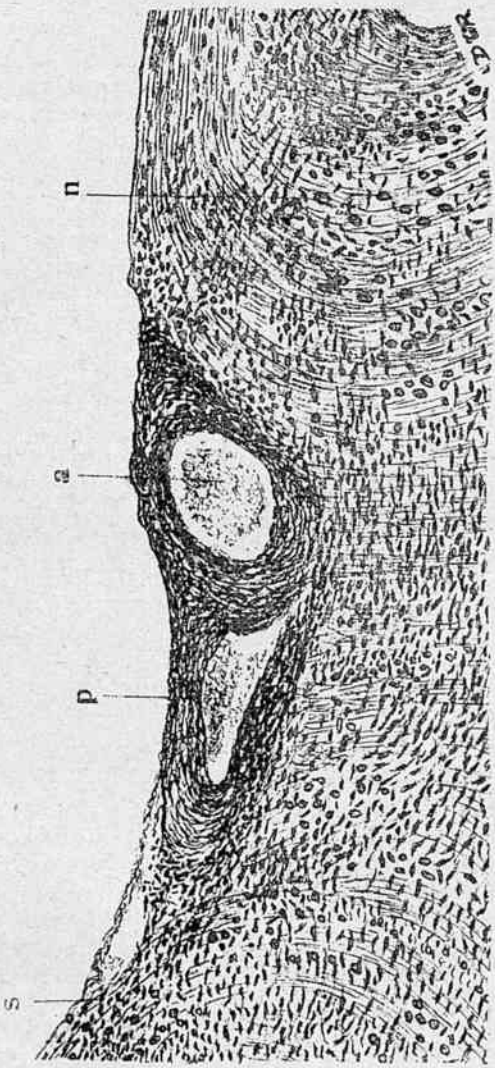


Fig. 3.

Coupe longitudinale de la papille de l'œil droit du malade B... Grossissement 236 diamètres. En *a* artère centrale ; en *p* veine, leur tunique externe est extrêmement épaissie. Les éléments du tissu conjonctif sont très abondants ; en *s* particulièrement région qui paraissait blanchâtre à l'examen ophthalmoscopique. En *n* noyau névroglique.

externe, il n'en est pas de même, et, ainsi que l'on peut s'en rendre compte sur la figure 2, les fibres y sont diminuées en

nombre, groupées irrégulièrement, sinueuses et manifestement altérées ; l'atrophie papillaire apparaît dans toute son évidence au point où les fibres nerveuses se recourbent pour gagner la rétine, et, où par suite de la diminution de leur nombre, il s'est constitué un véritable coude bien apparent sur notre seconde figure.

Si nous considérons maintenant les fibres optiques au niveau de la *lame criblée*, nous constatons qu'elles y sont également entourées de nombreux éléments conjonctifs. Ces derniers, à l'état de cellules conjonctives adultes, sont tous dirigés transversalement et ils sont dus à une hyperplasie notable des éléments de la partie antérieure de la lame criblée. Cette partie d'origine choroïdienne très peu importante, chez l'homme, d'après Berger, est dans l'espèce, considérablement hypertrophiée. Les cellules conjonctives qui la constituent se mêlent au niveau des espaces interfasciculaires à de nombreuses cellules névrogliques que nous allons étudier en remontant vers le chiasma.

La partie de la lame criblée d'origine sclérotique est formée, comme à l'état normal, par de nombreux faisceaux de fibres conjonctives ne semblant pas présenter d'altérations notables, et les faisceaux de fibres nerveuses qui la traversent ne nous semblent en aucun point étranglés.

3° *Nerf optique :* Sur une coupe longitudinale du nerf optique à son entrée dans le globe de l'œil, telle qu'elle est représentée, figure 2, nous voyons que les couches de cellules névrogliques qui, normalement, se trouvent rangées en séries le long de la surface externe des faisceaux nerveux, sont beaucoup plus importantes que normalement ; en *g*, par exemple, elles constituent de véritables amas interfasciculaires. Leurs noyaux, bien colorés par l'alun à l'hématoxyline, sont de volume et de forme variable ; le plus souvent ovalaires, ils sont parfois arrondis ou réniformes, et leur diamètre varie de 5 à 11 millièmes de millimètre, la plupart en mesurant huit environ. Ils sont pourvus d'un nucléole très réfringent, et contiennent en outre un fin réseau de chromatine. Leur protoplasme est généralement abondant et les contours cellulaires sont de forme irrégulière. Ces cellules sont pourvues de prolongements multiples poussés dans tous les sens, présentant tous les caractères des éléments névrogliques, nous les étudierons d'ailleurs plus loin. Elles n'existent pas seulement entre les faisceaux, et, à l'intérieur de ceux-ci, elles ont également considérablement augmenté en nombre ; elles présentent là les caractères que nous venons d'étudier. C'est surtout à la périphérie des petits vaisseaux que la prolifération névroglique est intense ; c'est d'ailleurs là qu'elle semble prendre naissance. Parmi ces nombreux éléments, un certain nombre présentent des altérations diverses dont le dernier stade est la déformation et la décoloration

du noyau. Alors que, au niveau de la papille, les éléments du

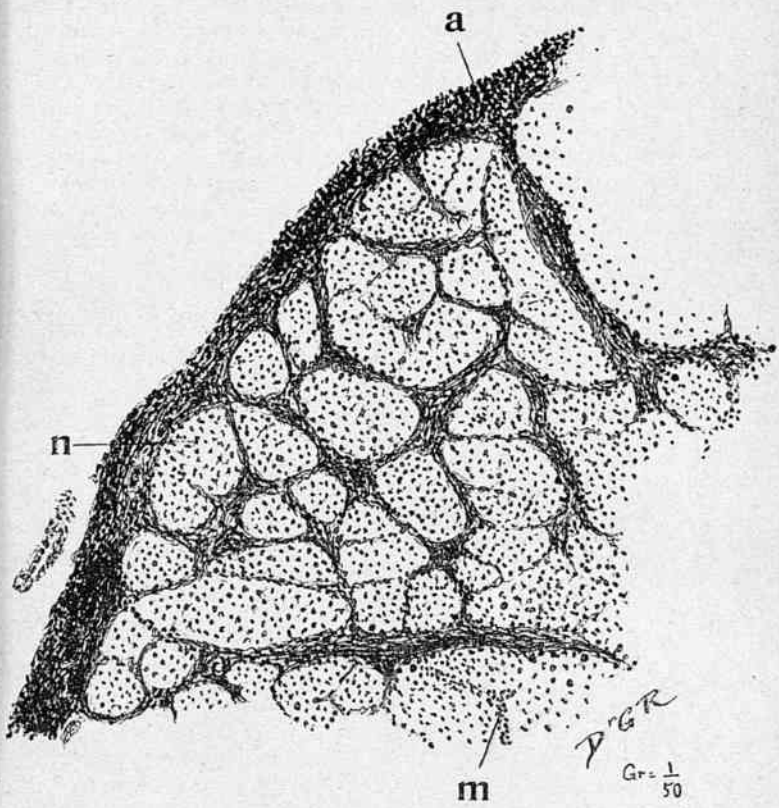


Fig. 4.

Coupe transversale du nerf optique droit du malade B..., pratiquée à un centimètre du chiasma. Grossissement : 50 diamètres.

On remarquera l'augmentation de volume des travées conjonctives et le grand nombre des éléments conjonctifs et névrogliques. En *a*, amas de cellules conjonctives dans la gaine du nerf; en *n*, cellules névrogliques intra-fasciculaires, représentées dans toute l'étendue de la figure par un nombre correspondant de points; elles sont surtout abondantes près des capillaires, autour desquels elles forment de véritables manchons comme en *m*; la plupart de ces cellules possèdent des prolongements, nous en avons représenté quelques-unes *fig.* 5, en *n*.

tissu conjonctif faisaient presque tous les frais de la prolifération, ils passent ici au second plan et leur nombre est infime comparativement à celui des cellules névrogliques. Les travées conjonc-

tives, bien qu'assez marquées, ne semblent pas, à ce niveau, différer de la normale.

Les fibres nerveuses paraissent pour la plupart normales et les lésions, en ce point, sont donc essentiellement dues à la prolifération du tissu interstitiel.

Dans sa *portion intracranienne*, les altérations du nerf optique sont les suivantes (voir *fig.* 4) : sur des coupes transversales du nerf, on constate une augmentation de l'épaisseur des travées conjonctives qui sont très riches en cellules et au milieu desquelles nous retrouvons les petits vaisseaux à paroi épaissie. La gaine piale du nerf est également le siège d'une augmentation des cellules conjonctives, qui forment comme en *a* par exemple des amas considérables d'éléments pourvus de volumineux noyaux ovalaires entourés d'un protoplasme peu abondant, accolés les uns aux autres.

Ce qui frappe surtout, c'est l'augmentation du nombre des cellules de névroglie péri et intra-fasciculaires. Alors que, normalement, d'après Gowers, on ne trouve, dans la coupe transversale d'un faisceau de fibres nerveuses du nerf optique, que quelques cellules névrogliques, nous en comptons ici jusqu'à quarante ; ces cellules, disséminées entre les fibres nerveuses, accolées aux capillaires autour desquels elles constituent comme en *m* de véritables manchons, ou encore rangées le long des travées conjonctives, sont, comme celles que nous avons décrites plus haut, pourvues d'un noyau de 8μ environ, d'un protoplasme abondant et de prolongements qui atteignent jusqu'à dix fois la longueur du corps cellulaire ; en certains endroits, la trame névroglique se trouve, de ce fait, très densifiée, et nous trouvons même de véritables petites plaques de sclérose évidemment constituées par la réunion d'un certain nombre de cellules névrogliques. Les tubes nerveux ne présentent pas d'altération évidente.

Œil gauche. — 1° *Rétine* : La rétine présente des altérations multiples, diffuses, cantonnées à la couche des fibres et surtout à celle des cellules nerveuses, au niveau de laquelle elles sont en certains points plus accusées que celles décrites pour l'œil droit.

Raréfiées en certains points, les fibres nerveuses sont réfractaires à la coloration par la fuchsine acide, et, celles qui aboutissent aux cellules malades sont profondément altérées ; leur aspect est moniliforme, leur minceur extrême en certains points.

Dans la couche des cellules nerveuses, de nombreux éléments sont profondément altérés, présentant à tous les degrés les modifications étudiées pour l'œil droit ; les neuronophages existent également. Pas de lésions évidentes des autres couches de la rétine.

2° *Papille* : Bien qu'infiltrée par d'assez nombreuses cellules conjonctives et névrogliques, la papille présente un aspect très

différent de celle du côté droit. Les fibres nerveuses dans leur ensemble paraissent normales et leurs faisceaux qui ne sont pas noyés parmi les cellules de soutien, comme ceux de l'œil droit, sont très apparents.

L'artère et la veine centrales ont, il est vrai, une paroi épaissie, mais les fibres conjonctives dominent et nous ne voyons point à leur pourtour d'épais faisceaux de cellules conjonctives se dirigeant dans toutes les directions.

Par contre, la partie interne de la *lame criblée* provenant de la choroïde est le siège d'une évidente augmentation des cellules conjonctives. Sa partie externe est d'apparence normale.

3° Le *nerf optique*, immédiatement en arrière de la lame criblée présente une augmentation très marquée du nombre des éléments névrogliques interfasciculaires qui sont de même forme, de même nombre et affectent les mêmes rapports que ceux observés pour l'autre nerf. Les cellules névrogliques intrafasciculaires ne sont guère augmentées en nombre. La trame conjonctive est en quelques endroits le siège d'une hyperplasie évidente, très limitée du reste. Les fibres optiques ne présentent pas d'altérations bien marquées.

Dans sa portion intracranienne, le nerf optique, sur des coupes transversales, pratiquées à un centimètre en avant du chiasma, présente une augmentation du nombre des cellules névrogliques péri et intrafasciculaires; toutefois, le nombre de ces éléments est toujours deux ou trois fois moindre que dans la région correspondante du nerf optique droit.

Les travées conjonctives sont épaissies surtout à la périphérie, au voisinage de la gaine, et les petits vaisseaux qu'elles contiennent ont leurs parois hypertrophiées, il en est de même pour la gaine piale du nerf qui contient, quoique en moins grande abondance que du côté droit, de nombreuses cellules conjonctives adultes.

Observation II. — S. A..., cinquante et un ans, célibataire, tisserand, entre à l'asile d'Armentières le 13 décembre 1901.

Sa mère est morte de « fièvre cérébrale ». Lui même est alcoolique, il a eu du rhumatisme articulaire à l'âge de vingt-cinq ans. Nombreux stigmates physiques de dégénérescence. Athérome artériel. Il présente tous les signes de la paralysie générale à la dernière période. Sa mémoire est abolie, son inconscience est absolue. Bredouillement, tremblement fibrillaire de la langue, des petits muscles de la face, tremblement des mains. Reflexe rotulien exagéré. Grande faiblesse musculaire. Gâtisme.

Symptômes oculaires : Réflexe cornéen aboli, inégalité pupillaire en faveur de la droite, réflexe pupillaire aboli à la lumière et à l'accommodation.

A droite la papille est pâle, décolorée et floue, à gauche son aspect est normal. Le malade s'affaiblit rapidement, présente de nombreuses attaques épileptiformes et meurt dans le marasme le 2 avril 1902.

L'*autopsie* nous montra les lésions suivantes :

Calotte cranienne : Epaisse, non transparente, adhérente à la dure-mère.

Dure-mère. Nacrée, paraissant peu congestionnée, perforée par de nombreuses granulations méningiennes, peu épaisse, particulièrement mince dans la région frontale. Lors de sa section, il s'écoule un peu de liquide séro-sanguinolent à droite et à gauche.

La faux du cerveau présente dans son quart antérieur une plaque osseuse ovalaire, à grand diamètre antéro-postérieur, longue de trois centimètres, large de un centimètre, saillante surtout sur la face gauche, du côté de laquelle elle semble s'être développée. Il existe trois autres plaques osseusses beaucoup plus petites situées postérieurement le long de la grande courbure de la faux. Enfin, dans sa partie moyenne, une autre plaque, la plus grosse de toutes, paraît s'être développée sur la face droite.

Signalons également un certain nombre de petites exostoses siégeant dans les loges antérieures et postérieures de la base du crâne.

Pie-mère : Congestionnée au niveau des deux hémisphères, distendue par du liquide d'œdème.

Vaisseaux : Basilaire non athéromateuse, non plus que la sylvienne.

Cerveau: La pie-mère se détache assez facilement des circonvolutions ; elle y est adhérente au niveau des circonvolutions frontales, la première surtout, qui sont atrophiées en même temps qu'elles sont le siège d'érosions multiples. Les ascendantes sont très peu altérées, n'ont pas d'érosions. Quelques rares érosions sont disséminées un peu partout sur les lobes occipitaux. A la coupe du cerveau, rien de particulier à signaler.

L'examen histologique de l'écorce cérébrale, nous a permis de constater les lésions ordinaires de la paralysie générale au niveau des circonvolutions frontales et du cuneus notamment.

Les **yeux** et les nerfs optiques ont été fixés dans le liquide de Müller immédiatement après la mort. Après inclusion à la celloïdine, nous avons pratiqué des coupes longitudinales passant par le nerf optique, la papille et la rétine et des coupes transversales du nerf optique dans sa portion intracranienne.

Œil droit. — 1° *Rétine :* Pas de lésions apparentes de la couche des fibres nerveuses. La couche des cellules nerveuses présente quelques éléments en voie d'altération, nous ne les décrirons plus,

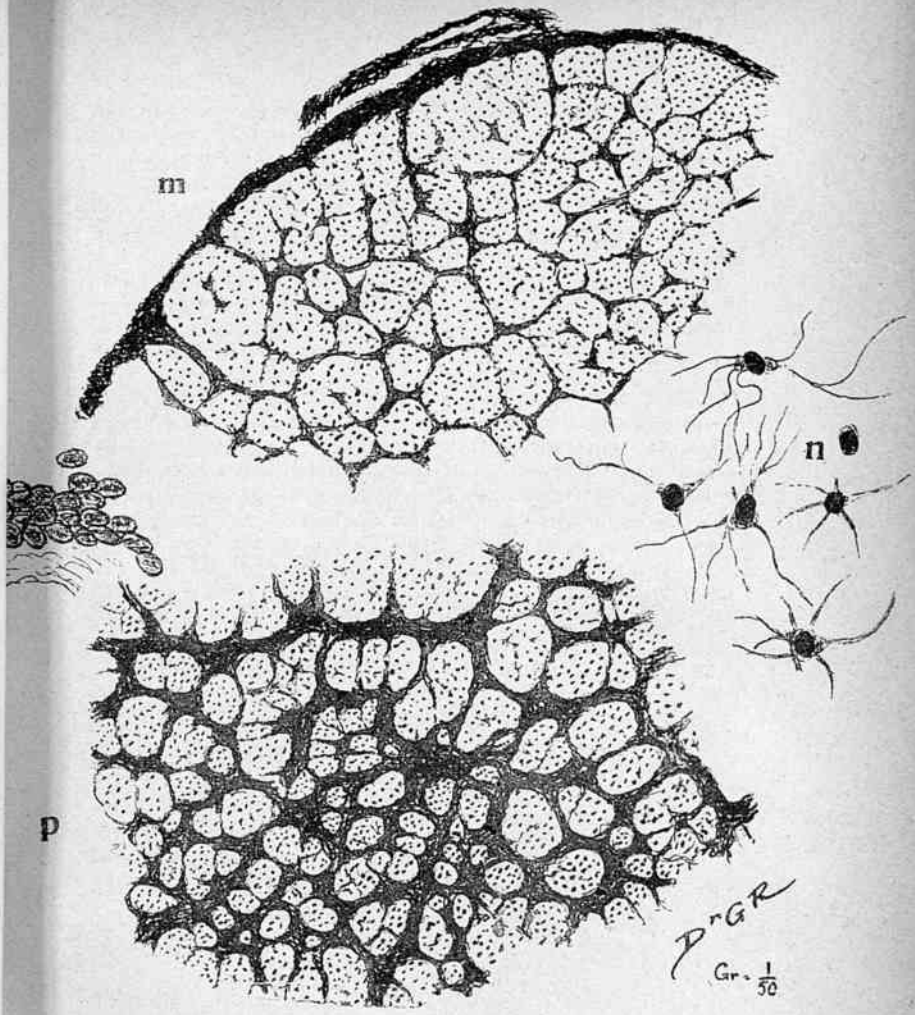


Fig. 5.

m, Coupe transversale du nerf optique droit du malade S..., un centimètre en arrière du globe oculaire. Grossissement : 50 diamètres. On constate une légère augmentation du volume des travées conjonctives interfasciculaires, les cellules névrogliques intrafasciculaires sont très augmentées en nombre; en *p*, coupe transversale du même nerf pratiquée à un centimètre du chiasma; même grossissement; la prolifération des travées conjonctives est extrêmement marquée, les petits vaisseaux intratravéculaires ont leur tunique externe épaissie; très nombreuses cellules de névroglie intrafasciculaires représentées par des points noirs en nombre correspondant. Nous en avons figuré quelques-unes en *n* (grossies 1428 fois), la plupart sont très développées et possèdent de longs prolongements.

En *o*, amas d'éléments du tissu conjonctif dans le voisinage d'un vaisseau de la gaine piale du nerf.

l'ayant fait plus haut. Ces altérations distribuées d'une façon irrégulière, n'intéressent qu'une faible partie des éléments. Pas d'altérations sensibles des autres couches de la rétine dont l'épaisseur est normale.

2° *Papille :* Les fibres nerveuses sont d'apparence normale et leur nombre ne semble pas diminué, mais elles sont infiltrées par de nombreux éléments névrogliques et conjonctifs qui, toutefois, existent en abondance moins grande que dans la papille droite du malade B... Nous ne retrouvons pas ici d'hypertrophie intense des parois de la veine ni de l'artère; néanmoins de très nombreuses cellules conjonctives existent autour d'elles; et il s'en irradie quelques faisceaux très denses, dans des directions transversales par rapport aux fibres optiques. Notons enfin que dans les espaces interfasciculaires de très nombreuses cellules de névroglie se mêlent aux éléments conjonctifs.

Les vaisseaux capillaires de la papille constituent un réseau plus riche que normalement, toutefois leur paroi n'est pas épaissie et ils ne sont pas entourés de cellules conjonctives.

L'altération la plus frappante est l'augmentation des cellules conjonctives qui constituent la portion choroïdienne de la lame criblée; celle-ci se trouve constituer aux fibres optiques une trame extrêmement densifiée. La portion sclérotique de la lame criblée nous paraît normale.

3° *Nerf optique :* Dans sa portion intra-oculaire, il présente les altérations suivantes : augmentation notable des cellules névrogliques intrafasciculaires dont le nombre augmente au fur et à mesure que l'on remonte vers le chiasma. Les éléments névrogliques périfasciculaires sont très peu abondants. On constate en outre l'épaississement et l'augmentation du nombre des travées conjonctives.

Sur une coupe transversale du même nerf, pratiquée à un centimètre du globe oculaire (*m*, *fig.* 5), on peut constater l'augmentation du nombre des cellules névrogliques intrafasciculaires, les travées conjonctives sont d'épaisseur normale à ce niveau, par contre elles sont extrêmement épaissies dans la portion intracranienne du nerf optique, en *p* (*fig.* 5), nous en avons représenté la coupe transversale faite à un centimètre du chiasma, il est aisé de se rendre compte de la véritable sclérose qui frappe le nerf, les petits vaisseaux intratrabéculaires, ont leur paroi épaissie, enfin, dans la gaine piale, nous constatons l'existence de nombreuses cellules conjonctives qui constituent notamment dans le voisinage des vaisseaux de petits amas, dont nous avons en *o* représenté un spécimen. On voit, en outre, que les faisceaux nerveux sont très riches en cellules de névroglie, ces cellules que nous avons décrites plus haut, sont, pour la plupart très développées et possèdent de nombreux prolongements, nous en avons en *n* représenté quelques-unes.

La méthode de Marchi ne nous révèle aucune altération notable des fibres nerveuses.

Œil gauche. — 1° *Rétine :* Cette membrane paraît peu altérée, et nous ne voyons à signaler ici que quelques lésions cellulaires intéressant peu d'éléments, distribuées irrégulièrement, et ne présentant pas l'importance que revêtaient celles constatées dans la rétine du malade B...

2° La *papille* présente peu d'altérations; pas d'atrophie des fibres optiques. Nous constatons que la quantité de cellules conjonctives et névrogliques, situées entre les fibres nerveuses, n'est que bien peu supérieure à la normale, et nous ne trouvons pas d'épais faisceaux conjonctifs semblables à ceux que nous avons signalés plus haut.

Les *vaisseaux* présentent une légère hypertrophie de leur tunique externe, mais ils ne sont pas entourés de tissu conjonctif, ni ne paraissent être le point de départ d'éléments conjonctifs infiltrant la papille. La *lame criblée* est notablement hypertrophiée dans sa portion choroïdienne. 3° Quant au *nerf optique*, il présente, à un degré moindre, les lésions que nous avons signalées pour le nerf du côté droit.

2° Lésions terminales

Obs. III. — V... J.-P., âgé de quarante-neuf ans, marié, entre à l'asile d'Armentières en janvier 1902, c'est un ancien ouvrier mécanicien qui, environ trois ans auparavant, commença à perdre la vue, son acuité visuelle s'affaiblit peu à peu avec des périodes d'amélioration et d'aggravation, un an avant l'entrée le mal fit des progrès et V... devint complètement aveugle.

A partir de cette époque, déclare l'enquête, « il éprouva un grand chagrin de se voir dans cette situation et l'appréhension de ne plus pouvoir travailler lui a tourné la tête » peu à peu sa raison se troubla, des idées de grandeur apparurent : il ne parlait que des richesses considérables qu'il possédait; il avait des millions, 80 voitures, etc.

Non dangereux jusque-là, il commença à s'exciter. « On tirera sur les soldats, on tirera sur les enfants ! », fit des menaces et dut être interné d'urgence. Il présentait à l'entrée la plupart des signes de la paralysie générale progressive.

Etat démentiel des facultés. — Perte de la mémoire. Idées de grandeur absurdes : il avait 92 milliards et invitait les personnes de son entourage à faire la noce avec lui dans 80 voitures, et à manger cent millions de têtes de veau; l'instant d'après il disait n'avoir pas un sou. Excitation intermittente.

Signes physiques très marqués. — Tremblement fibrillaire de la

langue, embarras de la parole. Tremblement des mains. Réflexes rotuliens exagérés. Athérome artériel.

Symptômes oculaires. — Abolition du réflexe cornéen. Inégalité pupillaire. Abolition des réflexes à la lumière et à l'accommodation. Amaurose. L'examen ophtalmoscopique révéla une *atrophie papillaire blanche* des deux côtés.

L'évolution de la paralysie générale fut assez rapide et V..., très amaigri, présentant une eschare sacrée succomba dans le marasme le 29 juillet 1902 après un internement de six mois.

L'*autopsie* pratiquée trente-deux heures après la mort nous permit de faire les constatations suivantes.

La calotte crânienne était assez mince et transparente dans la région frontale, elle présentait à sa face interne le long de la gouttière longitudinale de nombreuses dépressions dues aux granulations méningiennes.

La *dure-mère* était congestionnée, elle était affaissée dans la région frontale. Non épaissie, elle adhérait au niveau du bord supérieur des hémisphères aux méninges sous-jacentes.

La *pie-mère* de teinte opaline était également congestionnée, elle adhérait fortement aux circonvolutions, et en essayant de l'en détacher, on enlevait avec elle des fragments de substance grise.

Les *circonvolutions cérébrales* étaient atrophiées et la couche de substance grise amincie, friable, couverte d'érosions. Il n'y avait pas d'autre altération macroscopique de la substance cérébrale. Les *vaisseaux* de la base, la basilaire notamment étaient athéromateux.

La *moelle épinière* ne présentait pas d'altérations macroscopiques. L'examen histologique nous a permis de constater l'absence de lésions systématisées des cordons postérieurs.

Les **yeux** ont été fixés quatre heures après la mort dans la solution de formol à 40 p. 1 000, ce qui nous a permis d'étudier les cellules nerveuses, la névroglie, la myéline à l'aide des méthodes de Lenhossek et de Weigert.

Les **nerfs optiques** ont été fixés dans les mêmes conditions, partie dans le formol, partie dans le liquide de Muller en vue de leur examen par les méthodes de Weigert et de Marchi.

Les deux yeux présentant les mêmes lésions, nous n'avons fait porter notre examen que sur l'œil droit, réservant l'autre pour des recherches qui pourraient être nécessaires ultérieurement.

Œil droit. — Après inclusion dans la celloïdine, nous avons pratiqué une série de coupes longitudinales passant par le nerf optique, la papille et la rétine, coupes parallèles au méridien horizontal, intéressant par conséquent la région de la macula. Ces coupes ont été traitées par la plupart des méthodes de coloration que nous possédons, et leur examen nous a révélé les altérations suivantes :

1° *Rétine.* — Cette membrane se montre très altérée dans toute son étendue.

a) La *couche des fibres nerveuses* présente de notables altérations la plupart des cylindraxes sont irréguliers, variqueux, réfractaires à toute coloration, leur nombre est très diminué et en quelques points ils ont totalement disparu,

b) La couche des *cellules nerveuses* est celle qui présente le maximum d'altérations. Sur un grand nombre de préparations il n'est plus possible de retrouver même la trace des cellules nerveuses qui ne sont plus représentées, en quelques endroits fort rares, par des débris informes; à leur place, nous trouvons d'innombrables *cellules de névroglie* de volume et de forme variables, à noyau

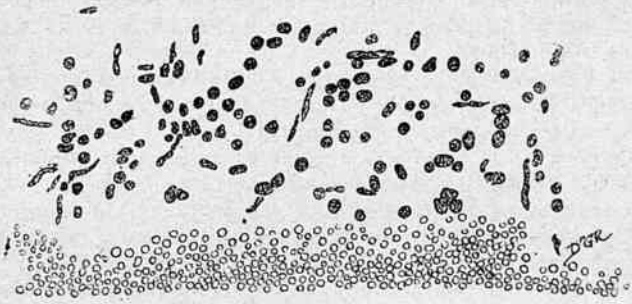


Fig. 6.

Coupe transversale de la rétine de l'œil droit du malade V..., au niveau du bord de la macula. Seules sont représentées ici la couche des fibres et des cellules nerveuses et une partie de la couche granuleuse interne. Les cellules nerveuses ont disparu, à leur place nombreuses cellules de nevroglie : Gr. = 300.

volumineux, le plus souvent arrondi, mesurant de 4 à 8 μ de diamètre. La figure 6 montre bien l'envahissement de la couche des cellules nerveuses par ces éléments tous pourvus de protoplasma et de nombreux prolongements qui pour éviter toute surcharge, n'ont pas été représentés.

c) Les autres couches de la rétine ne présentent pas d'altération bien évidente et leur épaisseur respective ne s'écarte guère de la normale.

2° La *papille* présente au plus haut point, les lésions de la sclérose la plus caractérisée. Quel que soit le point que nous examinons, la lésion revêt la même intensité; c'est en vain qu'on recherche les faisceaux nerveux constitutifs, tout élément noble a disparu : *On ne trouve plus de fibres nerveuses*, et la papille n'est plus constituée que par des amas d'éléments névrogliques et conjonctifs tassés les uns contre les autres. Les cellules de névroglie qui semblent être les plus nombreuses présentent les caractères

propres à ces éléments, nous les avons déjà étudiés dans les observations précédentes, elles sont pour la plupart orientées longitudinalement. Les cellules conjonctives en nombre également considérable ont plutôt une orientation transversale ce qui s'explique par leur provenance, si en effet on examine la figure 7, on voit très nettement leurs traînées partir de la gaine des vaisseaux et se diriger perpendiculairement par rapport à la direction du nerf optique. Cette figure qui représente une coupe longitudinale passant par le nerf optique, la papille et la région avoisinante de la rétine du côté nasal, montre mieux que toute description, à quel point la prolifération des éléments conjonctifs et névrogliques est intense, on y voit ces éléments envahir complètement la partie voisine de la rétine où en *n*, par exemple, la couche des cellules nerveuses qui ne contient plus un seul élément nerveux présente une quintuple rangée de cellules conjonctives et névrogliques. Ces cellules nous les trouvons en égale quantité, aussi bien dans le segment interne *p* que dans le segment externe *e* de la papille, elles existent notamment dans le voisinage des vaisseaux et on en peut voir un en *e* qui présente autour de sa paroi épaissie un grand nombre d'éléments proliférés.

Au niveau de la *lame criblée*, les lésions revêtent la même intensité, et les éléments conjonctifs provenant tant de la choroïde que de la sclérotique sont en nombre considérable et ne laissent plus constater au milieu d'eux l'existence de fibres nerveuses (voir *fig.* 7).

3° Le *nerf optique* est altéré dans toute son étendue et dans tous ses éléments. Ce qui frappe tout d'abord, soit qu'on examine une coupe transversale, soit qu'on examine une coupe longitudinale, c'est *l'énorme prolifération des éléments névrogliques;* sur des coupes colorées par l'alun à l'hexatoxyline, les noyaux de ces éléments sont bien mis en évidence; arrondis, plus souvent ovalaires, parfois irréguliers, leur volume est très variable et leur diamètre peut mesurer 8 à 10 et même 14 μ, ils sont pourvus d'un nucléole et contiennent de nombreux grains réfringents. Le protoplasme qui les entoure est peu abondant, il en part de nombreux prolongements grêles et raides, de longueur variable.

Les figures 8 et 9 montrent à quel point le nombre de ces éléments est considérable : là où normalement il n'y a qu'une dizaine de cellules de névroglie, nous en trouvons ici près de cent.

Le tissu conjonctif est également très abondant; l'épaississement des travées conjonctives est très marqué ainsi que l'on peut s'en rendre compte à l'examen des figures (*t fig.* 8 et 9).

Ce qui précède est également vrai, quel que soit le point du nerf optique que l'on considère. Les *figures* 8 et 9 représentant du reste ce nerf en quelque sorte aux deux extrémités de son trajet, montrent bien que près de l'œil comme au voisinage du chiasma,

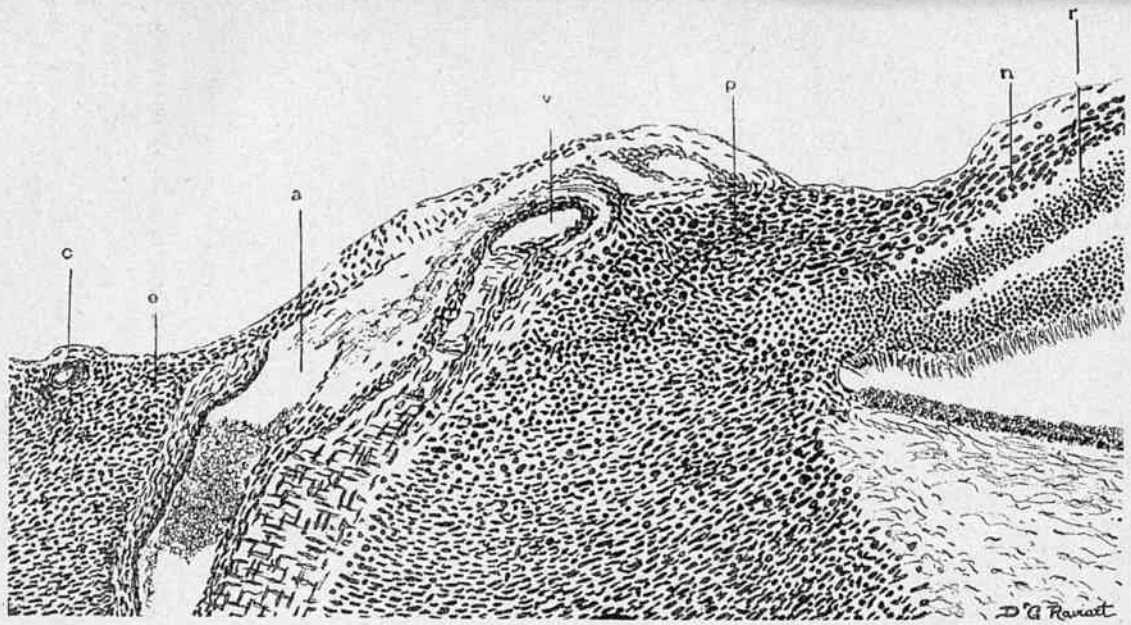


Fig. 7.

Coupe longitudinale passant par le nerf optique, la papille et la région avoisinante de la rétine parallèlement au méridien horizontal de l'œil droit du malade V... ; *a*, artère centrale ; *v*, veine ; *c*, petit vaisseau entouré de nombreux éléments conjonctifs ; *r*, rétine avec ses différentes couches ; *n*, couche de cellules nerveuses de la rétine au niveau de laquelle on ne rencontre plus que de très nombreux éléments conjonctifs et nevrogliques ; *p*, segment interne de la papille ; *e*, segment externe complètement envahis par les éléments conjonctifs et nevrogliques proliférés : Gr. = 251 diam.

la lésion est extrêmement accusée. Toutefois, il semble bien que la prolifération névroglique soit plus intense à mesure qu'on remonte vers le cerveau.

L'état des fibres nerveuses du nerf optique nous intéressait au plus haut point, et nous avons cherché par les différentes méthodes

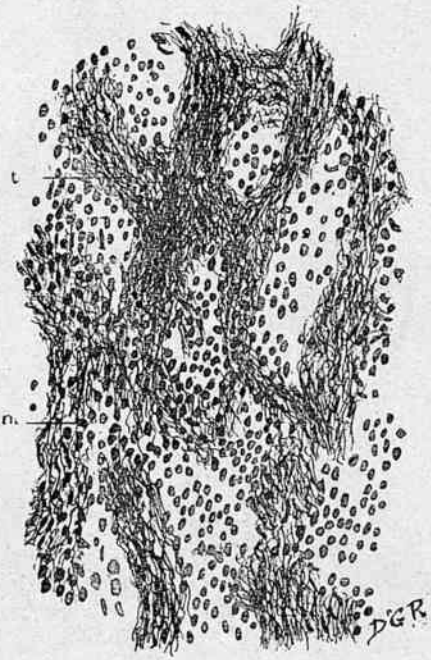


Fig. 8.

Coupe longitudinale du nerf optique droit du malade V..., à son entrée dans le globe oculaire. *t*, travées conjonctives; *n*, cellules de névroglie dont nous n'avons figuré que les noyaux : Gr. = 372 diamètres.

à nous rendre un compte exact des altérations qu'elles avaient pu subir.

Traitées par la méthode de Weigert pour la myéline, les coupes transversales du nerf optique apparaissent presque uniformément jaunâtres, les fibres nerveuses encore entourées de myéline, étant très raréfiées, c'est à peine si pour un faisceau on trouve une quinzaine de grosses fibres à myéline et une trentaine de fibres fines, qui présentent la coloration brune caractéristique ; elles ne sont pas également réparties, et les faisceaux périphériques sont plus

riches en fibres d'apparence normale que les faisceaux centraux. Dans la partie inférieure de la figure 9 qui représente une coupe transversale du nerf optique à un centimètre du chiasma, nous

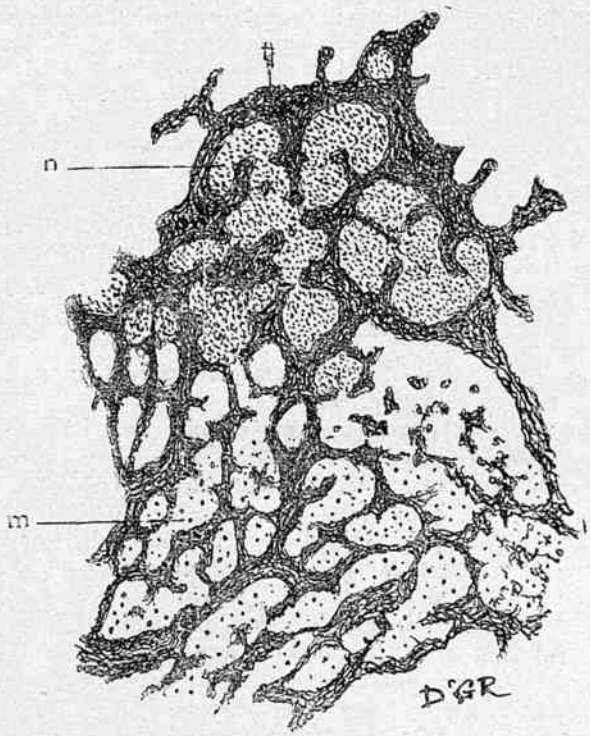


Fig. 9.

Coupe transversale du nerf optique droit à un centimètre du chiasma. Dans la partie supérieure, nous avons représenté les éléments névrogliques d'après une préparation colorée par l'alun à l'hématoxyline. La partie inférieure montre les fibres à myéline restant d'après une préparation traitée par la méthode de Weigert pour la myéline. *t*, travées conjonctives épaissies; *n*, faisceaux nerveux complètement remplis de cellules de névroglie dont les noyaux sont représentés par des points; *m*, faisceaux nerveux où nous avons figuré les fibres à myéline, elles sont on le voit extrêmement raréfiées : Gr. = 75 diamètres.

avons figuré par un nombre de points correspondant, les fibres à myéline colorées par la méthode de Weigert, on peut y juger de leur rareté (*m fig.* 9).

Nous avons également traité notre nerf optique par la méthode

de Marchi et nous en avons débité les fragments en coupes transversales et longitudinales, nous avons alors pu constater l'existence d'un certain nombre de fibres présentant de la désorganisation de la gaine de myéline avec formation des boules colorées en noir, si caractéristiques; le nombre de ces fibres altérées est beaucoup plus grand dans les faisceaux centraux que dans les faisceaux périphériques, ce qui vient cadrer en quelque sorte avec les résultats fournis par la méthode de Weigert. (Le nombre peu considérable de fibres dont l'altération est démontrée par la méthode de Marchi ne doit pas nous surprendre étant donné l'ancienneté (trois ans) de la lésion).

Le nerf optique de V..., bien que moins riche en fibres nerveuses que normalement, étant donné la sclérose conjonctive et névroglique dont il est frappé, contient une grande quantité de cylindraxes dépourvus de myéline et présentant eux-mêmes des altérations plus ou moins profondes, bon nombre d'entre eux sont même difficilement perceptibles au milieu des nombreux éléments proliférés.

Des examens microscopiques qui précèdent nous retiendrons les points suivants :

Chez nos trois paralytiques généraux, nous avons trouvé à des degrés différents des altérations diffuses, non systématiques, intéressant : 1° la *rétine*, 2° la *papille*, 3° le *nerf optique*;

1° La *rétine* présentait des altérations de la couche des cellules nerveuses caractérisées par une série de modifications : gonflement nucléaire, désintégration protoplasmique, etc., entraînant la destruction de ces éléments; altérations tout à fait semblables à celles qui frappent les cellules nerveuses de l'écorce dans la paralysie générale.

2° La *papille* dont les fibres nerveuses disparues dans un cas étaient atrophiées dans un autre, était en outre envahie plus ou moins par les éléments proliférés des tissus conjonctif et névroglique, infiltration allant du degré le plus faible jusqu'à la sclérose. L'artère et la veine centrales présentaient elles aussi un épaisissement variable de leur tunique externe.

3° Le *nerf optique* enfin était le siège d'une prolifération plus ou moins grande du tissu interstitiel : augmentation considérable du nombre de ses cellules névrogliques, épaississement des travées conjonctives, prolifération des cellules conjonctives de sa gaine piale, altérations diverses des fibres nerveuses.

Si nous rapprochons maintenant les résultats de notre étude histologique des données fournies par l'examen ophtalmoscopique, nous trouvons que, à des lésions prononcées constatées cliniquement, correspondaient des altérations avancées des éléments anatomiques, et qu'à des lésions à peine perceptibles à l'ophtalmoscope correspondaient des altérations moins avancées, mais déjà notables de ces mêmes éléments. En effet, chez le malade B... la demi-sphère temporale de la papille droite était très réfringente, presque nacrée et nous avons vu, grâce à l'examen histologique,que cette même région était le siège d'une prolifération du tissu conjonctif incomparablement plus prononcée que dans tout autre point. Chez le malade S..., les lésions étaient moins prononcées, l'ophtalmoscope annonçait simplement une papille pâle décolorée et floue, le microscope nous a montré une prolifération des éléments conjonctifs beaucoup moins marquée que dans le premier cas. Dans l'un et l'autre cas enfin, l'œil qui paraissait normal à l'examen ophthalmoscopique présentait quelques-unes des lésions rencontrées du côté malade, mais à un degré beaucoup moindre.

L'histologie nous permettait-elle de déterminer la nature de ces lésions? Nous ne tenterons pas quant à présent de différencier les altérations des cellules nerveuses de la rétine de celles que l'on rencontre dans les autres affections et plus particulièrement dans le tabes. Pour ce qui concerne la névrite interstitielle, la prolifération du tissu conjonctif, l'épaississement de la paroi des vaisseaux plaidaient également pour une origine alcoolique ou syphilitique et il ne fallait pas songer à rapporter à l'une plutôt qu'à l'autre de ces causes les lésions observées.

Par contre, quelques faits acquis nous permettent de les distinguer de celles observées dans le tabes. En effet, comme l'ont montré Grosz, Elschnig et Moxter entre autres, la névrite du tabes débute à la périphérie et les altérations diminuent d'intensité au fur et à mesure qu'on remonte vers le cerveau, c'est ainsi que dans un cas que nous étudions actuellement, la sclérose périvasculaire extrêmement marquée dans le voisinage du globe oculaire l'est infiniment moins près du chiasma; dans les cas de névrite paralytique que nous avons examinés, les lésions sont au contraire dis-

séminées, et les altérations du nerf optique suivent plutôt une marche descendante qu'une marche ascendante comme dans le tabes; les lésions parenchymateuses sont moins marquées dans la paralysie générale; enfin sur une section transversale du nerf optique le tissu de sclérose apparaît sous forme d'îlots périvasculaires non reliés entre eux dans le tabes tandis que dans la névrite paralytique c'est le réseau entier des capillaires qui est le siège de sclérose, celle-ci serait en somme insulaire dans le tabes et annulaire dans la paralysie générale. Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur ces différences ultérieurement.

CONCLUSIONS

De l'examen ophtalmoscopique de nos 51 paralytiques généraux il ressort ce qui suit :

I. — La majorité de ces malades hommes, internés à l'asile d'Armentières présentent de notables lésions du fond de l'œil; il n'y a guère que ceux qui sont en rémission qui n'en présentent point.

II. — On trouve chez 7 malades dont la paralysie générale a déjà atteint une période avancée, 5 fois de l'atrophie papillaire blanche, une fois de l'atrophie grise, une fois une sclérochoroïdite postérieure bilatérale sans myopie.

III. — On rencontre encore un état de la papille pâle, comme lavée, chez 13 paralytiques.

IV. — Chez 22 autres on observe un aspect flou d'un segment de la papille, soit externe, soit interne, soit inférieur, soit supérieur, avec bord indécis. Ces deux aspects sont des états préliminaires de l'atrophie papillaire.

V. — Enfin, chez les paralytiques généraux en rémission ou atteints d'une forme lente à longue évolution, il a été impossible de trouver aucune lésion ophtalmoscopique.

VI. — L'examen ophtalmoscopique a été en tous points confirmé par l'examen microscopique, il s'agit, même dans les cas les moins accentués, d'une papillite et d'une névrorétinite présentant les mêmes caractères que la méningo-

encéphalite chronique diffuse : infiltration des éléments nobles de la papille et du nerf optique par des cellules conjonctives et névrogliques, épaississement de la trame conjonctive du nerf, altérations diffuses des cellules ganglionnaires et des fibres nerveuses de la rétine susceptibles de déterminer dans les cas les plus avancés la destruction totale des cellules nerveuses de la rétine et la production de la sclérose papillaire.

BIBLIOGRAPHIE

Lasègue. — Thèse d'agrégation, Paris, 1863.

Galezowski. — *Union médicale*, 1866.

Bouchut. — Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope, 1866.

Voisin. — *Union médicale*, Paris, 1868.

Magnan. — *Gazette médicale*, Paris, 1868.

Tebaldi. — L'ottalmoscopia nella alienazione mentale, nella epilepsia. *Riv. clinica*, 1870, p. 201, cité par Schmidt Rimpler.

Noyes. — *American Journal of insane*, 1872.

Jehn. — Recherches ophtalmoscopiques chez les aliénés. — *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*, 1873.

Billod. — *Annales d'oculistique*, 1875.

Cliffort Allbutt. — On the use of the ophtalmoscope, p. 364.

Raoult. — Thèse de Paris, 1877.

Gowers. — *A manual and Atlas of medical ophtalmoscopy*, London, 1879.

Boy. — Étude clinique du fond de l'œil dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1879.

Nettleship. — *Ophtalmol. Hosp. Rep.* vol. IX, p. 178.

Hirschberg. — Sehstœrungen bei Progressiver Paralysie. — *Neurolog. Centralblatt*, II, 1883.

Uhthoff. — Ueber ophtalmoskopische Untersuchungen bei Geisteskranken. *Bericht der ophthalmolog. Gesellschaft zu Heidelberg*. 1883, S. 139.

Peltesohn. — Ursachen und Verlauf der Sehenervenatrophie. — *Centralblatt fur praktische Augenheilkunde*, 1886.

Siemerling. — Pupillen reaction und ophtalmoscopischer Befund bei Geisteskranken Frauen. — *Charite Annalen*, 1886.

Klein. — Augenspiegelstudien bei Geisteskranken. *Wiener medic. Presse*, 1887, n° 3.

Wiglesworth. — Note on Optic Nerve Atrophy preceding the men-

tal symptoms of general Paralysis. — *Journal of mental science*, 1889.

Gilbert Ballet. — Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive. — *Progrès médical*, juin 1893.

Neil Jameson — The eye Symptoms of early paresis. — *New-York American Journal of insane*, janvier 1895.

Moxter.— Atrophie des Opticus bei Tabes. *Demonstration im Verein fur innere Medicin zu Berlin*, 10 juin 1895, cité par Schmidt Rimpler.

Dawson, R., and Rambaux. — Analysis of the ocular phenomena in forty cases of general paralysis of the insane. — *The British med. Journ.*, 1898.

Kéraval. — Le diagnostic de la paralysie générale. — *Echo médical du Nord*, avril 1898, n° 66.

Schmidt Rimpler.— Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen krankheiten, p. 288, Wien, 1898 (Spec. path. von Nothnagel.

Grosz E.-V. — L'Atrophie tabétique des nerfs optiques. *Annales d'Oculistique*, sept. 1898).

Elschnig. — Zur Anatomie der Sehnervenatrophie bei Erkrankungen des centralnervensystems. *Wiener Klin Wochenschrift*, n° 2, 1900.

Reznikow (analyse Kéraval). — Des modifications du champ visuel chez les paralytiques généraux. — *Obozrénié psychiatrii*, V, 1900; *Archives de Neurologie*, juin 1902.

Assistance des épileptiques.

La *Lanterne* du 3 décembre rapporte le fait suivant : Henri Séchet, âgé de vingt-six ans, épileptique, à demi-idiot, habitant Yrré-le-Polin (Sarthe), a trouvé la mort dans d'horribles circonstances. Le pauvre diable avait élu domicile dans une vieille maison en ruine, dont il ne subsiste plus guère que le four, très vaste, où Séchet couchait et dans lequel il n'hésitait pas à allumer du feu. Une voisine inquiète de ne pas voir l'*idiot* eut l'idée de se rendre aux ruines. Elle trouva le malheureux en proie à d'horribles douleurs. Un médecin, mandé en toute hâte, constata que l'infortuné portait des brûlures au dos, à la poitrine, à l'abdomen et au ventre. Pendant cet examen médical, Séchet rendit le dernier soupir. On suppose qu'il se sera endormi alors que le feu était encore allumé dans le four et que, pendant qu'il était en proie à sa *crise d'épilepsie*, ses vêtements se seront enflammés. — D'où la nécessité de l'*Hospitalisation des Epileptiques*.

CLINIQUE MENTALE.

Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire [1] ;

Par le Dr J. SÉGLAS,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

S'il est une question sujette, aujourd'hui encore, à bien des controverses, c'est celle de l'évolution des obsessions. L'opinion généralement admise en France, d'après l'enseignement de Falret, de M. Magnan, est que l'obsession n'évolue pas, ne se transforme pas, n'aboutit jamais au délire proprement dit.

Cette proposition me paraît très discutable. En 1889, je signalais déjà à la Société médico-psychologique [2] des exemples montrant que les obsessions pouvaient déterminer à leur suite l'apparition d'un véritable délire. A plusieurs reprises, dans mes leçons cliniques, à la Société médico-psychologique, j'ai exprimé à nouveau cette opinion [3].

MM. Charpentier [4], Pitres et Régis [5], Lalanne [6] sont, je crois, seuls en France à partager cette manière de voir [7].

A l'étranger, au contraire, elle est beaucoup plus répandue et l'on pourrait, entre autres noms, citer à ce propos ceux de Wille, Mercklin, Sommer, Schuele, Heilbronner, Mickle, Ventra, Bianchi...

[1] Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Grenoble, août 1902.

[2] Séance du 27 mai 1889, *In Ann. med.-psych.*

[3] J. Séglas. *Soc. méd.-psych.*, séance du 26 février 1901.

[4] Charpentier. *Congrès intern. de méd. mentale*, 1889.

[5] Pitres et Régis. *Rapport au Congrès de Moscou*, 1897.

[6] Lalanne. *Rapport au Congrès de Grenoble*, 1902.

[7] Dans son livre sur les *Obsessions* et la *psychasthénie*, paru depuis cette communication, M. Pierre Janet émet aussi le même avis.

Ici, comme en toutes choses, il faut laisser parler les faits ; ils me semblent, d'ores et déjà, suffisamment nombreux et démonstratifs pour lever tous les doutes sur le passage possible de l'obsession au délire confirmé. C'est cette évolution qui fera le sujet de ce travail, dans lequel je me bornerai à exposer les déductions qui résultent de mes observations personnelles (21).

Ces observations ont été l'objet d'une sélection attentive.

Il faut, en effet, se garder de confondre avec les obsessions vraies, ce que M. Magnan appelle les idées obsédantes ou plutôt idées fixes, prévalentes, prépondérantes (Koch, Wernicke), dont la note principale est d'être toujours méconnues par le sujet.

D'un autre côté, il convient de bien analyser les rapports intimes des obsessions avec les phénomènes psychologiques concomitants. En effet, s'il est bien fréquent d'observer à la fois chez un même sujet des obsessions et d'autres symptômes délirants, la portée de ces observations n'est pas toujours la même.

Le plus souvent, il ne s'agit que d'une simple coexistence. L'obsession et le délire ne sont pas directement reliés l'un à l'autre. Ils n'ont d'autre rapport que le terrain commun, de prédisposition, sur lequel ils se sont développés et évoluent chacun pour son compte.

Tous les faits de ce genre ont été soigneusement éliminés de notre étude, pour nous limiter à ces autres cas, sans doute plus rares, mais beaucoup plus curieux, dans lesquels le délire se manifeste comme une émanation directe, une transformation progressive de l'obsession, dont il est parfois possible de saisir sur le fait et d'analyser les phases.

III. — Les formes psychopatiques auxquelles peut aboutir l'obsession varient suivant les circonstances. Ce sont, en général, la mélancolie, la confusion mentale et le délire onirique, les délires systématisés.

(*a*) *Mélancolie.* — Plusieurs cas sont à distinguer :

1° Les uns, peut-être plus nombreux, mais moins intéressants, sont ceux dans lesquels le passage de l'obsession à la vésanie ne se fait que d'une façon *indirecte*. Ce sont, par exemple, ceux dans lesquels on voit se développer chez un obsédé, sous l'influence de causes banales, un accès mélan-

colique s'accompagnant d'idées délirantes dont la teneur rappelle les obsessions antérieures.

Mme ..., atteinte de folie du doute, de scrupules religieux, de doutes sur la valeur de ses confessions, etc., vient à tomber à la suite d'une couche, de la mort de sa mère, d'embarras d'argent survenus au même moment, dans un accès mélancolique anxieux avec idées délirantes de culpabilité et de damnation.

D'autres fois, les obsessions ne jouent que le rôle d'une cause occasionnelle banale, comparable à celui d'une émotion morale quelconque, dans la production d'un accès épisodique de mélancolie, survenant à titre de complication.

Une dame neurasthénique, atteinte de maladie du doute depuis plusieurs années, se trouve assez incommodée de ses obsessions réitérées pour ne pouvoir plus s'occuper de sa maison, de ses enfants. Se sachant malade, elle s'inquiète de ne pas guérir, elle se voit désormais incapable de rendre les services qu'on est en droit d'attendre d'elle, et finalement, tombe dans un véritable accès mélancolique avec idées de ruine, d'auto-accusation.

Ces deux variétés de cas sont à mettre à part et à distinguer de ceux dans lesquels l'obsédé arrive *directement* à la mélancolie par accentuation progressive des symptômes de l'obsession.

Cette transformation peut se faire rapidement pour aboutir à la production d'un accès aigu de mélancolie, le plus souvent de forme anxieuse.

Ces accès de mélancolie, une fois constitués, ne diffèrent guère en eux-mêmes des accès vulgaires. Leurs traits particuliers résident seulement dans leur mode d'apparition et dans le caractère qu'ont les idées délirantes de n'exprimer que la transformation, l'accentuation des anciennes obsessions.

Mme B..., trente ans, est tourmentée depuis plus de dix ans par des obsessions diverses qui n'ont fait que s'accentuer avec l'âge: agoraphobie, et surtout doute, scrupules religieux entraînant des confessions répétées, délire du toucher, craintes de toucher aux objets malpropres et de devenir un agent de contamination..., obsessions presque incessantes depuis plusieurs mois; et les crises angoissantes auxquelles elles donnaient lieu, ont fini par faire place à un état d'anxiété continuelle, jour et nuit. La malade n'est plus en état de discuter ses obsessions et bientôt apparaissent sponta-

nément des idées délirantes de culpabilité, de damnation (elle est une empoisonneuse, elle est damnée, elle est Satan...) qui durèrent pendant huit mois.

En pareille occurrence, il importe de distinguer soigneusement ces états mélancoliques des crises d'obsessions subintrantes, qui semblent empiéter les unes sur les autres et déterminer un véritable état de mal obsédant dont la durée peut se prolonger des semaines et même des mois, en revêtant les apparences d'un véritable accès vésanique[2].

Dans d'autres cas, la marche est moins aiguë et l'on assiste à une évolution progressive de l'obsession vers un délire mélancolique caractérisé (délire systématisé secondaire). Le malade, comme le dit Schuele, accepte l'idée obsédante qui prend place au milieu de ses autres pensées ; la séparation disparaît et l'idée obsédante devient un délire véritable. C'est ainsi qu'on voit certains malades passer du doute à la croyance, d'un simple scrupule conscient à l'auto-accusation délirante[2].

Mme R..., trente-deux ans, avait déjà, étant jeune fille, la crainte d'une grossesse si elle se mariait, à cause des douleurs de l'accouchement. Après son mariage, contracté à l'âge de vingt ans, cela devint une véritable phobie. Malgré la cessation de tous rapports sexuels, les obsessions persistèrent, revêtant la forme d'une sorte de maladie du doute avec délire du toucher : craintes de toucher la literie, le linge de son mari de peur d'y rencontrer des taches de sperme et des poussières qui, en se détachant, auraient pu se déposer sur elle et pénétrer dans la matrice. Doutes incessants, interrogations réitérées à ce sujet, sans arriver à calmer l'angoisse. Lavages répétés des mains, des organes génitaux ; port d'une sorte de ceinture de chasteté recouverte de deux pantalons étroitement fermés et serrés aux genoux, pour calmer les crises angoissantes, dont la volonté et le raisonnement sont impuissants à la débarrasser, bien qu'en dehors des paroxysmes elle les juge dénuées de fondement.

Plus tard, crainte du contact de tout individu du sexe masculin, dans la rue, en omnibus. Elle ne peut sortir qu'accompagnée d'une femme de chambre, et cette précaution n'évite pas les interrogations consécutives, les doutes angoissants. Elle en arrive

[1] Ne pouvant rapporter ici les observations détaillées, nous nous bornons à indiquer les traits principaux en rapport avec l'évolution symptomatique.

[2] J. Séglas. *Leçons cliniques*, p. 84.

même à la peur de rencontrer des chiens, qui pourraient éjaculer sur ses vêtements.

Les choses étaient restées dans cet état, lorsqu'il y a deux ans, à la suite d'une période pendant laquelle les obsessions avaient été plus intenses, plus répétées, l'anxiété presque continuelle, Mme R..., à l'occasion de ses règles, très normales cependant, manifeste l'idée qu'elle fait une fausse couche, suivie rapidement d'une série d'idées, de teinte mélancolique, franchement délirantes. Elle est enceinte sans savoir de qui ni comment. Elle est une prostituée; elle s'est fait avorter; craintes de poursuites, du déshonneur, de la ruine pour sa famille, de la damnation. Elle est un monstre, elle fait horreur à tout le monde, etc. Tentative de suicide.

Aucun changement pendant dix mois. A cette époque, nouvelles idées délirantes hypocondriaques. Elle a la matrice désorganisée, le ventre gangrené. C'est la conséquence de son avortement, la punition de sa faute...

Peu à peu l'anxiété se calme, les idées délirantes persistent, mais gravitent dans un cercle de plus en plus restreint; rabâchage monotone; l'état de la malade rappelle celui des gémisseurs de Morel.

(*b*) *Confusion mentale; délire onirique.* — Il n'est pas exceptionnel de voir l'obsession déterminer certains états délirants auxquels on pourrait appliquer l'épithète générale de confusion mentale.

Cette confusion mentale résulte de deux éléments : d'une part, torpeur, impuissance intellectuelle; de l'autre, automatisme des idées aboutissant parfois à un véritable délire à forme de rêve. Il n'y a là, en fait, que l'exagération de ces troubles intellectuels particuliers, de caractère aboulique, que l'on retrouve toujours chez les obsédés et qu'ils traduisent eux-mêmes en disant, par exemple : « Ma tête travaille toujours et cependant je reste fixé sur une chose, sans aboutir à rien ».

Suivant les cas, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre de ces deux éléments qui prédomine dans le tableau clinique.

L'état de torpeur intellectuelle peut être plus ou moins accentué, depuis le simple engourdissement jusqu'à la confusion mentale et même jusqu'à la stupeur. Ces accès de stupeur peuvent être quelquefois très courts et disparaître en quelques jours; mais il est des cas où je les ai vus durer beaucoup plus longtemps, pendant plusieurs semaines.

J'ai observé un jeune homme de dix-sept ans, atteint de maladie du doute (scrupules, interrogations, manie du pourquoi, recherche angoissante du mot) qui, du fait même de ses obsessions, de plus en plus absorbé par elles et indifférent aux choses extérieures, a fini par verser de l'état de distraction, presque habituel aux obsédés, dans un état de stupeur complète, avec troubles vaso-moteurs, refus d'aliments, manie lectuaire, mutisme. Lorsqu'on le secouait fortement, il levait la tête, regardait autour de lui d'un air égaré, comme un dormeur qui s'éveille. « Quoi ? » disait-il seulement, puis il retombait immédiatement dans son immobilité silencieuse. Cet état dura plus de deux mois.

Schuele a bien étudié l'état d'excitation intellectuelle automatique, de mentisme, si fréquent chez les obsédés. « Poussé par une force irrésistible, dit-il, le malade est contraint de suivre cette marche pathologique des idées qui devient de plus en plus rapide, jusqu'à ce que, enfin, toutes ses pensées se perdent dans un chaos confus. Des nuages obscurcissent de plus en plus son intelligence où tout devient obscur, et la pensée est absolument arrêtée. »

« Je suis continuellement distrait, me disait un malade atteint de la folie du doute ; malgré tous mes efforts, je regarde sans voir, j'écoute sans entendre, et pendant tout ce temps mes idées me travaillent, partant de l'objet que j'ai à la main pour arriver au Kamtchatka, et cela n'a pas de raison de s'arrêter. »

C'est là l'état habituel et nous sommes encore dans le domaine de l'obsession simple ; que les choses viennent à s'accentuer et l'on assiste à un véritable délire à forme de rêve, qui peut durer plusieurs jours et même plusieurs mois.

J'ai soigné pendant plusieurs années un homme de trente ans, atteint de maladie du doute avec scrupule de toute espèce, notamment doute d'avoir pu frapper ou blesser quelqu'un malgré lui. A deux reprises différentes, j'ai observé chez lui le fait suivant : Il avait lu dans un journal le récit d'un crime dont l'auteur restait inconnu. Cette lecture provoqua chez lui d'abord une crise de ses obsessions habituelles, puis, quelques jours après, la crainte obsédante d'avoir pu commettre le crime dont il avait lu le récit. Après une courte période de doute conscient à ce sujet, il en arriva à se croire véritablement coupable et à raconter toutes les circonstances de son crime imaginaire, la façon dont il l'avait préméditè et commis, le mobile, comment il avait pu échapper à la justice, avec un luxe de détails qui n'existaient nullement dans son journal

et une telle précision qu'il semblait évoquer et revivre des scènes qu'il aurait réellement vécues. Aucun argument ne pouvait le convaincre de son erreur. Ce délire particulier, à forme de rêve, dura chez lui presque un mois à chaque fois.

Les cas de ce genre me semblent correspondre à ce que Schuele a signalé en pareille circonstance sous le nom de « délire systématisé aigu ». Mais il en est d'autres dans lesquels les mêmes phénomènes se répètent et finissent par constituer un délire qui, tout en gardant les mêmes caractères, est beaucoup plus prolongé encore. Il arrive même souvent, en pareil cas, que ce délire s'alimente dans un rêve nocturne, précisant en quelque sorte le contenu de l'obsession, rêve qui se prolonge pendant la veille et qui, se renouvelant ou se développant les nuits suivantes, donne au délire qui en résulte une sorte de stabilité, favorisée encore par les troubles intellectuels fondamentaux d'aboulie, les paramnésies, les altérations de la perception extérieure, de la cœnesthésie... Par leur origine et leurs caractères intrinsèques, ces délires méritent bien le qualificatif d'oniriques.

Leur notation n'a rien, d'ailleurs, qui puisse nous surprendre, si nous nous rappelons la fréquence, chez les obsédés, surtout les scrupuleux, de rêves en rapport avec l'obsession, et les analogies profondes que présente leur état mental fondamental avec celui des malades chez lesquels on observe d'ordinaire les délires oniriques.

Mme L..., cinquante-un ans, a eu, depuis l'âge de quatorze ans, des obsessions diverses qui, depuis, n'ont toujours fait que croître en intensité et en fréquence. C'était surtout des obsessions de doute multiples, parmi lesquelles figurait au premier plan, depuis son mariage, la crainte de tromper ou d'avoir trompé son mari malgré elle.

Depuis une dizaine d'années, ces obsessions, qui se présentaient jusque-là sous la forme classique, se sont quelque peu modifiées. Souvent, les interrogations que se pose la malade font place à une certitude par une sorte de confusion entre le souvenir du fait réel qui reste incertain et les associations d'idées qu'il réveille actuellement. L'événement qu'elle redoute se précise ainsi petit à petit et devient si net dans son esprit qu'elle se le représente comme elle pourrait se représenter une chose qui serait réellement arrivée. Cela est tellement net qu'elle ne doute plus et finit par affirmer : « Je me souviens! » Quelques jours après la crise, elle juge sainement les choses et se dit : « Suis-je bête (*sic*) d'avoir eu

ces idées. » Ce qui ne l'empêche pas d'être reprise par d'autres toutes semblables.

Cela a encore duré ainsi un certain temps. Mais, depuis deux ans, les faux souvenirs, à force de se répéter, ont fini par acquérir la précision des souvenirs réels et par ne plus être appréciés, à aucun moment, à leur juste valeur. De plus, ils se soutiennent et s'enchaînent les uns aux autres, et se relient également à des rêves hypnagogiques, représentant à la malade tous les faits qu'elle redoute d'avoir accomplis. Elle rêve ainsi qu'elle se relève la nuit, sans prendre à peine le temps de se vêtir, pour descendre se livrer dans la rue au premier venu. Elle voit son complice, entend la voix des passants, ressent le froid de la nuit sur ses épaules, éprouve des sensations génitales suivies au réveil d'un sentiment de fatigue... Ces rêves, qui se renouvellent la nuit, persistent dans la veille. Mme L... en arrive ainsi à se créer rétrospectivement une existence tout imaginaire de véritable prostituée. Elle décrit toutes les scènes érotiques qu'elle aurait accomplies, les revoit dans son imagination, en retrace les principaux détails d'une façon aussi précise que si elles avaient réellement eu lieu. Aussi, son doute n'existe-t-il plus à proprement parler, « car, dit-elle, comment pourrais-je me représenter tout cela si je ne l'avais pas réellement fait. Je ne rêve pas, allez, je me souviens. »

(c) *Délires systématisés.* — L'analogie qui existe entre les obsessions en général et les délires systématisés paranoïaques a, depuis longtemps, frappé les observateurs à tel point que certains d'entre eux (Arndt, Morselli...) ont qualifié l'obsession du nom de paranoïa rudimentaire.

Un argument à l'appui de cette manière de voir pourrait être tiré de ces cas, peut-être rares, mais nullement exceptionnels, dans lesquels on voit l'obsession évoluer et passer par des transitions insensibles à l'idée fixe et au délire systématisé.

Petit à petit, le malade perd vis-à-vis de ses obsessions tout pouvoir de critique, de contrôle ; il ne la sépare plus de ses autres idées ; il l'accepte, il ne discute plus, ne doute guère et souvent même il croit. Cependant, son intelligence n'est pas absolument passive, mais son activité n'intervient plus pour lutter, pour contrôler le caractère pathologique du phénomène. Elle cherche, au contraire, à l'interpréter comme un fait acquis accepté comme réel. C'est la voie ouverte aux interprétations du délire systématisé.

Un jeune homme est atteint, depuis l'âge de dix-sept ans, d'obsessions anxieuses diverses, surtout sous la forme de maladie du

doute avec préoccupations d'ordre génital : craintes d'avoir commis des actes inconvenants en public, d'avoir souillé telle ou telle personne, d'avoir eu inconsciemment des rapprochements sexuels anormaux; attraction mêlée de crainte du contact de choses répugnantes.

Intermittentes d'abord, les crises obsédantes se sont de plus en plus rapprochées, presque incessantes. En même temps, l'angoisse concomitante devient moins intense; le malade lutte moins, est plus passif, plus « indifférent », sa critique faiblit parallèlement et, dans certaines occasions, le doute fait place à la certitude. L'exécution de l'acte inconvenant ou immoral, tout en restant un sujet de scrupules, n'est plus alors une crainte, c'est un fait certain et affirmé péremptoirement. Ce n'est plus un simple doute, mais une idée d'*autoaccusation* formelle, nettement délirante.

Plus récemment, se sont manifestés d'autres symptômes : idées de persécution s'accompagnant d'interprétations délirantes et même d'hallucinations. Elles se relient aux idées d'autoaccusation, et trouvent leur explication dans les inconvenances que le malade a commises ou pu commettre.

Idées d'un complot formé contre lui par des personnes désignées, voix injurieuses, idées d'empoisonnement, injection de virus pendant le sommeil, etc.

Une dame que je connais depuis plus de quinze ans, a présenté dès sa jeunesse des obsessions rupophobiques : angoisses déterminées par la vue d'objets sales et répugnants, ou même par l'audition de mots éveillant l'idée de malpropreté : crainte des souillures de l'âme, du péché, scrupules. Ce sont ces dernières obsessions qui, plus tard, se sont placées au premier plan. Elles ont fini par amener la malade à se considérer comme un être privilégié éprouvé par le martyre et réalisant l'idéal de la pureté. Elle a souffert la passion, dit-elle en parlant de ses obsessions premières ; elle fut « dolorosa », mais elle a été « sacrée par Dieu... », etc.

Les conceptions délirantes qui forment le thème de ces délires systématisés peuvent être en pareil cas de nature très diverse : idées hypocondriaques, idées religieuses, idées de persécution, idées d'auto-accusation, ou même idées orgueilleuses. Les plus fréquentes, d'après notre observation personnelle, sont les idées de persécution.

Il est, à ce propos, une remarque intéressante. C'est que presque toujours ces idées de persécution expriment, de la part du malade, l'idée d'une contrainte subie ; ils invoquent l'hypnotisme, la suggestion... Souvent même, ces caractères s'accentuent et les délires revêtent la forme que nous avons

décrite sous le nom de variété psycho-motrice des délires de persécution, avec tout ce cortège de symptômes qui se résument dans un véritable dédoublement de la personnalité, s'exprimant même parfois par des idées de possession.

Mlle J... présente, depuis l'âge de dix-huit ans, des obsessions de doute sous forme d'interrogations; recherches métaphysiques. Plus tard, idées obsédantes à forme de contraste; manie blasphématrice, impulsions à blasphémer en priant à l'église, à frapper les personnes qu'elle aime le mieux; doutes sur l'exécution de ses diverses impulsions. A l'âge de vingt-quatre ans, Mlle J..., qui, jusque-là, avait eu pleine conscience de ses obsessions, arrive à les considérer comme le fait d'un mauvais esprit. Elle qui disait auparavant, en s'analysant très justement : « c'est comme s'il y avait en moi une seconde pensée qui me contredit toujours et me pousse au mal quand j'ai l'idée du bien », finit par se croire réellement le jouet d'un être malfaisant, d'un démon qui la possède, s'oppose à tous ses actes, l'inspire et la dirige à son gré. et sa conviction est telle qu'elle ne voit plus de secours que dans l'exorcisme.

Mlle F... avait commencé par avoir des obsessions d'onomatomanie et d'arithmomanie (recherche angoissante du mot, obsession du chiffre 3 intervenant dans tous ses actes : lettres à vérifier trois fois, portes à fermer trois fois, etc.).

Ne pouvant, malgré ses efforts, se débarrasser de ces « manies » qu'elle trouvait absurdes et qui l'entraînaient à des actes de plus en plus extravagants, elle en vint à soupçonner qu'ils lui étaient imposés par certaines personnes voulant lui jouer de mauvaises farces et douées d'un pouvoir surnaturel. Une fois sur cette voie, les interprétations ne se font pas attendre, puis les idées de persécution caractérisées, de plus en plus systématisées, avec hallucinations d'abord sensorielles, puis surtout psycho-motrices.

Il y a deux points particuliers à noter dans ce délire de persécution. C'est d'abord qu'il a son aliment principal dans les obsessions onomatomaniaques qui n'ont cessé de persister. Les persécutions, en effet, consistent surtout dans la recherche de mots ou de séries de lettres qui sont imposés à la patiente comme un problème à résoudre et dont elle est forcée de trouver la solution sous peine de souffrance et d'agitation.

En second lieu, c'est la présence d'idées de défense correspondant à la solution de ces problèmes onomatomaniaques et qui, par leur organisation en système, leur opposition constante avec les idées de persécution, la présence de phénomènes psychomoteurs divers correspondant à ces deux ordres d'idées, constituent un véritable dédoublement de la personnalité.

A côté de ces faits dans lesquels l'évolution de l'obsession au délire systématisé est nettement caractérisée, on rencontre des cas beaucoup moins accentués. Ce sont ceux dans lesquels la psychose n'est encore qu'en voie d'organisation et que MM. Pitres et Régis ont signalé sous le nom de *cas de transition.*

Mlle M..., âgée de vingt-six ans, est atteinte, depuis plusieurs années, d'obsessions de doute très caractérisées; scrupules, besoins de confessions réitérées, craintes de certains contacts, lavages des mains.

Cette demoiselle qui, pendant longtemps, avait eu conscience du caractère pathologique de ses « manies », comme elle disait elle-même, se refuse à l'admettre maintenant; bien plus elle tend à les regarder comme la preuve d'une sorte de supériorité. Elle a une réponse prête à toute objection, une justification de tous ses actes, et ses scrupules divers ne sont plus pour elle que les preuves d'une conscience morale affinée, plus délicate que celles des autres personnes et qui dépasse l'intelligence de ses contradicteurs.

IV. — Quelles sont, parmi les obsessions, celles qui sont susceptibles des différentes transformations que nous venons de décrire.

D'après Pitres et Régis, les formes qui aboutissent au délire systématisé sont les états obsédants à symptômes surtout intellectuels, et celles qui versent dans la mélancolie anxieuse, les états obsédants à symptômes surtout émotionnels, c'est-à-dire les phobies.

Mes observations personnelles ne m'autorisent pas à partager cette manière de voir, applicable peut-être à quelques cas particuliers. Je croirais plus volontiers que les obsessions qui peuvent aboutir à des accidents vésaniques caractérisés, quelle qu'en soit la forme, sont surtout les obsessions dites intellectuelles et, en particulier, les différents types décrits sous le nom général de maladie du doute.

Je serais d'ailleurs assez disposé à croire que la maladie du doute mériterait déjà de constituer, dans le cadre des obsessions, une variété à part, intermédiaire aux obsessions et aux formes vésaniques caractérisées, les délires systématisés en particulier. Ce serait surtout celles-là auxquelles pourrait s'appliquer le terme de *Paranoïa rudimentaire.*

S'il est très difficile d'établir des rapports entre la forme

de l'obsession et son évolution vers le délire, on peut se demander s'il n'existe pas, dans tel ou tel cas donné, des symptômes de nature à faire craindre cette évolution.

Les éléments de pronostic me paraissent devoir être tirés, non pas de la forme de l'obsession, mais du complexus symptomatique et de l'analyse de l'état mental sous-jacent

On se borne généralement à n'envisager, dans l'obsession, qu'un certain groupe de symptômes directement reliés à la crise obsédante, et si l'on veut pénétrer plus avant dans leur pathogénie, ce n'est guère que pour discuter les rapports de subordination réciproques entre les troubles émotionnels et l'idée obsédante. Cela peut avoir quelque intérêt, mais ce n'est qu'une des faces de la question. Une autre, non moins intéressante et beaucoup plus importante pour le clinicien, c'est l'étude de l'état mental sous-jacent, interparoxystique [1], et l'analyse de modifications intellectuelles variables qui peuvent imprimer leur marque à l'obsession elle-même et faire les malades si différents les uns des autres, fussent-ils atteints de la même forme d'obsessions.

Que ces modifications se résument dans leur ensemble en des troubles de synthèse mentale, à caractère d'insuffisance, en une dissociation spéciale de la conscience personnelle, les détails n'en diffèrent pas moins suivant les individus ou chez le même individu suivant les étapes, et la durée de la maladie.

Tantôt le défaut, l'insuffisance de synthèse se manifestent dans le domaine de la perception, soit qu'elle porte sur les objets ou sur les faits du monde extérieur, soit qu'elle s'exerce sur les sensations internes, sur les divers éléments de la cénesthésie. Tantôt c'est dans le domaine des souvenirs, et c'est ainsi que prennent naissance les paramnésies spéciales, si fréquentes en particulier chez les douteurs. D'autres fois, c'est l'idéation, l'association des représentations mentales qui se trouve intéressée, comme dans les cas si nombreux de contraste psychique dont viennent se plaindre les obsédés.

Ajoutons à cela l'existence, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, de phénomènes spéciaux d'automatisme sous forme de tendances impulsives avec illusions ou hallucina-

[1] Voir J. Séglas. *Leçons cliniques* et *Soc. méd. psych.*, février 1901.

tions kinesthétiques, de pseudo-hallucinations (au sens de Kaudinsky), d'hallucinations verbo-motrices plus ou moins développées, mais d'observation presque courante, enfin, de véritables hallucinations sensorielles.

Il importe également de tenir compte de la fréquence des paroxysmes, de l'intensité et de la durée des phénomènes émotionnels concomitants, en raison même du pouvoir de dissociation qu'exerce l'émotion sur les différents éléments de la pensée.

Si ces différents troubles psychologiques sont plus faciles à saisir lorsqu'on les considère dans leurs rapports directs avec l'obsession, ils ne se manifestent pas moins en dehors d'elle, dans l'exercice général de l'intelligence, dans les troubles de l'attention, les défaillances de la mémoire, l'insuffisance de la volonté.

Ce sont là des désordres psychologiques divers que l'on peut trouver non seulement isolés, mais réunis chez un même malade, et cette notation n'est pas de peu d'importance au point de vue du pronostic, pour déterminer l'atteinte plus ou moins profonde de l'intelligence, l'envahissement plus ou moins prononcé par l'obsession.

V. — Indispensables pour le pronostic, ces notions ne sont pas moins utiles pour se rendre compte du mécanisme de la transformation de certaines obsessions, de leur évolution vers le délire. Toutes aboutissent, en dernier terme, à l'existence, chez les obsédés, d'un trouble de la conscience personnelle sur lequel nous avons insisté autre part et auquel, à notre avis, on n'attache pas assez d'importance. Même chez les obsédés qui se rendent compte de leur état, cette division de la conscience n'en existe pas moins déjà dans l'intervalle des crises, comme à l'état latent, constituant une sorte de diathèse mentale particulière qu'on pourrait appeler avec Tanzi diathèse d'incoercibilité psychique.

L'idée obsédante n'en est que la manifestation ultime, la plus parfaite ; car elle est constituée par un groupement, une synthèse partielle de certains faits psychiques qui, loin de s'assimiler à la synthèse principale représentant la conscience personnelle, entre en lutte avec elle et l'envahit à chaque instant, en se mêlant aux autres pensées.

Dans certaines circonstances, comme lorsque le sujet cède à son obsession, cet envahissement devient tel qu'il absorbe

momentanément à son profit presque tout le champ de la conscience. La lutte disparaît et tous les éléments psychiques semblent se grouper en une seule synthèse, en un état de conscience unique. Mais celui-ci n'est justement que le dernier terme d'épanouissement de la synthèse pathologique, la manifestation la plus nette de l'asservissement et de l'éclipse momentanée de la conscience personnelle. C'est là, dans cette dissociation de la conscience personnelle, dans son obnubilation passagère, dans son asservissement plus ou moins durable que nous trouverons la clé du mécanisme qui pourra déterminer le passage de l'obsession au délire.

Que les différents troubles psychiques examinés plus haut figurant à l'origine de l'obsession et présentant tous le même caractère de synthèse mentale insuffisante, viennent à se multiplier, à s'exagérer d'une façon en quelque sorte aiguë, et nous assistons alors, suivant les cas, à ces états de stupeur, de confusion mentale, à ces délires de rêve que nous avons signalés, ou bien à des états à forme de mélancolie anxieuse. Mais le bouleversement peut n'être pas aussi brusque. Le processus de désagrégation psychologique s'accentue de jour en jour; en raison même de leur répétition. les synthèses partielles correspondant aux idées obsédantes deviennent de plus en plus stables et précises, en même temps qu'elles s'accroissent d'éléments nouveaux. C'est une sorte de travail de pénétration lente aboutissant à l'appauvrissement de plus en plus prononcé de la conscience personnelle dont le rôle de réducteur finit par devenir impossible. Il n'y a plus de contrôle, de critique; la lutte, le doute font place à l'adaptation, à la croyance.

L'idée obsédante prend définitivement place au milieu des autres pensées. Elle fait désormais partie intégrante de l'être psychique. Souvent les choses en restent là; mais, d'autres fois, sur ce terrain ainsi préparé, on voit se manifester ces tendances logiques, inconscientes et générales de l'esprit humain, provoquant l'interprétation, la justification d'un état de conscience contre lequel le malade ne lutte plus, mais qui est désormais accepté. C'est ainsi qu'il s'engage sur la voie des délires systématisés.

Ces considérations nous expliquent encore la forme que revêtent quelquefois ces délires, les idées de persécution par l'hypnotisme, la suggestion, ou les délires plus accentués de

possession en rapport avec un dédoublement de la personnalité qui ne sont à la fois que l'exagération et la justification délirante de l'automatisme, de la dissociation, du contraste psychique, inhérents à la préexistence et à la persistance de l'obsession.

THÉRAPEUTIQUE.

La Rééducation motrice dans les maladies du système nerveux. — Ses applications à l'ataxie des tabétiques;

PAR M. G. CONSTENSOUX

Ancien interne des hôpitaux,
Chef du service de rééducation et kinésithérapie de la Clinique Charcot (Salpêtrière).

Il n'est plus aujourd'hui de médecin habitué à la pratique des maladies nerveuses qui ne connaisse la rééducation motrice et ne sache que, grâce à cette méthode, il est désormais possible de corriger dans une large mesure un grand nombre des troubles des mouvements, mais bien peu parmi eux se font de la rééducation une opinion à la fois juste et précise : pour les uns, elle consiste en une sorte de gymnastique dont l'emploi serait basé sur cette idée, exacte en elle-même mais un peu trop vague, à savoir que l'exercice perfectionne, tant au point de vue de la quantité que de la qualité, les fonctions de nos organes ; les autres y voient le traitement correctif mais quasi-spécifique de l'ataxie. La première opinion dénote une connaissance par trop superficielle de la question, la seconde ne tient compte que des débuts, des premières tentatives de la rééducation, dont elle ignore le développement actuel : ni l'une ni l'autre ne sont plus de mise aujourd'hui.

Dans ces dernières années, en effet, l'étude des troubles de la motilité dans les affections chroniques du système nerveux a été poussée plus à fond, ils ont été analysés, leur pathogénie commence à s'éclairer dans bien des cas ; en

même temps, on a appris à connaître les diverses variétés de la thérapeutique par le mouvement et par l'exercice, leurs effets, leurs modes d'action, et, par suite, leurs indications : en sorte que désormais la rééducation, loin de représenter une thérapeutique empirique et d'application étroite, est devenue une méthode large dans sa conception, mais précise dans ses applications, éclectique par les procédés qu'elle met en œuvre, déduite logiquement de l'analyse des troubles qu'elle combat, de la connaissance de la physiologie normale et pathologique et du mode d'action des mouvements méthodiques ; elle a pu s'adresser à un grand nombre de syndromes différents depuis qu'elle a su opposer aux divers symptômes des techniques appropriées.

Si la rééducation mérite d'être ainsi comprise, ce serait une tâche singulièrement vaste que d'entreprendre de traiter le sujet en entier, de passer en revue toutes les maladies qui relèvent de cette thérapeutique et d'étudier les procédés qu'il convient d'employer pour chacune d'elles ; aussi n'aborderons-nous que deux des chapitres de cette grosse question.

Nous parlerons d'abord de la rééducation motrice en général, nous chercherons à la définir, à montrer ses principes, ses limites, ses parentés et ses différences avec les autres variétés de la thérapeutique par le mouvement ; nous dirons à quel groupe de maladies elle s'adresse et suivant quelle méthode générale on peut pratiquer utilement la rééducation.

Après quoi, envisageant non pas les applications de la rééducation, mais une seule d'entre elles, une des plus intéressantes, il est vrai, nous indiquerons d'une façon plus spéciale comment il convient aujourd'hui de conduire la rééducation des ataxiques.

I. La Rééducation motrice.

Ce n'est qu'au siècle dernier que les progrès réalisés dans l'étude des sciences physiques, joints à une connaissance plus approfondie de la physiologie et de la pathologie, permirent aux médecins thérapeutes d'utiliser désormais de façon vraiment scientifique les moyens physiques, non pas que la valeur de la plupart d'entre eux fût jusqu'alors méconnue — nous citerons seulement l'exemple des eaux minérales, — mais leur emploi était demeuré tout empirique.

Vers 1820, l'École suédoise, avec Ling et ses élèves, avait commencé d'étudier les effets des diverses variétés de mouvements actifs ou passifs sur les organismes vivants, sains ou malades, faisant bénéficier de ces notions nouvelles non seulement l'hygiène mais aussi la médecine ; désormais la thérapeutique par le mouvement était fondée. Elle devait bientôt se préciser, donnant naissance à des méthodes distinctes : le massage, la gymnastique médicale, la mécanothérapie, par exemple, mais toutes ces méthodes procédaient également du même principe et se proposaient alors le même but : développer *les organes* moteurs, afin d'augmenter et de perfectionner leurs fonctions. C'est aussi cette même idée qui dirigeait les applications faites alors de ces procédés thérapeutiques aux cas de maladies nerveuses ; pour ce dernier groupe d'affections, le besoin ne se faisait même pas sentir de demander davantage à la kinésithérapie, puisque la neuropathologie existait à peine encore, que la plupart des types cliniques qui nous sont aujourd'hui familiers étaient ignorés, et que toutes les variétés de troubles de la motilité notamment étaient alors confondues sous le nom de paralysies, c'est-à-dire considérées comme des phénomènes de déficit dus à la destruction plus ou moins complète des organes moteurs ; tous les efforts des médecins tendaient à la réparation de ces organes, et, si on cherchait, par des procédés mécaniques, à en réveiller les fonctions, c'est qu'on voyait là un moyen de solliciter et de régénérer l'organe lui-même.

De bonne heure pourtant, l'observation des effets produits par l'exercice chez les sujets normaux, enfants ou adultes, et l'analyse de certains succès thérapeutiques dans des cas de lésions incurables fit admettre cette idée nouvelle que si les deux termes organe et fonction, système moteur et mouvement, sont évidemment dans une étroite dépendance l'un par rapport à l'autre, il n'y a pourtant pas entre eux d'équation absolue, que l'appréciation de l'état organique ne donne qu'une mesure très imparfaite de la fonction correspondante, chez un sujet donné, l'état anatomique d'un organe restant le même, son rendement est néanmoins susceptible de se modifier dans une large mesure.

Considérant, par exemple, le système moteur d'un homme de développement moyen, l'observation a de tout temps

démontré qu'en lui imposant un travail régulier et progressif, en le soumettant à certaines pratiques telles que le massage, on voit le volume des muscles et, parallèlement, leur puissance augmenter de façon manifeste : c'est ainsi qu'on fait les athlètes. Mais ce développement porte alors exclusivement sur la quantité de travail possible, et ces mêmes muscles ne seront pas pour cela devenus plus habiles à exécuter un effort pour lequel il faudrait plus de précision que d'énergie. Si, au contraire, le même individu a répété assidûment un mouvement déterminé, si complexe et délicat soit-il, il devient au bout d'un certain temps capable de l'exécuter à coup sûr, sans effort et même sans attention ; les caractères morphologiques et l'apparence extérieure des organes moteurs ne se sont pourtant pas modifiés, c'est leur fonction seule qui s'est spécialisée dans le sens où elle a été dirigée. Un entraînement de ce genre ne sert pas seulement aux individus qui veulent acquérir une habileté exceptionnelle : c'est ainsi que tous nous avons plus ou moins péniblement appris à marcher, à courir, à écrire, à manier les objets les plus variés, à exécuter tous nos mouvements, les mouvements professionnels par exemple.

C'est en tenant compte de l'influence du système nerveux qu'on comprend les effets d'une semblable *éducation ;* les muscles ne représentent que la partie inférieure du système moteur neuro-musculaire, ils ne font qu'obéir passivement aux ordres qui leur sont donnés et transmis par les centres et les conducteurs nerveux ; les organes nerveux au contraire constituent le mécanisme délicat qui commande et règle l'action musculaire. Or, dans le premier cas, c'est le développement des muscles qui a été favorisé ; dans le second, il n'est pas douteux que c'est avant tout le système nerveux qui, par l'exercice méthodique, par l'éducation, a été impressionné. On peut bien admettre qu'en prenant de nouvelles habitudes il a été matériellement modifié, on peut supposer que de nouvelles connexions se sont établies ou affirmées entre les neurones, mais comme ce sont là des hypothèses que nos moyens actuels d'investigation ne permettent pas de vérifier, le seul fait intéressant à constater et à mettre à profit, c'est que, sous l'influence de l'exercice bien dirigé, si les organes moteurs paraissent être demeurés les mêmes, leurs fonctions se sont singulièrement modifiées.

Une pareille idée jetait un jour tout nouveau sur le mécanisme de l'éducation physique : on put comprendre comment celle-ci ne crée peut-être pas, mais éveille, met en évidence et exalte les aptitudes fonctionnelles jusqu'alors plus ou moins latentes des organes qu'elle adapte à des conditions spéciales, en sorte que leur travail utile se trouve, aux points de vue quantitatif et surtout qualiatif, notablement augmenté.

Il n'est pas besoin d'insister pour faire comprendre combien est féconde une pareille conception, quel parti on peut tirer de cette plasticité, de cette susceptibilité de spécialisation et par suite de perfectionnement de nos organes à l'état normal. Il serait intéressant de la montrer se traduisant à chaque instant et pour les organes les plus variés, aussi bien pour le cœur et les vaisseaux dans les affections du système circulatoire, que pour nos moyens de défense contre les infections ; on verrait alors qu'elle n'est qu'une manifestation de propriétés biologiques beaucoup plus générales encore, des facultés de sensibilité, d'adaptation et de mémoire de la matière vivante. Mais ne nous écartons pas de notre sujet.

Les médecins, avons-nous dit, n'ignoraient pas les effets possibles de l'éducation physique et de l'éducation motrice en particulier, mais ce n'était guère que les individus sains qu'ils s'efforçaient d'en faire bénéficier ; pour les malades atteints de troubles moteurs, on cherchait surtout à atteindre et reconstituer l'organe altéré ; quant aux troubles de la motilité dans les maladies nerveuses, ils étaient aussi peu connus que celles-ci elles-mêmes.

Cependant la neuropathologie, créée par Duchenne de Boulogne et Charcot prenait, sous l'influence prépondérante de l'Ecole de la Salpêtrière, le développement le plus rapide ; de nouveaux chapitres s'ouvraient tous les jours en pathologie nerveuse, et bientôt il fallut compter avec tout un groupe de maladies ou de syndromes récemment découverts, le tabes, la maladie de Friedreich, les affections cérébelleuses, les tics, les chorées, les tremblements, la maladie de Parkinson, l'athétose, les myoclonies, les crampes fonctionnelles, toutes affections caractérisées par de gros troubles de la motilité coïncidant avec la conservation de la force musculaire, l'intégrité plus ou moins complète de la fibre musculaire, et la non-abolition des contractions volontaires,

affections dans lesquelles la perte de la fonction semble l'emporter de beaucoup sur l'altération de l'organe.

Le rapprochement devait être tôt ou tard opéré entre de pareilles affections et les notions que nous avons rappelées relativement à l'action de l'éducation organique, mais, s'il nous paraît aujourd'hui si simple et si logique, si nous trouvons si naturel, en cas de perturbations fonctionnelles dues à des causes qui n'ont pas irrémédiablement atteint les organes eux-mêmes, de reconstituer la fonction compromise, au moyen d'un travail d'éducation nouvelle — de *rééducation* — c'est que toutes les idées justes paraissent simples d'après coup, et non pas que celle-ci en particulier fût si facile à découvrir.

En fait, la rééducation n'a pas été constituée depuis de bien longues années en méthode thérapeutique régulière, et les causes de ce retard se comprennent assez bien. C'est d'abord que les idées que nous avons exposées sur l'éducation motrice ne se sont précisées que peu à peu et n'étaient pas dès le début formulées de façon aussi nette ; c'est aussi parce que, tant qu'un syndrome n'est connu qu'au point de vue clinique, sans qu'on en connaisse en même temps les éléments constituants et la pathogénie, nous n'avons pas de guide qui permette de lui opposer une thérapeutique appropriée et par conséquent efficace : ainsi, pour les tics, ce n'est que depuis qu'on connaît leur origine psychopathique qu'on sait aussi les soigner et les guérir ; c'est encore que la rééducation n'est, il faut le reconnaître, qu'un traitement symptomatique et que c'est à défaut de traitement causal qu'on a dû, en bien des cas, se contenter de remédier aux effets de lésions définitives ; enfin, la rééducation a dû préciser et éprouver ses procédés, les approprier aux divers cas, en déterminer les indications et montrer leur efficacité avant de pouvoir prendre rang comme méthode de traitement, or un pareil résultat n'a pas été obtenu sans efforts.

On pourrait bien remarquer que de tout temps l'effort spontané de la nature a favorisé cette susceptibilité de reconstitution des fonctions motrices : c'est ce qui arrive chez les hémiplégiques, par exemple, lorsqu'ils recouvrent partiellement leurs mouvements ; les médecins ont souvent aidé ce travail de réparation en provoquant les mouvements volontaires, mais, s'ils faisaient ainsi jusqu'à un certain

point de la rééducation, c'était inconsciemment. En Suède et aussi en Allemagne et en France, les auteurs qui se sont occupés de thérapeutique par le mouvement régularisèrent quelque peu ces tentatives, et s'ils cherchaient à atteindre surtout l'organe musculaire, leurs écrits montrent que néanmoins ils ne se désintéressaient pas complètement de la fonction, qu'en prescrivant à leurs malades les mouvements volontaires, la gymnastique ou la mécanothérapie, eux qui connaissaient bien l'éducation physique, avaient confusément pressenti les idées qui représentent aujourd'hui les principes de la rééducation. C'est à propos du tabes qu'elles commencèrent à se préciser : en présence, en effet, de l'ataxie, de ce syndrome séparé par Duchenne de Boulogne et Romberg du groupe des paralysies, caractérisé par l'incoordination et non par la perte des contractions musculaires volontaires, plusieurs auteurs avaient essayé de discipliner ces contractions anormales afin d'en rétablir l'harmonie, mais tous ces essais étaient encore empiriques. Au contraire, dans ces dernières années, les principes mêmes de la rééducation ont été nettement établis, ses indications et ses procédés se sont précisés, en sorte qu'elle a pu prendre place parmi les méthodes régulières de la thérapeutique : cette période est marquée par l'influence française.

Le professeur Raymond, en effet, après avoir constaté les premiers succès dus à cette méthode, comprit de bonne heure combien pouvait devenir vaste le champ d'action nouvellement découvert ; il montra la voie à ses élèves, formula les notions essentielles qui constituent la base de la rééducation, il créa le mot même de rééducation, lequel remplaça les appellations vagues dont on s'était servi jusqu'alors ; il commença de faire appliquer ce mode de traitement, non pas seulement à l'ataxie des tabétiques, mais encore à différents autres syndromes moteurs ; enfin, après avoir ouvert ce nouveau chapitre de la thérapeutique par l'exercice, il en écrivit lui-même les premières pages. Plusieurs de ses élèves, M. Faure, Riche et nous-même, l'ont suivi dans la voie indiquée, publiant divers travaux sur ce sujet. Depuis lors, l'idée de rééducation s'est encore étendue par les applications qui en ont été faites aux troubles d'origine psychique (Raymond et Janet) ; le professeur Brissaud nous a appris à traiter les tics suivant la méthode qu'ont exposée ses élèves

Meige et Feindel ; à la clinique Charcot, les procédés de rééducation sont maintenant systématiquement mis en pratique dans le service dont M. Raymond a bien voulu depuis plusieurs années nous confier la direction. Aujourd'hui la question est assez avancée pour qu'il soit possible d'en présenter une vue d'ensemble.

Tout d'abord, les bases de la rééducation sont maintenant bien établies.

Etant donné que tous les mouvements coordonnés normaux n'ont été obtenus chez l'enfant ou l'adulte que par un travail d'éducation spéciale des éléments nerveux qui commandent aux contractions musculaires et en assurent l'harmonie, on peut concevoir que, dans les cas où une perturbation quelconque du système nerveux est venue dérégler ce mécanisme délicat, sans toutefois détruire complètement les éléments du système moteur neuro-musculaire, toutes les fois, notamment, que les contractions volontaires ne sont pas abolies, une éducation nouvelle des centres altérés peut rétablir l'équilibre de ces contractions et, par conséquent, les fonctions perdues ; l'expérience prouve que cet espoir est légitime, — tel est le premier principe de la rééducation motrice. Remarquons qu'il peut s'appliquer aussi bien aux centres supérieurs qui commandent le mouvement qu'aux centres inférieurs qui en règlent le mécanisme.

Il en est un second, qui étend notablement encore notre champ d'action : aucun mouvement n'est réalisé que grâce au concours simultané de plusieurs muscles, et parfois, quand l'un d'eux devient insuffisant, il en est d'autres qui peuvent compenser son action déficiente ; d'autre part, si les fonctions dépendant des centres nerveux moteurs présentent normalement des localisations constantes, cette spécialisation n'est pourtant pas absolue. Si, dans l'enfance, tous les individus sollicitent habituellement un même groupe de cellules centrales pour y développer une fonction déterminée, ce n'est pas qu'elles soient les seules susceptibles de l'acquérir : que ce centre nerveux vienne à être détruit, ou que ses connexions avec la périphérie soient interrompues, il sera encore possible d'attendre d'un autre groupe cellulaire ce que le premier n'est plus capable de donner. De même que certains muscles entre eux, de même aussi les neurones sont dans une assez large mesure capables de se suppléer mutuel-

lement : c'est pourquoi, même en cas de lésions nerveuses profondes, de destruction complète de certains éléments, il y a encore beaucoup à attendre de la rééducation. Les exemples de suppléances musculaires sont banaux, on en observe dans tous les cas où l'action de certains muscles est supprimée, soit temporairement, soit définitivement, et où néanmoins le membre tout entier continue de remplir les fonctions de préhension ou de locomotion, dont le type est alors seulement modifié. Les exemples de suppléances nerveuses ne sont pas rares non plus : nous savons maintenant que les malades aphasiques par destruction de la troisième frontale gauche apprennent à parler avec leur cerveau droit, que les agraphiques ou les sujets atteints de crampe des écrivains arrivent à écrire de la main gauche, c'est-à-dire, eux aussi, avec leur cerveau droit soumis à une éducation spéciale. Cette notion de suppléance est donc, elle aussi, de première importance en matière de rééducation motrice.

La rééducation, c'est-à-dire la méthode basée essentiellement sur ce double principe, pourrait alors être définie l'ensemble des procédés de thérapeutique par les mouvements méthodiques lesquels visent spécialement le rétablissement des fonctions, soit en corrigeant par un entraînement nouveau les anomalies de fonctionnement des éléments nerveux, soit en attribuant à d'autres organes les fonctions primitivement dévolues aux organes détruits.

C'est ainsi qu'il convient de comprendre la rééducation au sens strict de ce mot, et, ainsi entendue, elle est déjà applicable à un grand nombre de syndromes, tels que l'ataxie, les tics, les défauts de prononciation, l'aphasie, et d'une façon générale à tous les cas dans lesquels les contractions musculaires volontaires considérées isolément sont conservées et sensiblement normales, alors pourtant qu'elles se montrent irrégulières dans leurs associations et leur adaptation à une fonction déterminée.

Mais il était logique de chercher à faire bénéficier également des procédés de rééducation d'autres affections dans lesquelles non seulement les adaptations spéciales des contractions musculaires à une fonction donnée sont viciées, mais où ces contractions elles-mêmes sont très diminuées : ainsi en est-il dans les hémiplégies et les paraplégies. L'expérience, en effet, a montré que la répétition des mouvements

volontaires est un bon moyen d'activer les centres moteurs ou de les suppléer et de réveiller, tant au point de vue de la quantité que de la qualité, leurs fonctions perdues. Pourtant les conditions sont ici toutes différentes, puisqu'il s'agit de rétablir non plus seulement les adaptations fonctionnelles mais les mouvements eux-mêmes, et en même temps d'agir sur les lésions organiques des nerfs, des muscles et des articulations, aussi s'est-on gardé de supprimer l'emploi des autres méthodes utiles en pareils cas, massage, électricité, mobilisation passive. Si alors on dit qu'on fait aujourd'hui de la rééducation aux hémiplégiques et aux paraplégiques, si pour certains médecins le sens du mot de rééducation s'est étendu jusqu'à résumer tous les moyens de thérapeutique par le mouvement propre à rétablir les fonctions motrices altérées ou abolies, encore faut-il ne pas se faire illusion sur la valeur des termes ; si on veut adopter cette dernière définition peut-être un peu trop large, on ne doit pas perdre de vue le sens primitif et plus exact du mot rééducation, ni confondre celle-ci avec le massage, la gymnastique médicale ou la mécanothérapie, lesquels peuvent bien en certains cas lui être associés, mais restent des méthodes distinctes dont chacune conserve ses principes, ses procédés et ses indications propres.

L'époque est donc aujourd'hui passée à laquelle le mot de rééducation désignait seulement les tentatives hésitantes faites dans le but de corriger l'ataxie tabétique, ce même mot doit, comme nous l'avons montré, s'appliquer désormais à une méthode générale ; mais la rééducation, pour être opposée avec succès à des affections très différentes entre elles, devra approprier ses manœuvres et ses exercices spécialement à chacune d'elles, et elle n'y réussira que si l'on a au préalable déterminé d'abord de quels éléments sont constitués les troubles moteurs correspondants à chaque cas particulier, et, dans la mesure du possible, quelle en est la pathogénie : alors seulement on pourra décider si, dans l'espèce considérée, la rééducation trouve ses indications, parmi ses procédés quels sont ceux qu'il faut choisir, et avec quelles chances de succès. Nous ne nous étendrons pas sur cette question de diagnostic, car elle nous conduirait à passer en revue toute la pathologie des mouvements ; pourtant il est indispensable de rappeler les

principaux facteurs des troubles moteurs, d'indiquer sur quels points portera en pareil cas l'examen du malade, et quels sont ceux qui comportent des conclusions pratiques au point de vue de la rééducation.

Exécuter un mouvement coordonné volontaire, c'est déplacer par un mouvement régulier dans un sens et une mesure appropriés au but à atteindre les leviers osseux constituant l'armature des membres ou du tronc. Ces déplacements sont déterminés par l'action de ressorts représentés par les muscles : ceux-ci doivent donc jouir de leurs propriétés normales d'élasticité et de contractilité, mais, même en ce cas, ils n'ont pas par eux-mêmes d'initiative propre et ne font qu'obéir passivement aux ordres qui leur sont donnés par les centres nerveux et transmis par les nerfs. Enfin, la sensibilité sous ses divers modes influence à tout instant les centres nerveux et les muscles, et assure d'autre part le contrôle des mouvements exécutés.

Des lésions des os, nous ne dirons rien, car elles n'ont rien à faire avec la rééducation ; il en est à peu près de même pour les articulations, bien qu'on puisse faire remarquer que les attitudes et les fonctions articulaires ne sont jamais indépendantes des muscles, car ceux-ci sont les vrais moyens de contention actif des articulations. Pour le muscle, la question essentielle au point de vue qui nous intéresse est de savoir, en cas de troubles fonctionnels, s'il y a altération de la fibre elle-même, ce qu'indique l'examen électrique, et alors la rééducation est impuissante. La fibre musculaire étant supposée intacte, on tiendra le plus grand compte de l'état du tonus musculaire, puisque toute anomalie dans la répartition de ce tonus modifie forcément les attitudes et altère les mouvements ; d'autre part, sachant que le tonus musculaire n'est que l'expression du tonus nerveux et que ce dernier est une résultante complexe d'actions diverses, la question se posera, souvent difficile à résoudre, de savoir par quel mécanisme le tonus est altéré. Enfin, on devra examiner comment se fait la contraction volontaire, si elle n'est pas retardée, ou brusque, ou irrégulière dans sa forme.

Après ces diverses recherches, on ne connaît encore que le fonctionnement de chaque muscle envisagé individuellement, et ces notions, il est vrai, sont déjà intéressantes, car

elles comportent dans la correction des troubles moteurs des conséquences pratiques importantes, mais il reste alors à étudier les mouvements à proprement parler et notamment la coordination motrice dont il n'a pas jusqu'ici été question. Or, jamais un muscle n'entre en action isolément, tout mouvement, si simple qu'il paraisse, exige le concours simultané de plusieurs muscles : c'est ce que Duchenne de Boulogne exprimait en disant : « Les contractions musculaires isolées ne sont pas dans la nature. »

On a pu distinguer parmi les mouvements coordonnés deux sortes de coordinations : la coordination involontaire et la coordination volontaire, ou, comme les a appelées en termes plus clairs Mr. Raymond, les associations et les coordinations motrices. Nous rappellerons que les premières, concernant des mouvements simples, tels que les flexions ou les extensions des articulations, assurant aussi le jeu des antagonistes, paraissent préétablies puisqu'on les retrouve même chez le jeune enfant ; les secondes, au contraire, se rapportant aux mouvements plus complexes ou à l'adaptation des premières à un but déterminé, ne sont obtenues que par l'exercice conscient ; enfin le mécanisme des unes et des autres n'est pas le même, elles n'exigent pas l'intervention des mêmes neurones. Les mouvements simples, tels que ceux du nouveau-né serrant les objets qu'il rencontre, sont bien réalisés par l'action combinée de plusieurs muscles ; ils ne représentent néanmoins encore que des réflexes dont le centre est dans la moelle. Plus tard, au contraire, l'enfant apprendra à exécuter volontairement les mouvements simples, à les mesurer et à les associer entre eux pour les approprier à un but déterminé ; c'est alors l'influence corticale qui en fera des mouvements coordonnés, quitte à se désintéresser de leur exécution quand l'habitude les aura rendus automatiques. Selon que les mouvements simples, les associations motrices, seront altérés ou que leurs adaptations fonctionnelles seules seront perdues, le problème de la rééducation ne se présentera pas dans les mêmes conditions : dans le premier cas, les neurones inférieurs sont en jeu : dans le second, c'est l'action des centres supérieurs qui est altérée ou perdue, et si l'exercice peut dans l'un comme dans l'autre cas se montrer efficace, la tâche sera pourtant différente. C'est là une première

distinction importante à établir, mais ce n'est pas la seule.

Bien que nous ne connaissions pas tout le mécanisme nerveux de la coordination motrice, quoique certains points soient en discussion, nous en savons néanmoins assez pour que l'analyse des anomalies observées permette bien souvent d'en reconnaître la cause : pour comprendre la physiologie pathologique des mouvements, nous n'ignorons pas qu'il faut tenir compte de l'action d'un grand nombre de centres, médullaires, bulbo-protubérantiels, cérébelleux et cérébraux, dont nous commençons à entrevoir le rôle.

Or, ce long travail d'analyse des diverses anomalies des mouvements ne saurait être fait avec trop d'exactitude pour chacun des cas dans lesquels se pose la question de la rééducation, et cela afin d'en saisir les indications et de ne pas l'entreprendre chez des malades qui n'en peuvent pas bénéficier. Non seulement lorsque la fibre musculaire elle-même est malade il n'y a rien à en attendre, mais il faut encore y renoncer si, en dehors même des atrophies vraies, l'amaigrissement local est tel qu'il existe de vraies cachexies plus ou moins circonscrites, ou encore si les destructions nerveuses sont trop profondes. Il est bien évident que la rééducation, comme toute autre méthode, a des limites d'action : en général, il est vrai, les médecins se sont plutôt tenus jusqu'ici en deçà de ces limites, pourtant nous avons vu aussi discuter l'opportunité de la rééducation dans des cas où un examen attentif aurait dû en écarter absolument l'idée.

Mais ce même travail d'analyse n'est pas moins indispensable pour choisir les procédés de rééducation auxquels il convient d'avoir recours. C'est lui encore qui établira le pronostic : nous savons par exemple que l'hypotonie se corrige moins facilement que l'ataxie et les troubles d'origine cérébelleuse moins facilement que ceux d'origine cérébrale.

Si on prend la peine de passer ainsi soigneusement en revue les divers facteurs des anomalies des mouvements pour toutes les affections justiciables de la rééducation, on est frappé par trois observations importantes :

1° Le même mot d'incoordination, souvent employé pour désigner tous ces états, correspond à des syndromes très différents, ainsi l'incoordination du tabes et celle de la

maladie de Friedreich ne se ressemblent que d'assez loin. Il y a en réalité des états d'incoordination qui n'ont guère de commun entre eux que ce nom. Sans doute on commence à en distinguer quelques-uns, on ne confond plus notamment l'asynergie (Babinski) et l'ataxie, mais il n'est pas douteux que les distinctions devront se multiplier à mesure qu'on connaîtra mieux leurs éléments constituants et leur pathogénie : la thérapeutique les fait pressentir, puisqu'elle se montre très inégalement efficace suivant les cas.

2° Le même mot d'incoordination est encore insuffisant à un autre point de vue : il semble en effet, d'après sa signification étymologique, indiquer que, dans les maladies dont nous nous occupons, il y a seulement défaut d'adaptation réciproque d'éléments individuellement normaux. Il donnerait par exemple à entendre que, chez les ataxiques, la fonction de chaque muscle est intacte et que l'ataxie ne provient que du défaut d'association opportune de leurs diverses contractions. En réalité, il n'en est rien : dans l'ataxie tabétique comme dans beaucoup d'autres syndromes moteurs, chaque muscle envisagé individuellement se montre altéré dans sa fonction, et il ne faut pas négliger de reconstituer chaque unité en même temps qu'on s'efforce de les grouper pour rétablir les mouvements coordonnés normaux.

3° La rééducation se propose, nous l'avons dit, la reconstitution de la fonction motrice. Parfois, en effet, la fonction seule est troublée, mais, dans bien d'autres cas, les organes eux-mêmes sont lésés et doivent en même temps être eux-mêmes traités par des procédés indépendants de la rééducation.

C'est pour cette raison que, si on veut traiter avec succès la plupart des troubles de la motilité, il faut pouvoir suivant les cas associer à la rééducation proprement dite les autres méthodes de thérapeutique physique, lesquelles se complètent alors en se prêtant leur aide réciproque. De même encore, c'est parce qu'il y a des syndromes différents d'incoordination, que la rééducation a dû varier ses procédés pour les approprier à chacun des symptômes qu'elle a à combattre.

Il serait intéressant maintenant de chercher à comprendre le mode d'action de la rééducation motrice, et cela, non

seulement au point de vue théorique, mais encore pour la pratique, afin de pouvoir favoriser à propos les processus naturels : plusieurs opinions ont été mises en avant qui n'ont pas toutes le même intérêt. Nous les rappellerons pourtant, car il n'est pas douteux que la question est complexe.

Tout d'abord, on peut se demander quelle est la part de l'influence psychique dans la physiologie de la rééducation, mais ici il faut établir des distinctions. Il faudrait n'avoir jamais été témoin d'une cure de rééducation bien faite pour admettre que celle-ci n'agit que par suggestion. Outre que l'on a des succès chez les malades les moins accessibles à la suggestion, lorsqu'on assiste à des progrès lents mais réguliers, lorsqu'on voit se modifier des symptômes tout à fait indépendants de l'influence psychique, quand on constate que ces mêmes troubles s'améliorent en raison de l'attention et de la régularité des efforts dépensés, lorsqu'enfin on s'est assuré que les succès sont bien en rapport avec les techniques spéciales employées, l'idée de suggestion devient une explication inadmissible. Toute différente de la suggestion, c'est-à-dire de la substitution de la volonté du médecin à celle du malade, est la rééducation en cas de troubles moteurs d'origine corticale, chez les tiqueurs par exemple, puisqu'ici c'est la volonté du malade qu'on s'efforce de fortifier et de régulariser.

Si l'influence psychique intervient dans d'autres conditions, ce n'est qu'en faisant disparaître peu à peu l'appréhension qui se manifeste chez tout sujet, sain ou malade, lorsqu'il s'agit pour lui d'exécuter un mouvement difficile ou de réaliser un équilibre dangereux, mais c'est là un phénomène tout à fait banal, et, quand un homme bien portant peut s'habituer à côtoyer un précipice, il ne suffit pas de faire appel à la volonté pour qu'un ataxique recommence à marcher.

Ce qui est plus vrai, c'est que bien souvent, dans les paralysies notamment, les troubles fonctionnels dépassent en étendue les régions directement intéressées par les lésions; il se produit alors une sorte d'inhibition de voisinage portant sur des muscles dont les fonctions sont susceptibles d'un rétablissement complet, mais, comme ce retour n'est possible que par l'exercice, c'est déjà de la rééducation.

On a pu invoquer aussi l'effort spontané de la nature : c'est en effet une loi générale que les organes vivants tendent à réagir contre les conditions défavorables qui leur sont imposées. Mais cette réaction est d'autant plus marquée que la cause de déchéance est moins prolongée et, d'autre part, elle se fait toujours par l'intermédiaire du système nerveux, or il s'agit en cas de troubles moteurs d'affections essentiellement chroniques et elles-mêmes d'origine nerveuse, aussi ne saurait-on compter alors sur les réactions spontanées, et, en fait, les troubles de la coordination ne se corrigent pas seuls.

Par le mot de compensation, on désigne le phénomène par lequel un organe se modifie à mesure qu'il doit accomplir un travail plus considérable : il en est ainsi des parois cardiaques lorsque la pression vasculaire augmente. Or, on voit bien aussi les fibres restées saines dans un muscle se développer lorsque d'autres ont été détruites. Mais cette compensation ne peut rétablir que la quantité et non la qualité du travail effectué.

La possibilité des suppléances organiques est déjà plus intéressante : en ce qui concerne les muscles, elle est souvent mise à profit, car s'il est vrai qu'il n'existe pas deux muscles ayant les mêmes fonctions, certains ont cependant des actions telles qu'ils peuvent se remplacer utilement. Au cours de la rééducation, on peut être amené à modifier le type des mouvements normaux, mais ce n'est là qu'un moyen accessoire et non une méthode générale.

Quant à l'éducation proprement dite, c'est-à-dire aux fonctions nouvelles que crée l'habitude, elle ne s'applique guère directement aux muscles, puisque leurs contractions sont réglées par le système nerveux et que c'est l'action de ce dernier qu'il faut rapprocher de la normale.

Toutes les influences que nous venons de passer en revue sont donc insuffisantes pour expliquer le mode d'action de la rééducation. Sans doute, il ne faut pas les ignorer, car elles peuvent être utilisées parfois à titre accessoire, mais c'est toujours aux modifications fonctionnelles du système nerveux qu'il faut revenir et notamment à ces deux propriétés que nous avons données comme les principes mêmes de la rééducation motrice : la faculté qu'ont les éléments nerveux de régénérer leurs fonctions compromises : la possi-

bilité de voir certains centres acquérir des fonctions normalement dévolues à d'autres cellules.

Ce n'est pas tout encore de connaître les principes généraux de la rééducation motrice, la physiologie pathologique des mouvements, les nombreuses anomalies qu'ils peuvent présenter, les moyens qu'il convient d'opposer à chacun d'eux et leur mode d'action, il faut encore que le rééducateur n'ignore rien de la mécanique normale des mouvements qu'il veut rétablir : il lui faut connaître exactement les effets de chaque contraction musculaire, le mécanisme de tous les mouvements, les actions toniques des muscles, l'harmonie des antagonistes, le rôle de la pesanteur dans les diverses altitudes, enfin il doit s'être livré à une étude complète des grandes fonctions motrices.

Prenons-nous comme exemple la Station et la Locomotion ? Comment pourrait-il apprendre à un malade à marcher, s'il n'était familier avec les conditions de l'équilibre, le centre de gravité du corps humain et de ses divers segments, les aplombs de chacun d'eux au-dessus du segment sous-jacent, s'il ignorait les divers types de la marche afin de tirer le meilleur parti possible des ressources de chaque sujet?

Enfin il n'est pas inutile de rappeler qu'en matière de rééducation, comme toutes les fois qu'il s'agit de thérapeutique, les connaissances générales ne valent que par les applications qu'on en peut faire à chaque cas particulier, il ne peut pas exister de série immuable d'exercices applicables à tous les malades atteints d'une même affection. Pour diriger utilement le traitement, il faut, après le diagnostic établi, déterminer de façon précise la nature des troubles observés, leurs localisations, leur degré pour chaque groupe musculaire : c'est alors seulement qu'on pourra prévoir ce qu'il est possible d'attendre de ces muscles et quels exercices de rééducation leur conviennent ; encore devra-t-on en surveiller de près les effets, les modifier suivant les changements que l'on observera, et saisir au jour le jour les diverses indications qui se présenteront. On n'oubliera pas non plus de tenir grand compte des symptômes observés concurremment avec les troubles moteurs, des troubles sensitifs par exemple, de l'état des forces, de l'intelligence et de la bonne volonté du sujet. Rééduquer un malade, c'est

faire une œuvre essentiellement clinique et par conséquent variable avec chaque cas particulier, pour laquelle le succès ne dépend pas moins des qualités du médecin que des symptômes qu'il a à combattre. C'est pourquoi nous estimons qne la rééducation ne peut être menée à bien que par un médecin et non par des auxiliaires, par un médecin ayant l'habitude des maladies nerveuses et connaissant les difficultés de la clinique, par un spécialiste familier avec la thérapeutique par les exercices méthodiques.

Il nous resterait pour terminer à indiquer pour quelles affections on peut employer la rééducation motrice. Pour cela le plan naturel consisterait à rapprocher celles qui se présentent dans les mêmes conditions, à grouper entre eux par exemple les troubles d'origine psychopathique ou cérébrale, les troubles d'origine cérébelleuse et ceux d'origine médullaire, mais, outre qu'une pareille manière de procéder nous entraînerait à de longs développements en nous forçant à analyser tous les troubles des mouvements et à discuter la pathogénie de chacun, elle supposerait à tort que l'état actuel de nos connaissances ne nous laisse rien ignorer de leur genèse, enfin il faudrait admettre presque autant de variétés que de maladies, aussi nous contenterons-nous d'énumérer en les classant d'après la fonction intéressée les affections dans lesquelles la rééducation motrice trouve ses indications. Nous ferons remarquer que pour chacune d'elles son étude devrait être reprise à part.

1° **Station et locomotion** (mouvements des membres inférieurs et du tronc) : chez les tabétiques, les hémiplégiques, les paraplégiques, dans la maladie de Parkinson, l'astasie-abasie, la maladie de Friedreich, les affections cérébelleuses (?), la sclérose en plaques (?).

2° **Mouvements des membres supérieurs** (préhension, écriture, etc.) : dans le tabes, l'hémiplégie, la maladie de Parkinson, les chorées, les crampes professionnelles.

3° **Troubles de la phonation**.

a). Troubles fonctionnels : bégaiement et autres défauts de prononciation.

b). Troubles d'origine organique : dysarthries, aphasies.

4° **Mouvements de la face et du cou.**

Chez les tiqueurs, chez les choréiques, dans le torticolis mental.

5° **Mouvements des globes oculaires.**
Dans le strabisme (méthode de Javal).

6° **Mouvements respiratoires.**
a). Troubles fonctionnels ; chez les tiqueurs, les bègues.
b). Troubles d'origine organique : chez les cardiaques, les emphysémateux, les tuberculeux.

7° **Mouvements du cœur** (Lagrange — *Revue de Médecine*, 1900).

8° C'est encore par les exercices de rééducation appliqués aux muscles des parois abdominales que l'on réussit parfois à améliorer les fonctions vésicales (en cas d'hypotonie de la paroi abdominale) ou intestinales (Froussard).

Ajoutons enfin que dans certains cas, chez les ataxiques en particulier, la rééducation de la sensibilité est importante pour le rétablissement des fonctions motrices.

Si la rééducation a pu ouvrir devant elle un champ d'action aussi vaste, si d'autre part elle repose sur des bases à la fois certaines et bien connues, on voit combien nous sommes loin maintenant de ces deux opinions contre lesquelles nous nous élevions au début de ce travail, à savoir que la rééducation consiste en une vague gymnastique destinée à rétablir empiriquement les fonctions motrices compromises, ou encore qu'elle ne représente que le traitement correctif de l'ataxie des tabétiques. Ces deux opinions, nous espérons en avoir fait justice et nous estimons qu'on peut considérer comme bien établies désormais les propositions suivantes :

1° La rééducation organique est une méthode générale de traitement basée sur les idées de réparation et de suppléance fonctionnelles.

2° La rééducation motrice représente une des applications les plus larges de la méthode de rééducation en général. Elle intéresse particulièrement la pathologie nerveuse.

3° La rééducation motrice résume l'ensemble des procédés qui visent spécialement le rétablissement de la *fonction* motrice.

4° Il est parfois utile de l'associer à d'autres méthodes lesquelles se proposent la reconstitution de l'organe lui-même, mais ces méthodes demeurent indépendantes et ne

rentrent pas directement dans la conception de la rééducation.

5° Si les indications de la rééducation sont très vastes, ses applications doivent être très précises. Elle met en œuvre des procédés variés, mais ceux-ci, pour se montrer efficaces, doivent être adaptés aux besoins de la clinique, aux symptômes et aux localisations de ces symptômes propres non seulement à chaque maladie, mais à chaque malade pris en particulier.

II. La rééducation des ataxiques.

Après avoir jusqu'ici parlé de la rééducation motrice en général et de ses nombreuses applications, nous allons maintenant traiter d'une seule d'entre elles, de ce qui concerne le traitement de l'ataxie tabétique et en particulier les fonctions de locomotion : c'est dans ce sens restreint que nous nous servirons désormais du mot de rééducation. Nous avons choisi cet exemple parce qu'en raison de la fréquence du tabes il intéresse tous les médecins et un groupe important de malades, et aussi parce qu'il représente un des chapitres aujourd'hui bien connus de la question.

La rééducation des ataxiques n'est plus maintenant une méthode nouvelle, elle a un passé qu'il est juste de ne pas oublier, car les premières tentatives qu'il rappelle étaient déjà intéressantes, et elles ont marqué le point de départ des travaux actuels.

On trouve de maints côtés des origines à la rééducation. Les élèves de Charcot se souviennent de l'avoir vu faisant, dans un but non seulement d'étude, mais aussi de thérapeutique, répéter et décomposer leurs mouvements aux ataxiques de son service et tâchant de les régulariser. Les Allemands font remonter les premiers essais de *traitement compensatoire* entrepris par le professeur Leyden à une époque bien antérieure à ses premières publications. Dans les gymnases suédois, les ataxiques étaient depuis longtemps soumis, comme nombre d'autres malades, à des exercices systématiques. Dans les établissements fréquentés par ces malades, à Lamalou notamment, on avait même imaginé des moyens d'appui pour leur permettre une sorte d'entraînement. Au Congrès de Moscou (1896) le professeur Zabludowski a réclamé la priorité dans ce genre de traitement.

Enfin plusieurs auteurs considèrent Mortimer Granville comme l'initiateur de la méthode.

Nous ne discuterons pas le bien fondé de certaines de ces revendications contre lesquelles on a pu élever des protestations ; ce n'étaient là, en tout cas, que des tentatives isolées et dont le succès avait sans doute été modeste si on en juge par le peu de retentissement qu'elles avaient eu.

C'est à un médecin suisse, le Dr Frenkel. que revient le mérite de s'être attaché spécialement à cette étude et d'avoir, le premier, obtenu des résultats importants. Après les avoir mentionnés dans une première communication, après quelques autres publications relatives à sa technique, il fit à Moscou une seconde communication plus remarquée du public médical. Entre temps il s'était efforcé de faire connaître sa méthode à l'étranger et en France et déjà quelques applications du *traitement mécanique de l'ataxie* (Hirschberg) avaient été faites à Paris non sans succès, lorsque Frenkel vint lui-même à la Salpêtrière, désireux de soumettre au contrôle officiel des neurologistes français les effets de ce traitement. M. Raymond, depuis longtemps convaincu de l'importance des thérapeutiques physiques en neuropathologie, l'accueillit avec bienveillance, et, après avoir observé des améliorations manifestes obtenues chez plusieurs malades, consacra deux de ses leçons cliniques à l'exposé de la nouvelle méthode dont il étudiait le mode d'action et les indications. L'autorité de notre maître lui donnait désormais son rang parmi les thérapeutiques régulières, la classant comme méthode de rééducation.

Sans doute les exercices de Frenkel ne constituaient encore qu'une méthode imparfaite, plus empirique que scientifique, incomplète et trop uniforme, ses résultats se montraient encore inégaux ; pourtant elle a marqué un sérieux progrès et a compté à son actif d'importantes améliorations. Frenkel a pu le premier formuler cette idée que l'ataxie régulièrement traitée n'est pas incurable.

L'étude du traitement correctif de l'ataxie ne devait pas tarder à être reprise et poussée plus à fond ; en Allemagne, il convient de citer à ce propos Goldscheider et Jacob, en France les travaux de l'école de la Salpêtrière inspirés par M. le professeur Raymond ; après les leçons de M. Raymond, M. Faure fait paraître divers travaux sur la

rééducation, puis viennent les thèses de Leclerc et de Riche, enfin nous-même à la clinique Charcot, nous sommes particulièrement consacré depuis plusieurs années à cette question dont nous voulons exposer l'état actuel.

Le temps n'est plus où le traitement de l'ataxie se réduisait aux exercices monotones d'une gymnastique très générale et indistinctement appliquée à tous les malades suivant une même progression. Si on relit les premières publications parues sur ce sujet, on est frappé, quelque justice qu'il convienne de rendre aux efforts du début, par les imperfections non seulement de la pratique mais de la conduite même du traitement. Naguère encore les exercices de rééducation étaient divisés en deux groupes :

Exercices de rééducation des membres supérieurs, imaginés pour rétablir les divers mouvements des mains.

Exercices de rééducation des membres inférieurs, ceux-ci représentant toute la rééducation de la locomotion ; et encore, si on analyse ces derniers, on constate que leur variété était tout apparente, puisqu'ils ne concernaient que les muscles des jambes et quelques muscles des cuisses ; ainsi se trahissait chez les auteurs, cette illusion capitale que l'incoordination de ces muscles existe seule ou du moins est seule responsable des troubles de la marche, comme si la station et surtout la locomotion étaient possibles, sans le concours des muscles postérieurs de la cuisse, de ceux de la ceinture pelvienne et du tronc. Sans doute aucun neurologiste ne peut ignorer l'existence de l'incoordination du tronc, mais sa fréquence était méconnue ; au contraire nous pouvons dire aujourd'hui que toutes les fois qu'il existe des troubles de l'équilibre, la statique et les mouvements du tronc sont anormaux, et qu'un médecin qui ne disposerait d'aucun moyen d'action sur la musculature du rachis, des lombes, de l'abdomen et du bassin, ne pourrait pas prétendre faire de la rééducation de la marche ; parmi les exercices indiqués, on aurait pu mentionner plusieurs erreurs de physiologie ; parmi les appareils employés, certains n'étaient pas sans danger. Nous avons dû aussi apprendre à tenir mieux compte des divers éléments constituants de l'ataxie, à accueillir plusieurs procédés accessoires tels que les mouvements d'opposition douce, indispensables pour la réalisation de certains efforts volon-

taires, à analyser le mécanisme de la marche afin de prescrire des exercices vraiment conformes à la physiologie, enfin une erreur grave des premiers rééducateurs venait certainement de l'uniformité avec laquelle étaient prescrits les exercices thérapeutiques, comme si la symptomatologie de l'ataxie n'était pas infiniment variée pour qui l'examine de près, comme si les troubles de la marche, les localisations de l'incoordination, de l'hypotonie, des anesthésies étaient toujours les mêmes et aboutissaient aux mêmes anomalies de mouvements : c'est pourtant une règle sans exceptions que la thérapeutique doit s'approprier aux besoins de chaque malade, cette règle, il a fallu néanmoins la rappeler dans le cas présent.

Nous venons de mentionner quelques-uns des points sur lesquels s'est aujourd'hui modifiée la technique de la rééducation appliquée aux ataxiques ; ces progrès suffiraient à justifier l'exposé de ses procédés actuels. Sans traiter à fond ce vaste sujet, nous allons maintenant indiquer la manière générale de comprendre et de diriger le traitement.

Pour entreprendre de lutter utilement contre l'ataxie d'un tabétique, il faut connaître :

1° L'anatomie normale et la physiologie de tous les éléments du système moteur.

2° Les divers facteurs d'anomalies des mouvements dont l'ensemble constitue l'ataxie, leur pathogénie, leurs conséquences mécaniques, leurs localisations chez un malade donné.

3° Les procédés qu'on peut opposer à chacun d'eux et les moyens de les mettre en pratique pour chaque groupe musculaire.

4° La physiologie normale de la marche, c'est-à-dire de la fonction qu'on veut rétablir.

5° Enfin il faut savoir quand on peut appliquer, comment il convient de régler et d'exécuter le traitement rééducateur.

De l'anatomie et de la physiologie normales, nous ne dirons rien, si ce n'est qu'il est inutile, à moins de les connaître parfaitement, de chercher à corriger les fonctions motrices altérées.

L'étude de l'incoordination au cours du tabes mériterait au contraire de nous arrêter longuement. Cette question

fera en effet l'objet de travaux ultérieurs, mais rappelons du moins ou signalons quelques-uns des symptômes qui comportent des conséquences pratiques intéressantes.

Certains des caractères du muscle tabétique sont bien connus quant à leur existence, mais leurs conséquences au point de vue moteur méritent d'être précisées. La diminution habituelle du volume des muscles a été depuis longtemps constatée, mais c'est à tort qu'on la désigne toujours sous le nom d'atrophie, si du moins on donne à ce mot un sens précis. L'atrophie vraie, avec altération histologique de la fibre musculaire et modification des réactions électriques, peut s'observer, mais à titre de complication au cours du tabes; le plus souvent, on n'a affaire qu'à de l'amaigrissement des muscles avec intégrité de la fibre elle-même. Ces notions sont d'ailleurs bien établies et nous n'avons plus à nous demander quelle part revient au système nerveux et quelle part aux muscles dans la genèse de troubles moteurs des ataxiques, mais encore faut-il ne pas les oublier pour la thérapeutique ; l'exercice méthodique et prudent, inutile en cas d'atrophie vraie, est au contraire tout indiqué contre l'amaigrissement musculaire des tabétiques. De plus, autant il serait logique de chercher à agir directement sur le muscle lui-même par l'électricité ou par le massage en cas d'atrophie vraie, autant ces moyens deviennent insuffisants chez les ataxiques chez qui la fibre musculaire n'est pas altérée et ne saurait être rendue responsable des incorrections des mouvements : ces moyens pourront, dans certaines circonstances, trouver leurs indications à titre accessoire, ils pourront ranimer la nutrition de muscles cachectisés, mais c'est tout ce qu'il leur faut demander : jamais ils n'aideront à rétablir le type normal de la contraction volontaire et de la coordination. Celle-ci est fonction du système nerveux et ne peut se reconstituer que par la réparation des éléments nerveux ou, à défaut, par leur rééducation.

L'état de relâchement des muscles, habituel chez les tabétiques a été observé depuis longtemps : Duchenne de Boulogne l'a vu et décrit, depuis il a été étudié sous le nom d'hypotonie. L'hypotonie est en effet un symptôme des plus intéressants à notre point de vue ; il permet déjà de comprendre par des considérations d'ordre mécanique plusieurs

des irrégularités, des à-coup qui se produisent fatalement à l'occasion des mouvements, puisque les diverses pièces de la machine humaine ne sont plus ajustées entre elles. L'hypotonie rend compte encore de la plupart des déformations et attitudes vicieuses. De plus, sachant que le tonus musculaire n'est que la traduction du tonus nerveux et que ce dernier est influencé, entre autres causes, par les impressions sensitives et l'action cérébrale, nous pouvons dès maintenant comprendre que, pour diminuer l'hypotonie, nous pourrons d'une part, nous adresser aux moyens propres à réveiller la sensibilité et compter d'autre part sur l'action compensatrice des centres corticaux volontaires.

Si nous sommes jusqu'ici impuissants à rétablir les réflexes musculo-tendineux abolis, nous pouvons dans une large mesure diminuer l'amplitude et la fréquence des mouvements involontaires, enfin nous savons que la sensibilité musculaire est capable de suppléer la sensibilité articulaire toujours plus profondément touchée, que, sauf dans les cas graves, l'anesthésie musculaire avec ses diverses variétés est rarement absolue, que le sens musculaire est susceptible de s'améliorer par la rééducation et devient alors d'un grand secours pour le rétablissement de l'équilibre.

Après cette étude, déjà fertile en déductions pratiques, du muscle tabétique au repos, l'étude de sa contraction volontaire est plus instructive encore. Tout d'abord il existe des malades chez lesquels la contraction volontaire de certains muscles n'est pas possible, ces muscles sont paralysés. Les paralysies au cours du tabes sont bien connues et nous ne les ignorons pas, mais ici comme pour les atrophies, nous croyons qu'il ne faut admettre qu'à bon escient un semblable diagnostic ; il n'est pas rare de voir chez les tabétiques des groupes de muscles en apparence paralysés et dont l'exercice méthodique permet peu à peu aux malades de retrouver la contraction volontaire plus ou moins correcte. Mais, ce qui est de règle, c'est que la contraction volontaire de chaque muscle envisagé isolément se montre anormale dans sa forme. Nous n'insisterons pas ici sur les caractères de cette anomalie lesquels se rapprochent de ce que M. P. Richer a appelé type de *contraction balistique* pour les muscles normaux, remarquons seulement qu'ils sont peut-être plus accusés encore pendant la décontraction. Ce qui est impor-

tant au point de vue pratique, c'est que ces symptômes, ainsi d'ailleurs que tous ceux qui ont été énumérés jusqu'ici, sont indépendants de la coordination motrice puisqu'ils concernent les muscles isolés et non leurs associations fonctionnelles, d'où l'on peut conclure qu'avant de prétendre rétablir le groupement synergique des diverses actions musculaires, tout un premier chapitre du traitement des ataxiques doit être consacré à la rééducation de chaque unité musculaire ; autrement ce serait une tâche vaine que d'associer des éléments anormaux dans l'espoir de refaire un ensemble normal.

Le traitement de l'incoordination constituera la seconde partie de la rééducation. Ici encore, il faut savoir procéder méthodiquement, du simple au complexe. Nous avons déjà distingué les associations motrices de la coordination proprement dite, nous avons dit qu'elles ne sont pas naturellement réalisées par le même effort. Les premières correspondant aux mouvements simples, tels que la flexion ou l'extension d'une articulation, sont réalisées par la combinaison d'un petit nombre d'efforts musculaires, l'harmonie de ces derniers semble préétablie chez l'enfant et dépend sans doute des centres nerveux inférieurs ; au contraire, la coordination, c'est-à-dire la combinaison de plusieurs mouvements simples et leur adaptation à un but déterminé exige ou a exigé l'intervention des centres cérébraux conscients. Or, associations et coordinations sont également défectueuses dans l'ataxie : les premières devront donc être tout d'abord l'objet d'une thérapeutique spéciale. Si maintenant on se souvient qu'un mouvement simple n'est correct que quand certains muscles se contractent normalement, quand leurs antagonistes par une décontraction également régulière leur servent de régulateurs, quand enfin les groupes voisins s'opposent par leur action tonique à des déplacements intempestifs du segment de membre considéré, on comprend que le rétablissement des associations motrices avec tous leurs éléments exige déjà beaucoup d'efforts et la mise en œuvre de moyens variés et souvent ingénieux. Ce n'est qu'après ce résultat obtenu qu'on pourra corriger l'incoordination et compter sur l'exercice, l'habitude et l'entraînement pour voir reparaître plus ou moins complètement l'automatisme des mouvements fonctionnels.

Il est indispensable encore de procéder pour chaque malade en particulier à ce travail d'analyse des éléments de son incoordination et surtout d'en déterminer les localisations. Faut-il répéter que les troubles de la locomotion sont infiniment variés chez les tabétiques, parce que la répartition de l'hypotonie ou de l'ataxie, par exemple, n'est jamais rigoureusement la même ? Or le choix des exercices qui conviennent à chacun dépend de la connaissance précise des muscles intéressés.

Mais ce n'est pas tout, car, à côté de l'analyse, il faut aussi faire la synthèse des troubles observés, afin de comprendre les perturbations apportées dans la mécanique de chaque malade par les troubles divers qu'on aura constatés ; c'est même par cette étude qu'il convient souvent de commencer, on sait alors quels erreurs de statique on a à combattre, celles-ci sont expliquées par les éléments de l'incoordination et leurs localisations ; alors enfin on peut choisir les moyens rationnels d'y remédier. Avec un peu d'habitude cette compréhension de chaque malade se fait plus facilement, mais bien vite elle montre combien les descriptions classiques de la marche des ataxiques, même les mieux faites et les plus utiles en clinique pour le diagnostic de la maladie, sont insuffisantes pour la thérapeutique, combien en réalité sont variés les types de locomotion chez ces malades.

Enfin il n'est pas superflu de faire observer que pour rééduquer un ataxique il faut connaître exactement la physiologie normale de la fonction qu'on veut rétablir, celle de la marche par exemple, car trop souvent nous avons vu combien certaines des conditions essentielles de la statique et de la locomotion ont été jusqu'ici ignorées à propos de la rééducation. Nous avons déjà signalé l'importance du tronc à cet égard.

Nous avons essayé de montrer que l'ataxie des tabétiques, si on veut la décomposer en ses éléments, est un syndrome très complexe ; or, chacune de ces notions spéciales comporte dans l'application du traitement rééducateur des conclusions pratiques. A chaque symptôme, suivant sa nature et ses localisations, doivent correspondre des exercices appropriés. On comprendra qu'il ne nous soit pas possible de les énumérer et de les justifier un à un. De même que l'ataxie est faite de troubles élémentaires des contractions de

chaque muscle, de la dissociation de leurs contractions synergiques, et enfin, du défaut des mouvements nécessaires à l'équilibre et la locomotion de la machine humaine, de même aussi la rééducation de la marche comprendra des exercices de trois ordres, les uns, les plus simples, destinés à rétablir le type normal de la contraction musculaire individuelle, les seconds destinés à grouper ces contractions pour obtenir des mouvements à peu près réguliers, les troisièmes enfin associant entre eux ces mouvements pour satisfaire aux conditions de l'équilibre du corps humain au repos ou pendant la marche.

Les exercices du premier genre consisteront en mouvements essentiellement simples et correspondront directement à l'action de chaque muscle ou chaque groupe musculaire malade. Les seconds, plus variés, et d'abord simples puis progressivement compliqués, chercheront à rétablir, non pas, comme on semble l'avoir fait trop souvent, des coordinations quelconques et sans intérêt pratique, mais surtout les mouvements qui trouvent leur application dans la marche et notamment dans le type de marche que l'on propose au malade ; les uns comme les autres, si monotones et fastidieux qu'ils paraissent, représentent, on le conçoit, toute la première partie du traitement, on ne saurait leur consacrer trop de temps et d'attention, puisque ce sont eux qui restaurent les fonctions partielles sans lesquelles les mouvements d'ensemble sont évidemment impossibles. Ce n'est pas assez de mettre debout un ataxique qui s'écroule sur lui-même en lui recommandant de tâcher de se tenir en équilibre, car le plus souvent il n'y réussit pas, et si cependant il y parvient enfin, après de nombreux essais, le médecin qui n'aurait pas fait davantage pour l'y aider, n'aurait guère le droit de s'attribuer aucune part dans ce succès. Si au contraire il lui a montré au préalable pourquoi et comment il tombe, s'il lui a appris comment il peut fixer ses épaules, déplacer son bassin, assurer l'équilibre des genoux, régler la position respective des jambes et des pieds, il sera alors possible dans la station debout de lui commander d'exécuter tel mouvement ou tel effort partiel qu'il sera capable de donner et de soutenir de façon à se conformer aux conditions de la mécanique du corps humain.

Les exercices de détails, les mouvements partiels sont

réglés au lit dans le décubitus, c'est-à-dire dans des conditions telles que toute l'attention du malade puisse être concentrée sur la seule région de son corps ou de ses membres qu'il est en train de rééduquer ; plus tard viennent les exercices de station et de marche. Il ne peut être question d'énumérer ici les multiples exercices que l'on a occasion de prescrire au cours d'un traitement de rééducation ; en premier lieu, cette énumération serait interminable, puisqu'il faudrait passer en revue tous les muscles et tous les mouvements, et expliquer la raison d'être de chaque exercice, mais de plus un pareil code de rééducation serait forcément faux et par conséquent dangereux, car il faut choisir et souvent imaginer les exercices qui conviennent à chaque malade en particulier. La compréhension exacte du trouble que l'on veut corriger et du mouvement que l'on veut restaurer est, au point de vue thérapeutique, la meilleure et la plus féconde des indications.

Nous ne décrirons pas davantage les divers appareils qui ont été inventés pour les exercices de rééducation, tous ne sont d'ailleurs pas à l'abri de la critique ; beaucoup n'ont plus qu'un intérêt historique. D'une façon générale on peut dire que ces appareils doivent être simples : les uns auront pour raison d'être de forcer le malade à exécuter un mouvement volontaire précis, ils rendront donc des services à condition de correspondre à des mouvements physiologiques. Dans un deuxième groupe on peut rapprocher les appareils qui offrent au malade un appui dans la marche ; l'emploi de ces derniers doit être plus discret puisque, si on s'en sert de façon permanente, ils vont à l'encontre du but proposé en remplaçant par un soutien artificiel un mouvement volontaire et en faisant par conséquent illusion sur la valeur du résultat obtenu.

Connaissant maintenant et les symptômes que l'on a à combattre et les moyens d'action qu'on peut leur opposer, on ne doit pas oublier que ce n'est pas une tâche aisée que la rééducation d'un ataxique. Elle exige un certain nombre de qualités pratiques de la part du médecin comme du malade : c'est une lutte minutieuse qu'ils entreprennent l'un et l'autre, pour laquelle ils doivent se montrer étroitement unis et accepter de dépenser tous deux beaucoup de temps et d'efforts. Il est à peine besoin de dire que l'un comme

l'autre doivent être armés de patience et capables d'une attention soutenue. Outre sa compétence technique, le maître aura besoin de toute la confiance de son élève, et celui-ci n'ignorera pas que le traitement ne donnera chez lui tous ses heureux effets qu'autant que lui-même aidera son médecin par ses efforts, son intelligence et son assiduité : on pourrait dire justement que c'est le malade qui se traite et se guérit sous la direction de son médecin. Le contact journalier de l'un et l'autre est donc à souhaiter, et la meilleure façon de l'obtenir est de décider le malade à se consacrer entièrement à sa rééducation ; c'est pour se placer dans ces conditions que beaucoup s'isolent dans les instituts spéciaux; loin de tout autre préoccupation, ils peuvent ainsi se soumettre à une surveillance de tous les instants, répéter plusieurs fois par jour sous un contrôle autorisé et sans pécher non plus par excès, les exercices qui leur sont indiqués : de plus l'influence du milieu, les rapports quotidiens avec les autres malades, l'exemple des progrès dont ils sont témoins chez ceux-ci provoquant leur émulation, et leur servant de démonstrations pratiques, constituent autant de conditions favorables au succès définitif.

Les indications positives de la rééducation chez les tabétiques se réduisent, selon nous, à une seule, l'existence de l'ataxie ; il est bien évident que la question de rééducation ne se pose pas en cas de tabes fruste ou de tabes bénin sans troubles moteurs, d'autre part, l'impotence ou seulement l'incapacité d'exercice d'une profession est une raison plus que suffisante pour décider un malade à corriger son incoordination. Ce qui est plus intéressant, c'est la connaissance des contre-indications, car avant d'entreprendre un traitement long et difficile, encore faut-il s'assurer qu'il ne peut pas être nuisible et qu'il doit au contraire être réellement utile à l'intéressé. De ces contre-indications les unes tiennent à l'état général, ce sont par exemple la cachexie du sujet, l'existence de troubles cardiaques ou une asthénie trop marquée, d'autres sont constituées par la coexistence de certains symptômes, arthropathies, fragilité osseuse, amaurose, troubles psychiques ou seulement défaut d'intelligence. Mais ce ne sont pas les seules, car étant donné un tabétique ataxique sans complications spéciales, il faut

encore déterminer quel est le moment opportun pour lui conseiller la rééducation. Depuis que nous savons mieux traiter le tabes, nous ne considèrons plus cette maladie comme une affection à évolution fatalement progressive, nous sommes habitués à voir la majorité des tabes se fixer à une période quelconque et parfois de façon définitive, nous savons aussi que, quand la maladie évolue, c'est moins par une progression continue que par poussées successives. Or, ces notions sont ici de première importance. Quand un tabes est en voie d'évolution, quand on assiste à une poussée plus ou moins aiguë de l'affection, c'est celle-ci qu'il convient avant tout de traiter; non seulement à ce moment le symptôme ataxie passe au second plan, mais l'effort considérable que représente pour le malade le travail de rééducation pourrait même alors excéder ses forces et par suite n'être pas sans inconvénients ; au contraire, quand un tabes est fixé, quand on assiste à une période d'accalmie, le moment est venu de regagner tout ou partie du terrain perdu et de réparer les désordres qui se sont constitués. Mais, même dans ces conditions, ce n'est pas toujours avec les mêmes chances de succès que l'on peut entreprendre la rééducation : lors des premières applications de la méthode, ce n'était pas une des moindres surprises des cliniciens que de constater l'inégalité des résultats obtenus : des progrès, tantôt considérables, tantôt insignifiants étaient réalisés sans que la gravité des cas parût les expliquer. Aujourd'hui, si cette question de pronostic est délicate, nous avons néanmoins des éléments d'appréciation : ceux-ci sont basés avant tout sur l'analyse des symptômes observés, leur nature, leurs localisations et leur intensité : nous savons que l'incoordination même très accentuée, que les mouvements les plus désordonnés se corrigent bien, alors que nous avons beaucoup moins de moyens d'action sur l'hypotonie. Il est vrai que lorsque l'hypotonie est circonscrite et se montre peu influencée par le traitement, l'orthopédie peut être d'un grand secours : nous disposons en effet, dès maintenant, d'appareils rendant des services importants et le nombre pourra s'en accroître, mais si l'hypotonie est à peu près généralisée, elle constituera un obstacle que nous ne pouvons pas toujours vaincre et qui commande une certaine réserve. On tiendra grand compte aussi des troubles de la

sensibilité et surtout de la sensibilité profonde. Enfin les localisations propres à ces différents symptômes seront, elles aussi, prises en grande considération : la participation si fréquente du tronc, par exemple, complique beaucoup les difficultés, tandis que, dans d'autres cas, l'impossibilité même absolue de la marche tient au défaut d'action d'un petit nombre seulement de groupes musculaires : quelques mouvements retrouvés suffisent alors à rétablir l'équilibre. Nous ne redirons pas quelles qualités il faut demander au malade, mais le dernier élément, essentiel, il est vrai, dont il faut tenir compte, c'est la compétence technique du médecin. Les cas où la rééducation n'a rien donné s'expliquent, à notre avis, par l'une des raisons suivantes : certaines contre-indications ont été méconnues, le tabes s'est aggravé, le malade est indocile ou inattentif, ou le rééducateur est au-dessous de sa tâche.

Toutes les conditions favorables étant supposées réunies, l'application pratique du traitement exige encore quelque habitude ; ce n'est pas chose indifférente que de soumettre à un travail d'entraînement physique un tabétique, c'est-à-dire un malade dont les forces sont toujours amoindries et à qui tout excès de fatigue serait nuisible. On commencera par régler la durée et la fréquence des séances de rééducation, celles-ci seront courtes au début et coupées elles-mêmes de plusieurs repos, mais leur durée n'a rien de fixe, elle peut varier avec chaque malade. Si la plupart des tabétiques se fatiguent rapidement, on sait aussi que, chez d'autres, cette sensation de fatigue est retardée, que certains la dissimuleraient volontiers, tellement est grand leur désir de guérir ; il ne faut donc pas s'en rapporter aux indications du malade et on tiendra compte plutôt des signes physiques capables de trahir la fatigue, c'est-à-dire de la respiration et surtout des caractères du pouls. Mais si les exercices sont courts, il est indispensable d'y revenir souvent ; peu et souvent, telle doit être en effet la règle, elle est d'ailleurs d'une application facile, si on remarque que tout déplacement, tout mouvement même peut, à condition d'être fait méthodiquement, représenter un exercice thérapeutique. Pendant les séances quotidiennes qu'il dirige en personne, le médecin donnera donc à son malade les indications les plus minutieuses relativement aux mouvements qu'il exécu-

tera en son absence. Autant ces derniers, s'ils sont incorrects, compromettent le bénéfice des premiers et créent de mauvaises habitudes, autant, dans de bonnes conditions, ils doivent constituer une part importante du traitement, mais pour cela les moindres détails, les attitudes permises, les sièges à employer, les moyens dont on s'aidera auront été déterminés exactement. Un malade capable de s'observer à tout instant est un malade qui s'améliorera régulièrement et vite, nous l'avons bien des fois constaté. Si l'on a affaire en outre à un homme intelligent, il peut être utile pour l'intéresser à son traitement de lui donner quelques explications, plus ou moins simples suivant les cas, à condition toutefois d'interdire toute initiative thérapeutique qui ne serait pas contrôlée par le médecin lui-même. Faut-il au contraire soutenir l'attention du sujet, on s'appliquera alors à combiner des exercices dont l'effet sera à peu près le même et à frapper l'imagination en variant les conditions extérieures. Lorsqu'enfin certains progrès sont trop lents, et si néanmoins le succès final doit être obtenu, on insistera sur ce qui est déjà gagné et l'autorité du médecin empêchera le découragement et l'abandon de tout effort: pour cela les relations établies entre malades sont excellentes, car le spectacle d'un succès chez l'un excite l'émulation des autres et la vue du malheur d'autrui inspire quelque résignation.

C'est en tout cas un traitement long que la rééducation chez les ataxiques et on n'en sera pas surpris si on songe qu'il s'agit de redonner de nouvelles habitudes, de reconstituer par l'exercice de nouveaux mécanismes moteurs chez des malades ; heureusement dès les premières semaines on obtient en règle très générale des progrès assez nets pour que le malade les constate et en soit encouragé, mais c'est par mois qu'il faut compter le temps au bout duquel il peut espérer voir changer ses conditions d'existence.

Une question souvent posée est celle de savoir si la rééducation motrice est compatible avec l'emploi des autres thérapeutiques qui conviennent aux ataxiques. Nous dirons quelques mots de cette question importante : tout d'abord il ne faudrait pas perdre de vue que la rééducation n'est que le traitement symptomatique de l'ataxie et non pas celui du tabes ; si elle est particulièrement indiquée lorsque celui-ci est arrêté, il est pourtant fréquent qu'on ait à combattre en

même temps que l'incoordination la maladie qui en est la cause, nous n'avons jamais vu d'inconvénients à poursuivre simultanément ce double but ; les injections mercurielles en particulier ne présentent avec la rééducation aucune incompatibilité. Il en est de même pour la médication tonique, pour l'hydrothérapie, pour le traitement hydrominéral. Pour ce qui est de l'élongation, toute la question est de savoir à quels procédés on a recours car, si certains doivent être évités, c'est qu'ils présentent par eux-mêmes des inconvénients. On en pourrait dire autant de l'électricité ou du massage ; les indications d'emploi de ces méthodes doivent être rigoureusement déterminées pour chaque cas particulier, sans que la rééducation suivie concurremment les modifie : la rééducation en un mot est actuellement le seul mode de traitement que nous puissions directement opposer au symptôme ataxie, les autres moyens thérapeutiques employés en cas de tabes conservent leurs indications propre et peuvent être, s'il y a lieu, prescrits simultanément.

Il nous reste à dire pour terminer quels résultats donne chez les ataxiques le traitement rééducateur. On peut d'abord affirmer que jamais il ne comporte d'inconvénients s'il est judicieusement appliqué ; les inconvénients qu'on a pu *a priori* redouter étaient les suivants : dangers de fractures ou d'accidents à l'occasion de chutes possibles, fatigue trop grande causée par les exercices. Il nous suffira de rappeler que l'état cachectique et la fragilité osseuse sont en effet des contre-indications de la rééducation et que le surmenage physique peut toujours être évité par un entraînement prudent. Quant aux avantages, ils sont de deux ordres : rétablissement plus ou moins complet des fonctions motrices, conséquences de ce rétablissement sur l'état moral, l'état général et certaines paresthésies douloureuses.

Sans entrer ici dans l'étude détaillée des effets du traitement sur chacun des éléments de l'ataxie, on peut dire qu'il n'est pas de malade qui ne voie, s'il donne un peu d'attention et d'efforts, son incoordination diminuer de façon manifeste. Ces succès de détail sont déjà intéressants en eux-mêmes car ils sont une preuve de l'efficacité de la méthode et constituent des encouragements utiles pour soutenir la confiance du sujet, mais, si l'on veut réellement juger la rééducation il faut poser la question à un point de vue plus pratique.

Le malade, naguère impotent et immobilisé dans un fauteuil est-il redevenu capable de se lever et de marcher seul pendant quelques minutes, quitte à s'observer et à se montrer prudent, peut-il se passer de son entourage dans les circonstances habituelles que présente la vie journalière, en un mot a-t-il reconquis son *indépendance* ?

Peut-il espérer davantage, retrouver assez d'assurance pour compter sur lui-même pour des déplacements plus longs et plus difficiles, sortir seul sans danger, en un mot est-il assez *valide* pour reprendre une existence à peu près normale comportant l'exercice d'une profession ?

L'indépendance et la validité représentent, en effet, selon nous, les deux degrés d'amélioration que l'on peut se proposer. Heureusement, nous pouvons aujourd'hui, et pour la plupart des cas bien choisis, répondre de façon affirmative.

Ce serait peu de chose, en effet, que d'obtenir dans les mouvements des succès de détails si la fin du traitement ne devait procurer tout au moins la première de ces deux qualités, l'indépendance. Celle-ci ne représente, il est vrai, un succès, que dans les cas de grande incoordination, mais c'est alors celui dont l'ataxique jusque-là impotent et tributaire à tout instant de son entourage se montre le plus heureux ; nombre de malades, ceux en particulier que leur condition sociale ou de fortune met à l'abri des soucis matériels, s'en contentent ordinairement, et cet état suffit d'ailleurs pour l'exercice de bien des professions sédentaires. Mais souvent aussi on est en droit d'espérer davantage, et, comme nous le montrerons plus loin, les ataxiques ne sont pas exceptionnels qui ont pu, après y avoir renoncé, reprendre une vie active. D'une façon générale, on peut dire que, sauf en cas de complications, la plupart des malades qui avaient perdu leur indépendance peuvent la recouvrer, et ceux qui l'avaient encore conservée, retrouver leur validité. Ce n'est pas à dire que des succès plus complets ne puissent être espérés, nous avons même publié une observation qui représente une vraie guérison intégrale de l'incoordination motrice chez un ataxique avéré, mais si un semblable exemple est à la fois consolant pour les malades et instructif pour les médecins, il ne faudrait pas le considérer comme donnant la mesure de l'amélioration que tous les malades sont

en droit d'espérer : il nous montre néanmoins que l'on peut attendre beaucoup de la rééducation motrice.

Nous pouvons maintenant citer quelques observations personnelles se rapportant aux divers degrés d'amélioration auxquels nous avons fait allusion.

Obs. I. — M. X..., quarante ans, officier. Tabes confirmé datant de sept ans.

Incoordination motrice datant de deux ans. Le malade a dû renoncer au service actif pour se faire donner un emploi sédentaire et éviter même de porter l'uniforme. Au commencement de 1901, il marche encore seul mais avec incertitude et sans se passer de sa canne; il doit faire effort pour marcher dans les rues, il a peine à monter et à descendre les étages, il hésite à traverser les chaussées, il se fatigue très vite, et ne se permet que de petits déplacements. M. X... est un homme très intelligent, comprenant parfaitement son traitement et prêt à tout pour guérir.

Au bout de trois mois de rééducation, les progrès réalisés ont déjà changé les conditions d'existence du malade. Un mois plus tard, c'est à peine si on retrouve des traces d'incoordination. M. X... rentre dans son régiment, y reprend ses anciennes fonctions avec toutes les obligations qu'elles comportent, il monte à cheval et fait sans restrictions son service. La même année, il suivait sans difficultés les manœuvres d'été. Jamais depuis lors il n'a quitté le service actif.

Dernièrement, il a été promu au choix au grade de chef de bataillon.

Obs. II. — M. X..., trente-six ans, officier. Tabétique depuis neuf ans. Depuis trois ans et demi les signes d'incoordination sont apparus et l'ont depuis forcé à renoncer à l'activité. Il ne marche seul que quelques instants, s'appuie ordinairement d'une main sur sa canne et souvent se soutient de l'autre au bras de la personne qui l'accompagne ; il est résolu à démissionner.

Au bout de quelques semaines, il reprend confiance, commence à sortir seul et, son équilibre s'assurant, se sert de moins en moins de sa canne. Après quatre mois de traitement, il est capable de rentrer dans un régiment avec les fonctions de capitaine d'habillement. S'il n'est pas en état de monter à cheval et d'accepter sans réserves toutes les obligations de la vie militaire, du moins il reprend l'exercice de sa profession.

Obs. III. — Mme D..., cinquante-quatre ans, salle Cruveilhier. Tabétique depuis cinq ans. Incoordination motrice depuis quatorze mois. Celle-ci dont la marche a été rapide s'est accentuée à ce point que depuis deux mois la malade n'a pas quitté le lit. Au

début on la transporte sur un brancard jusqu'au service de Rééducation, à ce moment en effet non seulement la locomotion, mais la station debout sont absolument impossibles.

Les progrès se montrent réguliers et assez rapides, la malade arrive assez vite à se tenir seule, puis à faire quelques pas. Au bout de trois mois et demi, elle quitte l'hopital, seule et à pied, prête à reprendre sa vie ordinaire, devant seulement diminuer la longueur et la fréquence de ses courses à pied.

Obs. IV. — Mme D..., quarante-quatre ans, salle Rayer. Tabétique depuis 1882. L'incoordination d'abord insensible, éclate brusquement au commencement de 1901, et quand on nous apporte la malade, le 13 novembre 1901, elle était au lit depuis sept mois, absolument incapable de se tenir debout.

A partir du mois de mai 1902, elle circule seule dans les cours en se servant de sa canne. Au mois de novembre, c'est-à-dire après un an de traitement, elle quitte le service, étant maintenant capable de se suffire à elle-même, à condition de se montrer prudente; toutefois, elle n'ose pas marcher dans les rues sans être accompagnée.

Obs. V. — M. R..., quarante-cinq ans, horloger. Tabétique depuis 1890. Troubles de la marche depuis 1896. Le traitement rééducateur est commencé en novembre 1901.

A ce moment, le malade arrive encore à marcher seul, mais difficilement, de façon très incorrecte et sans jamais se passer de sa canne; il a peine à venir de la porte de l'hôpital jusque dans la service.

Au bout de quatre mois, l'incoordination a en grande partie disparu, l'équilibre s'est bien assuré, le malade a retrouvé une attitude régulière et n'hésite plus à sortir seul. En février 1902, il est victime d'un accident tout à fait indépendant de ses exercices, il se fait une fracture de jambe; la consolidation n'est complète qu'au mois de juin. R... qui se ressent de son long séjour au lit, reprend son traitement. Au mois de novembre 1902, il est assez bien pour mener une vie presque normale, il n'a plus à craindre de chutes; s'il continue à fréquenter encore le service, ce n'est plus que pour perfectionner certains mouvements spéciaux.

Obs. VI. — M. B..., cinquante-un ans, surveillant d'usine, salle Prus. Tabétique depuis 1899. Début de l'incoordination en novembre 1901. celle-ci s'accentue rapidement et au commencement de janvier 1902 la marche et la station debout sont impossibles; on doit porter le malade pour le déplacer.

L'ataxie se corrige assez régulièrement, mais l'hypotonie, très marquée, constitue une assez grosse difficulté. Néanmoins, B... arrive bientôt à se tenir, puis à marcher seul dans le service. Pour

traverser les cours, il continue à se servir de sa canne. En juin 1902, il se juge assez sûr de lui pour quitter l'hôpital et rentrer chez lui.

Obs. VIII. — M. B..., qnarante-trois ans, dessinateur. Incoordination remontant à deux ans. Le traitement est commencé en avril 1902. Le malade ne marche alors qu'en s'appuyant d'une main sur sa canne et de l'autre sur un bras. L'incoordination, assez accusée au tronc et à la jambe gauche, compromet à tout instant l'équilibre. Celui-ci se rétablit à mesure que se corrigent les signes observés du côté du tronc. Aujourd'hui B... n'a plus besoin d'aucun appui pour marcher chez lui; dans la rue, il prend sa canne, mais s'en sert rarement. Il vient maintenant facilement dans le service, et a repris sans difficultés l'exercice de sa profession, car heureusement les mains sont à peu près indemnes et il continue à entretenir leurs mouvements en même temps que ceux des membres inférieurs.

Obs. VIII. — M. S..., quarante-cinq ans, ingénieur. Tabétique depuis 1895. En août 1900 incoordination à marche rapide apparue en quinze jours et assez accentuée pour que le malade ait besoin de deux appuis pour se déplacer. La rééducation est commencée à la fin de novembre 1901. En avril 1902, S... désormais capable de marcher seul, de monter et de descendre, cesse de fréquenter le service pour reprendre ses occupations antérieures.

Obs. IX. — M. A..., trente-cinq ans, avocat. Incoordination extrême avec hypotonie accusée. Le malade doit se faire porter pour les moindres déplacements, il ne peut se tenir assis sur une chaise plus de quelques instants; en voiture il glisse peu à peu et tomberait si on ne le soutenait.

Au bout de quatre mois de rééducation, il peut à titre d'exercice marcher seul dans sa chambre. Dans la vie ordinaire, il est capable en s'aidant d'un bras, de marcher assez facilement et sans plus jamais tomber. Il sort tous les jours en voiture et sans difficultés.

Obs. X. — M. N..., quarante-deux ans, négociant. Tabétique depuis trois ans, ataxique depuis six mois. L'incoordination est très accusée, la station debout est impossible. Après trois mois de rééducation, le malade arrive à marcher seul pendant quelques mètres. A ce moment, on assiste à une poussée de la maladie, l'incoordination gagne le tronc. Après cette poussée, le traitement est repris. Aujourd'hui M. N... est capable de se déplacer dans son magasin et de s'occuper de ses affaires. A la campagne il fait des courses d'une dizaine de minutes.

Obs. XI. — M. J..., cinquante ans, comptable. Incoordination moyenne intéressant le tronc et le membre inférieur gauche. Le

malade marche seul encore, mais sans assurance et avec des déplacements des épaules qui compromettent parfois l'équilibre, ce défaut se corrige bien par la rééducation du tronc; la démarche devient régulière, la plupart des petites difficultés qui gênaient M. J... disparaissent une à une. Aujourd'hui, quand il s'observe, il marche tout à fait bien. Seuls les mouvements de flexion du genou gauche pendant la descente sont encore brusques et incertains.

L'histoire de ces malades pourrait servir de conclusion à cette étude de la rééducation des ataxiques, nous ajouterons pourtant quelques mots.

Si, il y a peu d'années encore, le tabes était, pour la grande majorité des cas, considéré comme une maladie sans appel, presque fatalement progressive et aboutissant nécessairement à l'ataxie confirmée, aujourd'hui tous les neurologistes s'accordent à reconnaître que ce tableau si sombre ne répond plus, bien souvent, à la réalité des faits ; non seulement la maladie peut spontanément présenter des rémissions durables, non seulement il faut compter avec les tabes frustes qui ne se traduisent que par quelques symptômes discrets et n'évoluent pas, mais surtout nous avons conscience de n'être pas désarmés devant le danger de la sclérose radiculaire postérieure ; nous savons que nos moyens thérapeutiques ne sont pas étrangers à la fréquence de plus en plus grande de ces arrêts de la maladie. Plusieurs médecins ont même pu parler de guérison de tabes, rapprochant ainsi deux mots qui auraient autrefois semblé incompatibles : c'est dire combien a changé le pronostic de la maladie, or, il en est de même pour le plus grave de ses symptômes, pour l'ataxie. De nombreuses observations prouvent que l'ataxie n'est pas incurable, nous pouvons maintenant lui opposer, des moyens thérapeutiques rationnels et efficaces ; il n'est pas besoin d'insister pour faire comprendre toute l'importance pratique d'un pareil progrès. Si, dans la seconde partie de ce travail, nous nous sommes bornés à l'étude de la rééducation chez les tabétiques, c'est en partie parce que c'est là une des applications les mieux connues de la méthode, mais c'est surtout parce qu'il nous fallait, choisissant un exemple précis, montrer comment la pratique de la rééducation, le choix des procédés et leur mise en œuvre doivent être exactement déduits de l'analyse des troubles que l'on veut

corriger, de la connaissance de la physiologie normale et pathologique et de l'observation des conditions cliniques : ce n'est qu'à ce prix qu'on pourra espérer des succès.

Une étude analogue devrait être entreprise pour chacune des affections judiciables de la rééducation motrice, on verrait alors combien les conditions qu'elles présentent peuvent être variables, on comprendrait pourquoi non seulement les mêmes procédés, mais aussi les mêmes méthodes de rééducation ne conviendront pas aux divers syndromes d'incoordination; à plus forte raison différeront-elles selon que les troubles moteurs seront d'origine médullaire ou d'origine corticale. Pourtant les mêmes principes, et avant tout l'idée de reconstitution fonctionnelle, dirigent toutes ces tentatives, et montrent leur parenté naturelle. C'est l'ensemble de ces méthodes qui constitue la rééducation motrice, laquelle n'est elle-même qu'une application de l'idée plus générale encore de rééducation organique.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. **Transmission aux descendants des lésions expérimentales produites chez les ascendants**; par le Dr MALHERBE.

Ce n'est pas sans un peu d'étonnement que nous avons lu le compte rendu d'un travail de MM. Charrin, Delamarre et Moussu, sur la transmission aux descendants des lésions expérimentales produites chez les ascendants. Il y a là une grosse question, souvent débattue jadis, relative aux lois de l'hérédité. L'hérédité morbide et l'hérédité physiologique y sont également intéressées, car elles ne sauraient avoir un mécanisme différent.

Les expérimentateurs que nous venons de nommer ont repris sous une forme nouvelle des essais que des physiologistes avaient déjà faits d'autre façon.

La question est celle-ci, en somme: des lésions accidentelles, expérimentales ou autres, peuvent-elles se transmettre du procréateur au produit de la conception? Jusqu'à présent, les savants qui s'étaient intéressés à cette question y avaient très généralement répondu par la négative. Les mutilations subies systématiquement par les ascendants n'étaient pas transmises et l'on ne

réussissait jamais à changer de cette façon le type d'une race, d'une famille, encore moins d'une espèce. Ainsi, vous auriez beau couper une patte à des chiens ou à des chats, de génération en génération, vous n'arriveriez jamais à produire une race, une famille de *manchots*, si l'on peut s'exprimer ainsi.

A cet égard, nous connaissons dans l'espèce humaine une expérience bien des fois séculaire : c'est le pied de la Chinoise. Si une mutilation aussi grave pouvait par hérédité modifier la morphologie d'une race, il y a longtemps que la chose serait faite et le triste résultat obtenu. Mais chacun sait qu'il n'en est rien et qu'il faut toujours emprisonner et martyriser le pied de la Chinoise pour obtenir la forme traditionnelle voulue par l'esthétique des Célestes.

En vérité, s'il était vraiment besoin d'une démonstration rigoureuse par les faits, celle-ci nous semblerait bien suffisante. Cependant, sans aller chercher des preuves jusque dans l'Extrême-Orient, on pourrait encore citer les expériences négatives faites par des physiologistes européens et même français sur des animaux de laboratoire. C'est à peine si l'on entend sur ce sujet quelques notes discordantes, quelques affirmations douteuses.

Et voilà justement ce qui fait l'intérêt et, pour ainsi dire la curiosité, en tout cas l'imprévu des expériences de M. Charrin et de ses collaborateurs.

Ces physiologistes, dans une note présentée à l'Académie des sciences (Voir le *Bulletin Médical* du 2 août), n'hésitent pas à dire : « On s'est demandé si des lésions provoquées chez la mère peuvent se reproduire chez le rejeton ; tout en laissant à part le point de vue morphologique pur, nous avons réalisé plusieurs séries d'expériences qui paraissent trancher le débat dans le sens de l'affirmative. »

Cette affirmation est faite pour surprendre. Nous n'avons pas pour cela la prétention d'y opposer une négation, n'ayant point la compétence exigible en pareille matière.

La seule chose que nous puissions faire, c'est d'examiner de près le texte de la note tel qu'on le trouve dans les journaux. Eh bien ! les expériences ont consisté à opérer de très larges délabrements du foie ou des reins chez des femelles en gestation. « Or, nous dit-on, quand, au bout d'un temps suffisant (au minimum une semaine), des femelles ainsi traitées ont mis bas, nous avons observé chez un bon nombre de leurs descendants nés avant terme ou sacrifiés au moment de la naissance, d'indiscutables lésions des glandes hépatique ou rénale (congestion, hémorragies, dégénérescence, quelques cylindres, etc.) : l'organe malade était précisément l'homologue du viscère volontairement détérioré chez la mère. »

Nous ne voudrions pas nous montrer trop difficiles, et pourtant on nous permettra de nous déclarer non satisfaits pour ces résul-

tats expérimentaux. Des congestions, des hémorragies, etc..., n'ont vraiment rien de spécifique et peuvent souffrir le reproche d'être plutôt banales.

Toutefois, les savants distingués dont les travaux nous ont si fort intrigué ont poussé plus loin leurs délicates recherches. Seulement cela devient d'une *technicité* bien particulière et qui, de plus en plus, dépasse notre compétence. Ils ont voulu savoir si la cytolysine correspondant à un parenchyme n'agit pas sur l'organe homologue du fœtus. Il importait donc de faire jouer comme il convient les cytotoxines. Pour cela, on injecta sous la peau ou dans les veines de femelles pleines des extraits de foie ou de rein. « Or, disent les auteurs, assez fréquemment, quand, huit jours au moins après la dernière de ces injections, ces femelles ont mis bas, nous avons constaté que les détériorations portaient avant tout, suivant qu'on avait utilisé des éléments hépatiques ou rénaux, sur la glande biliaire ou urinaire des nouveau-nés. »

Nous avons vu que tout cela nous paraît bien vague, bien imprécis. Et malgré le grand respect que nous inspirent les savants très éprouvés qui ont conduit ces expériences, nous sommes portés à croire qu'on interprète mal les lois de l'hérédité, si lois il y a. Or, il y en a certainement. Mais nous n'osons point nous mêler de cette affaire, elle est trop difficile.

Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que toutes les expériences de transmission des mutilations sont insuffisantes, nullement démonstratives et ne peuvent, jusqu'à nouvel avis, entraîner la conviction (*Gaz. méd. de Nantes*).

II. **Un point d'histoire de l'aphasie. — La découverte de Broca et l'évolution de ses idées sur la localisation de l'aphasie** ; par le Dr Ladame (*Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 3, 1902).

Plusieurs auteurs ayant soutenu récemment que Broca n'avait pas localisé uniquement dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, la fonction du langage articulé, M. Ladame a cru utile de relever ce point d'histoire de l'aphasie en passant en revue, dans leur ordre chronologique, les différentes communications de Broca relatives à l'aphasie. Il résulte de cette revue que les convictions de Broca se sont formées peu à peu, au fur et à mesure des nouvelles observations ou des nouvelles autopsies confirmatives de sa découverte, mais que jamais il n'a varié sur la localisation de l'aphémie dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. G. D.

III. **Sur l'anatomie pathologique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse**; par Switalski (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901).

L'hérédo-ataxie cérébelleuse de Marie, qui est venue se placer à

côté de l'hérédo-ataxie de Friedreich, présente aujourd'hui un tableau clinique complet, mais le tableau anatomo-pathologique de cette affection ne repose encore que sur quelques rares autopsies, qui laissent beaucoup à désirer au point de vue de l'analogie. Le résultat des recherches soigneusement enregistrées par l'auteur est loin de contribuer à la détermination bien nette du tableau anatomopathologique en question. Un seul caractère paraît fixe, c'est la petitesse du cervelet et de la moëlle, avec ou sans lésions macro et microscopiques; les lésions, lorsqu'elles existent, affectent d'ailleurs une distribution topographique très irrégulière s'étendant plus ou moins aux faisceaux cérébelleux directs, aux cordons de Goll, de Burdach ou de Gowers. Pour expliquer ces différences considérables dans les lésions anatomiques d'une même maladie, le Dr Switalski expose une théorie qui a l'avantage d'être rationnelle et simple : l'hérédo-ataxique naîtrait avec un système nerveux et un système vasculaire débile, la débilité nerveuse portant sur le cervelet et ses voies; les troubles cliniques commenceront à se manifester et à s'accentuer avec la diminution progressive de la nutrition. Le degré et l'extension plus ou moins considérables des lésions anatomo-pathologiques seraient en rapport avec le degré plus ou moins profond de cette dénutrition qui tendrait peu à peu à altérer du centre à la périphérie toutes les parties du système nerveux. R. C.

IV. **Recherches sur la structure anatomique du système nerveux chez un anencéphale en rapport avec le mécanisme fonctionnel**; par Vaschide et Vurpas (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901).

Ces recherches, suivies avec les différentes méthodes techniques en usage, sur le névraxe d'un sujet dont l'existence biologique a été décrite dans des articles antérieurs, ont conduit les auteurs à un ensemble de propositions hypothétiques dont les principales sont : 1° Qu'il pourrait exister des mouvements spontanés ou associés, malgré une absence totale du faisceau pyramidal; 2° il se manifesterait des réactions sensitivo-motrices malgré la dégénérescence des cellules nerveuses sur toute la hauteur du névraxe. En résumé, ce cas « peut être considéré comme une expérience de laboratoire qui prouverait, d'une part, l'existence d'une vie biologique rudimentaire, indépendamment du fonctionnement des centres nerveux supérieurs et d'autre part, l'incompatibilité notoire qu'il y a entre l'explication ordinaire que l'on donne du fonctionnement et du mécanisme du système nerveux et les constatations que nos recherches histologiques ont amené à faire sur la structure du névraxe dans ce cas particulier ». R. C.

V. **L'influence sur le travail volontaire d'un muscle de l'activité d'autres muscles**; par Ch. Feré (*Nouv. Iconogr. de la Salpétrière*, n° 5, 1901).

Recherches expérimentales conduites selon la méthode déjà exposée par l'auteur, portant sur le travail du médius, et enregistrées à l'aide de l'ergographe de Mosso, desquelles il résulte que : 1° les mouvements associés et synchromes de la mâchoire, des fléchisseurs des doigts du côté opposé, des muscles de la jambe du côté correspondant ou du côté opposé, si fatigants soient-ils en eux-mêmes, modifient la courbe de la fatigue du médius et produisent une augmentation au moins momentanée du travail.

2° En général, plus l'exaltation du travail a été faible au début, plus la dépression est rapide. Comme les excitations sensorielles, l'excitation autochtone, par l'activité volontaire permet de mobiliser des forces disponibles, elle ne crée pas de forces.

3° Le côté gauche et le côté droit réagissent d'une manière très différente. Le côté droit réagit plus rapidement et s'épuise plus vite : asymétrie réactionnelle qui correspond à une asymétrie motrice et sensorielle, et qui a été déjà observée dans les expériences antérieures. R. Charon.

VI. **Deux cas d'hémihypertrophie congénitale du corps**; par A. Thomas (*Nouv. Iconogr. de la Salpétrière*, n° 6, 1901).

Dans le premier cas, enfant de quatre mois; l'hypertrophie intéresse la face et la langue, à droite, les membres et le tronc à gauche; dans le deuxième cas, la face est indemne et l'hypertrophie porte surtout sur le membre supérieur. Dans les deux cas, il y a diminution de la contractilité faradique pour les parties hypertrophiées, et le processus hypertrophique intéresse à la fois les parties molles et osseuses. Dans le premier cas, il y a rétrocession du processus pendant les deux premières années, ce qui paraît une indication pronostique favorable de cette affection. R. C.

VII. **Ankyloses généralisées de la colonne vertébrale et de la totalité des membres**; par E. Apert. (*Nouv. Iconogr. de la Salpétrière*, n° 6, 1901).

Homme de trente ans, atteint de tuberculose pulmonaire et présentant des ankyloses sinon complètes, au moins très serrées de la plupart des articulations du tronc et des membres. L'auteur élimine le diagnostic de rhumatisme déformant, d'ankyloses congénitales par aligamnios, ou par lésions acquises des centres nerveux : la musculature, les sensibilités et les réflexes sont demeurés intacts. L'autopsie montre des lésions destructives des cartilages articulaires et des déformations considérables des extrémités arti-

culaires des os longs, des vertèbres. L'auteur estime que ce cas ne saurait rentrer dans un cadre nosographique actuellement tracé et que, s'il y avait lieu de lui affecter un nom caractéristique, il pourrait être dénommé : spongiopathie spondyloépiphysaire. R. C.

VIII. **De la réaction des pupilles dans les états d'ivresse et de son importance médico-légale** ; par H. Gudden (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900).

Plus de la moitié des individus, hommes ou femmes, transportés à l'hôpital de Munich pour cause d'ivresse avec exaltation, présentent, immédiatement après leur arrivée, une diminution manifeste de la réaction des pupilles à la lumière, la plupart du temps bilatérale, qui peut affecter la forme d'une immobilité presque complète. Ce sont généralement des sujets ayant fait des excès de bière et d'eau-de-vie mélangées ou d'eau-de-vie. L'accès dure un quart d'heure à une demi-heure, un profond sommeil survient, et, au réveil, tout disparaît, y compris le trouble des pupilles, qui s'accompagne d'une dilatation moyenne. Parfois, à ce moment, la réaction pupillaire est excessive. Chez un certain nombre de malades, chez ceux qui, à la suite du sommeil, demeurent excitables et confus, la diminution ou la lenteur de la réaction pupillaire subsiste, bien que moindre, six à dix heures après l'admission, pour céder tout à fait en trois ou quatre heures à mesure que se produit le parfait rétablissement. Presque tous les ivrognes ont perdu absolument ou partiellement la mémoire des événements qui se sont passés pendant leur état d'ivresse, pour une période de temps embrassant parfois plusieurs heures, ou leurs souvenirs sont altérés. Voici une observation à l'appui de ces constatations chez un dégénéré.

Sans doute, *la diminution temporaire de la réaction des pupilles* à la suite de l'ivresse est un symptôme paralytique produit par le poison. On en ignore le mécanisme, mais elle peut servir de jauge à l'intoxication générale du cerveau ; elle nous fournit la certitude de l'existence d'une perturbation, d'un obscurcissement de la conscience, plus ou moins graves, en tout cas pendant les phases de l'ivresse où s'est développée la diminution de la réaction pupillaire. L'importance de ce signe en médecine légale saute aux yeux.

P. Keraval.

IX. **De la dourine des chevaux** ; par J. Marek. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900).

C'est une affection contagieuse par le coït, dont l'incubation dure de quelques jours à deux mois et qui se manifeste d'abord sur les organes sexuels bien que cette localisation puisse être extrêmement faible et même manquer. On constate, chez la

jument, un catarrhe insidieux de la muqueuse vaginale, souvent compliqué de tout petits nodules et d'érosions; chez le mâle, une tuméfaction graduelle du prépuce et du pénis, sans douleur, accompagnée d'uréthrite catarrhale. Quelques semaines plus tard ou en même temps se produisent des élevures très plates sur la peau des diverses parties du corps. Rondes, annulaires ou irrégulières, elles mesurent 4 à 8 centimètres, se forment très rapidement, en quelques heures ou jours, ne sont ni douloureuses, ni chaudes, durent de un à huit jours pour disparaître également brusquement, tandis qu'à d'autres endroits d'autres surgissent. Avec elles coexiste parfois une éruption semblable à de l'urticaire. Quelques cas de prurit cutané qui, plus tard, cesse de lui-même. Simultanément hyperesthésie progressive de la peau, soit par tout le corps, soit seulement en quelques endroits, et sensibilité à la pression de plusieurs troncs nerveux (sciatique, péronier, médian, trijumeau, intercostaux), qui détermine une respiration superficielle, et de la raideur de la démarche. A ce moment se développe très lentement une paralysie, qui devient complète après des semaines ou des mois, du crural et du sciatique, parfois aussi de l'obturateur des deux côtés, moins souvent des nerfs des pattes antérieures ou d'un nerf crânien, pour atteindre avec le temps également d'autres troncs nerveux. Parmi les nerfs craniens, le facial, plus rarement les nerfs des muscles de l'œil, ou le glosso-pharyngien. Jamais de paralysie des sphincters, ni des muscles de la queue. Les muscles paralysés s'atrophient. Les réflexes cutanés, exagéré par tout le corps ou en quelques points, disparaissent complètement dans les endroits totalement paralysés. Les réflexes profonds fortement diminués ou absents, reviennent graduellement à la normale quand survient une amélioration. L'excitabilité électrique était, en un cas, normale dans les parties non paralysées, diminuée dans la région paralysée ; en deux cas, il y avait réaction dégénérative. Pas de troubles de la connaissance.

Quand la maladie progresse, la mort est fréquente par gangrène du décubitus. La guérison est assez fréquente ; alors, ou la paralysie cède radicalement, ou il persiste une paralysie de quelques nerfs. L'évolution comporte plusieurs mois, une année ou deux. La mort en trois à quatre semaines est rare.

L'histologie minutieuse et longue détaillée par l'auteur lui permet de conclure, de concert avec le tableau clinique, à une *polynévrite infectieuse du cheval*. La lésion des nerfs périphériques, après avoir envahi les ganglions spinaux, entraîne la dégénérescence ascendante de quelques fibres nerveuses dans les cordons postérieurs. Il peut aussi se produire des foyers inflammatoires dans la moelle.

P. KERAVAL.

X. **Contribution à la technique de la coloration des cellules nerveuses** ; par MM. Bielschowsky et Plien. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900).

Le violet de crésyle, dont la constitution est très analogue à celle du bleu de méthyle, excelle pour la substance chromophile des cellules nerveuses. L'auteur emploie le violet de crésyle RRI de la fabrique de Mühlheim sur le Main. Les préparations sont stables. L'opération s'exécute immédiatement dans des solutions étendues transparentes. La substance chromophile prend une couleur bleu-violet. Le violet de crésyle a également de doubles affinités : ainsi, il colore la substance amyloïde en bleu clair, tandis que le reste du tissu est violet.

Technique. — 1° Durcir les pièces dans l'alcool ou le formol, avec traitement consécutif à l'alcool; 2° inclure dans la celloïdine; 3° Les coupes sont plongées pendant vingt-quatre heures à la température de la chambre dans une solution étendue : six à dix gouttes d'une solution concentrée aqueuse de violet de crésyle dans 50 centimètres cubes d'eau suffisent ; 4° passer rapidement les coupes dans l'eau ; 5° déshydratation par l'alcool progressivement concentré ; ainsi se produit la différenciation de la substance grise et de la substance blanche des coupes à l'origine uniformément colorées ; 6° éclaircissement à l'essence de cajeput ; 7° rinçage au xylol sur le porte-objet, baume du Canada, couvre-objet.

On peut se passer d'inclure dans la celloïdine et inclure dans la paraffine la pièce durcie à l'alcool. On peut colorer des coupes congelées faites sur des blocs tirés directement de solutions conservatrices au formol. On peut colorer rapidement à l'aide de solutions concentrées. Les coupes trop colorées sont ramenées à la teinte voulue par un séjour prolongé dans l'alcool, et, si l'on acidifie l'alcool avec des traces d'acide chlorhydrique, on se débarrasse très vite de l'excès de matière colorante. P. Keraval.

XI. **Contribution à la question de l'immobilité réflexe des pupilles** ; par Levinsohn. (*Centralblatt f. Nervenheilk*, XXIII, N. F. 1900.)

Jusqu'ici on n'a pas trouvé le lieu de la lésion qui produit l'immobilité réflexe des pupilles. Les cas favorables à la recherche anatomique nous manquent. Ce n'est pas étonnant, car, si le symptôme en question peut, pendant des années, précéder d'autres manifestations du tabes ou de la paralysie générale, dès que ces derniers apparaissent, la marche de la maladie, surtout de la paralysie générale, se précipite. On doit donc, *a priori*, croire qu'il s'agit d'altérations très subtiles inaccessibles à nos moyens d'investigation. Puis, les altérations de n'importe quel point d'un

neurone envahissent très vite les autres parties de celui-ci. Il est à penser que la lésion qui entraîne l'immobilité réflexe des pupilles où se trouve le foyer, se manifeste très rapidement sur toutes les parties qui entrent en ligne de compte dans la genèse du réflexe pupillaire, y compris les fibres centripètes des pupilles. Cependant, en tous ces cas, l'étude anatomique du nerf optique n'a rien donné.

On n'est pas arrivé jusqu'alors à trouver une explication exacte de l'immobilité réflexe des pupilles qui soit en harmonie avec les résultats anatomiques. Toutes les théories qui essaient d'expliquer ce phénomène par un trouble de fibres centripètes des pupilles se heurtent au fait indéniable de l'union centrale des noyaux sphinctériens et de l'entre-croisement partiel des fibres pupillaires centripètes (Bernheimer). Discussion des travaux de Bernheimer, Edinger et Westphal, Bach et Wolff. Si l'on admet la première, qui paraît certaine, si l'on croit aussi à l'entre-croisement partiel et à la terminaison des fibres pupillaires dans les noyaux sphinctériens, on ne peut trouver d'explication exacte ni au phénomène de l'immobilité pupillaire réflexe unilatérale, ni à l'inégalité des pupilles et à l'inégale sensibilité réflexe de l'immobilité pupillaire réflexe bilatérale, d'après les théories les plus admises actuellement qui présument une lésion des fibres pupillaires centripètes. En effet, dans ces conditions, tout excitant lumineux qui atteint un œil doit, en se transmettant à l'autre noyau sphinctérien, produire l'égalité parfaite de la sensibilité réflexe; où que gise la lésion dans le trajet centripète, que les branches d'un noyau ou des deux soient affectées, que l'affection soit plus prononcée d'un côté que de l'autre, l'inégalité de la sensibilité réflexe est tout aussi impossible que l'inégalité des pupilles. Quant au sympathique cervical, il n'a rien à faire avec l'immobilité pupillaire réflexe ; l'instillation d'une solution faible de cocaïne dilate promptement la pupille (P. Schultz). Le sympathique cérébral est-il lésé ? C'est un territoire encore trop peu exploré. Du reste, les phénomènes de la paralysie du sympathique sont tout autres (Heddæus), et l'intégrité fréquente de la sensibilité malgré l'existence du myosis et de l'immobilité des pupilles s'oppose à une explication de ce genre. Il n'est pas possible d'admettre la théorie d'Heddæus pour l'immobilité pupillaire réflexe unilatérale ; la branche de l'oculo-moteur commun qui anime le sphincter prendrait, pour lui, naissance aussi bien dans le noyau sphinctérien que dans le noyau accommodateur; or, les fibres sphinctériennes autant que les fibres accommodatrices se terminent dans le ganglion ciliaire, et, par suite, ne desservent qu'indirectement les muscles en question. Donc, quand le noyau de l'accommodation est innervé, les fibres qui en émanent n'agissent que sur l'accommodation, et réciproquement, les fibres sphinctériennes n'agissent que sur la pupille.

La lésion exclusive du point de départ de la voie réflexe centrifuge ne cadrerait pas avec les manifestations de l'immobilité réflexe des pupilles.

Eh bien, la voie centrifuge ayant perdu sa réaction à l'égard de la lumière, tandis qu'elle réagit normalement à l'accommodation et la clinique ne permettant pas de dire que l'excitation physiologique d'origine lumineuse ait moins de valeur que celle en rapport avec l'accommodation, on est bien obligé de s'imaginer que *le noyau sphinctérien se compose de deux groupes différents de cellules dont l'un transforme l'excitant lumineux en contraction du sphincter, l'autre fait la même besogne pour les autres excitations.* (Dufour, Lyder Borthen, Bernheimer, Oppenheim, Kostenitsch).

Le *foyer morbide* qui préside à l'immobilité pupillaire réflexe *comprend* donc *une partie du noyau sphinctérien lui-même.* L'inégalité et l'inégale réaction des pupilles de l'immobilité pupillaire réflexe uni et bilatérale s'expliquent alors par l'atteinte plus forte du groupe cellulaire d'un côté que de celui de l'autre : le défaut de contraction irienne à la lumière est plus intense de ce côté que du côté opposé. S'il existe du myosis, on peut croire au premier degré d'une lésion qui irrite celle des cellules sphinctériennes non préposées à la lumière, ou à une action irritative exercée sur ces dernières par des cellules sphinctériennes malades voisines. L'union centrale des noyaux sphinctériens ne nuit pas à l'inégale contraction des pupilles ; si l'excitant se distribue également aux deux noyaux, l'effet des cellules motrices se règle d'après le degré de la lésion. Il n'est pas rare en neuropathologie de voir deux groupes de cellules voisins, à action fort semblable, se comporter différemment à l'égard d'un même agent pathogène. Le poison tabétique ou paralytique posséderait donc une influence élective sur une partie déterminée du noyau de l'oculo-moteur commun ; l'atteinte, avec ce groupe, de l'autre partie du sphincter transformerait l'immobilité pupillaire réflexe en immobilité pupillaire absolue. P. KERAVAL.

XII. **Le système psychiatrique de Wernitcke** ; par C. WINKLER (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII ,N. F. OI. 1900.)

Analyse très consciencieuse du livre du professeur Wernicke, intitulé *Grundriss der Psychiatrie.* 1894-1900. C'est un livre à lire, cela vaut mieux qu'une analyse de seconde main. Nous en avons personnellement parlé dans notre travail sur *l'Idée fixe* : *Archives de neurologie*, 1899. P. KÉRAVAL.

XIII. **Les névroses trophiques vaso-motrices** ; par R. CASSIRER. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII, N. F. XI, 1900.)

Ces complexus symptomatiques, désignés sous les noms de : acroparesthésie (Schulz), névrose vasomotrice (Nothnagel), érythro-

mélalgie, maladie de Raynaud, œdème angionévrotique de la peau, sont constitués par un noyau de troubles vasomoteurs autour duquel se groupent d'autres éléments : troubles sensitifs, sécrétoires, trophiques. L'auteur admet les divisions et subdivisions suivantes :

I. Sympt. vasomoteurs.	*A.* Syncope locale.	
	B. Asphyxie locale.	
	C. Hyperémie locale.	
II. Sympt. sensitifs. . .	*A.* Paresthésies.	*D.* Thermalgies.
	B. Douleurs.	*E.* Anesthésies.
	C. Thermoparesthésies.	*F.* Hyperesthésies.
III. Sympt. sécrétoires. .	*A.* Anhidrose.	
	B. Hyperhidrose.	
IV. Sympt. trophiques. .	*A.* Grangène locale.	
	B. Développement exagéré ou diminué de certaines parties.	
	C. Sclérodermie.	

Il prend pour type de sa description la *maladie de Raynaud*, le plus riche, selon sa propre expression, en tableaux symptomatiques, dans laquelle on rencontre tous les éléments morbides du même acabit. Ils s'associent en des proportions multiples de façon à produire des mélanges qui montrent l'impossibilité d'une classification de types morbides. La cause doit résider dans l'appareil vaso-moteur, sans qu'on soit en mesure de la localiser, non pas seulement pour tous les cas, mais encore pour ceux de la même affection.

Conclusions — 1. Il existe des complexus symptômatiques qui se réunissent pour former des tableaux morbides autonomes. — 2. Il existe des groupes symptomatiques qui constituent des accidents pathologiques d'une maladie fondamentale quelconque, surtout d'une affection nerveuse, plus rarement d'une affection des vaisseaux. Ces derniers ressemblent fréquemment énormément à nos tableaux morbides autonomes. — 3. L'évolution décèle très souvent une différence entre la genèse symptomatique et la genèse idiopathique, mais pas toujours. — 4. Il existe aussi des degrés intermédiaires qui rentrent dans l'hystérie et la neurasthénie. — 5. La gliose spinale est la maladie organique la plus apte à engendrer des associations symptomatiques très semblables ou identiques à nos tableaux morbides. — 6. Mais toutes les maladies nerveuses peuvent se traduire par ces syndromes trophico-sensitivo-vasomoteurs. Cela ne nous étonne pas, car nous savons que la genèse des signes pathologiques du système nerveux tient tout autant au lieu où agit l'irritation qu'au genre de cette irritation : la prolifération de la névroglie en un point donné de la moelle peut produire exactement le même complexus symptomatique qu'un irritant qui modifie chimiquement, fonctionnellement,

la même région. Seulement l'évolution en est différente la plupart du temps. — 7. Les névroses trophiques vasomotrices autonomes se manifestent par des phénomènes symptomatiques semblables. — 8. La distinction entre les deux groupes est généralement possible sans grande difficulté; parfois elle est plus difficile, et ne se peut pratiquer d'emblée. — 9. Notre propre expérience de concert avec celle des autres nous permet néanmoins de dire : L'*acroparesthésie*, la *névrose vasomotrice*, l'*érythromélalgie*, la *maladie de Raynaud*, l'*oedème circonscrit fugace* et la *gangrène en plaques névropathique* doivent, en bien des cas, être tenus pour des *tableaux morbides autonomes*. P. KERAVAL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. **La Paraldéhyde chez les aliénés**; par D.-J. GALIANA. (*Revista de Medicina y cir. pract.*, n° 713).

L'auteur a beaucoup expérimenté cet hypnotique, qu'il donne à la dose de 2 à 4 grammes. Le sommeil ainsi provoqué est rapide, au point que s'il n'arrive pas très vite, c'est que le médicament n'agit pas. Ce sommeil est profond et continu, il résiste au bruit le plus intense et au mouvement sans que la sensibilité ni les réflexes ne soient nullement troublés; c'est un sommeil *consistant et dense*. Au réveil se manifeste un peu de céphalée, d'hébétude et de congestion; l'haleine du malade présente alors une odeur spéciale qui peut le gêner. Le goût désagréable de la paraldéhyde amène quelquefois une résistance énergique des aliénés contre son absorption. Il peut aussi se produire après quelques jours un peu de saburre gastrique et parfois une certaine paraldéhydomanie dont la suppression est d'ailleurs très bénigne. Enfin, au bout de quelques jours, l'accoutumance se produit et le remède devient inactif. En somme la rapidité de l'action et la durée et la solidité du sommeil en constituent tous les avantages. C'est un médicament de choix quand on n'a pas à s'en servir plus de quatre ou cinq jours; il est parfait pour le transport d'un aliéné en chemin de fer; il est contre-indiqué chez les malades congestifs. F. BOISSIER.

II. **Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès**; par le P^r^ BOINET. (*Revue neurologique*, août 1899.)

Chez le malade dont l'observation est relatée, le corps thyroïde de mouton fut ordonné en raison d'un dermatite exfoliatrice généralisée.

A la suite d'ingestion exagérée de corps thyroïdes se développent tout d'abord des troubles psychiques sous forme d'excitation maniaque avec idées de persécution, puis des signes de basedowisme moins l'exophtalmie. Ces troubles cessèrent avec la cessation de l'usage de corps thyroïde.

Cette observation, jointe à celle rapportée par Freiherr von Notthaft, est favorable à la théorie du goitre exophtalmique par hyperthyroïdation ; ces deux cas montrent les dangers de la médication thyroïdienne employée soit d'une façon continue, soit à doses exagérées. E. Blin.

III. **Méthode nouvelle du traitement du morphinisme et de l'alcoolisme**; par A. Haré (*Medical News*, 7 juin 1902).

L'auteur préconise la substitution brusque de l'hyoscine en injections hypodermiques massives. Quelques injections suffiraient.

IV. **Deux cas de névrite sciatique, causée par des injections mercurielles pratiquées dans les muscles de la fesse**; par Ropter et Tauton. (*Revue de médecine*, septembre 1901.)

Il s'agit de deux sujets syphilitiques chez qui des injections intramusculaires déterminèrent des symptômes de névrite du sciatique avec douleur intense, contractions, parésie, troubles paresthéniques.

Un traitement électrique institué amena chez l'un des sujets une amélioration rapide, mais chez le second les troubles ont persisté, laissant le membre dans un état d'impotence fonctionnelle.

A noter que l'injection qui fut suivie de troubles névritiques ne fut pas plus douloureuse que les autres. Il faudrait invoquer une action provoquée par le contact prolongé du sel mercuriel. Dans le second cas, un hématome nerveux en même temps que l'apparition des premiers troubles peut faire penser à des phénomènes de conpression. Dans tous les cas, il existe à la cuisse une zone dangereuse qu'il faut éviter chaque fois qu'on pratique les injections mercurielles. M. Hamel.

V. **Sur les enfants arriérés. Diagnose et traitement**; par Fr. Warner. (*Brit. med. Journ.*, octobre 1901.)

Cette communication et la discussion qui l'accompagne soulèvent la question des classes spéciales et du départ à faire entre les enfants normaux, les arriérés simples relevant de classes distinctes et les anormaux relevant du placement dans les établissements spéciaux médico-pédagogiques.

VI. **Du mode d'action de l'alcool sur l'économie dans l'alcoolisme aigu; l'alcool comme toxique et comme déshydratant**; par Ch. Valentino. (*Revue de médecine*, 1902.)

VII. **Traitement du délire épileptique par l'alitement**; par MARANDON DE MONTYEL. (*Revue de médecine*, 1902.)

L'alitement a été essayé par l'auteur sur de nombreux épileptiques ayant des délires à répétition. L'expérimentation avait d'autant plus de valeur que le traitement par le lit fut tour à tour employé et suspendu pour des accès revenant à intervalles réguliers, ce qui permettait de comparer les deux procédés employés. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le traitement par l'alitement n'a pas tout à fait donné les résultats favorables qu'on pouvait en attendre. Dans quelques cas, l'alitement calma un peu l'agitation, mais l'accès fut plus long ; dans d'autres cas, la confusion fut plus grande ; enfin, dans la plupart des autres, l'action de l'alitement fut nulle. M. H.

VIII. **Sur un cas de pachy-méningite hémorrhagique, traité par des injections sous-cutanées de gélatine**; par le Dr TAILLEUR.

Il s'agit d'un homme de soixante-neuf ans, qui présentait tous les signes d'une pachy-méningite hémorrhagique (état comateux, rétrécissement des pupilles, pouls lent et dur, strabisme, vomissements, etc., et dont l'état semblait désespéré lorsqu'on lui fit à la cuisse une injection sous-cutanée de 12 centimètres cubes de sérum gélatiné à 1 p. 100. Une amélioration indéniable ayant suivi cette première injection, on en pratiqua 5 autres à un ou deux jours d'intervalles. Ces injections se sont parfaitement résorbées et n'ont donné lieu à aucun phénomène.

Malheureusement une nouvelle hémorrhagie trop brusque et trop massive pour permettre une intervention utile, emporta le malade quelque temps après. L'autopsie n'a pas été pratiquée. C'est la première fois, d'après l'auteur, que les propriétés hémostatiques de la gélatine sont utilisées dans le traitement des hémorragies intra-crâniennes. G. DENY.

IX. **Abcès cérébral double après chute sur le front. Trépanation. Guérison** ; par les Drs MATILE et BOURQUIN (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1902, n° 2).

Un enfant de huit ans se fend la peau du front en tombant dans un escalier. Survint une ostéomyélite, puis deux foyers d'encéphalite suppurée. En présence de la céphalée, de la fièvre, de la somnolence, etc., on râcle l'os au niveau de la plaie frontale, jusqu'à la dure-mère : une ponction de cette membrane ne donne pas de résultat. Le lendemain, hémiplégie droite flasque, stupeur, vomissements, frissons ; on incise la dure-mère, puis le lobe frontal gauche ; il en sort 20 ou 30 grammes de pus épais. A la suite de cette intervention, on observe une détente incomplète, mais

les phénomènes de compression cérébrale subsistent. Dix-neuf jours après l'ouverture du premier abcès, une ponction pratiquée dans la cavité du côté du temporal gauche, donne accès dans une seconde poche remplie de pus, qui est débridée et tamponnée. A partir de ce moment, disparition graduelle des accidents et retour complet de l'intelligence. G. D.

X. **Contribution à la thérapeutique de la chorée** ; par W. de Bechterew. (*Centralblatt f. Nervenheilk.*, XXIII, N. F. XI, 1900.)

Reproduction de l'article russe de l'*Obozréniépcichiatrii* de 1899. Déjà analysé. P. Keraval.

XI. **Résection du sympathique cervical pour névralgie du trijumeau ; guérison ; résultat éloigné** ; par M. Gauthier. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, avril 1901.)

M. Gauthier présente un malade opéré par M. Jaboulay pour une névralgie du trijumeau datant de quatre ans. Le malade souffrait dans la zone des nerfs maxiliaires supérieur et inférieur du côté gauche. La douleur, modérée à l'état de repos, était intolérable au moindre effort de mastication. M. Jaboulay a pratiqué la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique le 14 octobre 18900.

Pendant deux mois, il n'y eut point de changement notable. Au bout de ce laps de temps, les douleurs commencèrent à diminuer et le 1er janvier 1901, elles avaient disparu presque totalement. Depuis ce moment, la mastication des aliments est redevenue possible.

Six mois après l'opération, l'état du malade est prospère : il a engraissé de 4 kilogs. Il existe encore un peu de sensibilité à la pression des points d'émergence des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, mais la douleur à la mastication a disparu tout à fait. Comme conséquence de la section du sympathique, on doit noter une légère diminution de la fente palpébrale, un peu d'enfoncement du globe oculaire et du myosis bilatéral, mais plus accentué à gauche. Il semble aussi que la joue gauche soit bouffie et un peu colorée par rapport à la droite.

Ce fait tend à confirmer l'hypothèse formulée par M. Jaboulay. Il pense que l'intervention agit en amenant à la longue des dégénérescences dans le trijumeau, soit au niveau de la racine sensitive vers la partie supérieure du plancher du quatrième ventricule, soit dans son tronc et ses branches par le moyen des nombreux filets qui s'y annexent en différents points. G. C.

XII. **Accidents nerveux consécutifs à la suppression d'une otite ; trépanation de l'apophyse mastoïde** ; par Lépine (*Société nationale de médecine de Lyon*, 11 novembre 1901.)

M. Lépine présente un malade atteint d'épilepsie jaksonienne, dont chaque crise présente des phénomènes différents (parésie d'un des membres supérieurs, le gauche le plus souvent, et alalie). Ce malade ayant eu autrefois un écoulement de l'oreille, M. Lépine s'est inspiré de l'opinion de A. Broca qui préconise l'intervention systématisée. Or les crises ont diminué sous l'influence de la trépanation de l'apophyse mastoïde, mais on n'a pas trouvé de pus. Il est difficile d'expliquer cette amélioration. G. Carrier.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 4 décembre 1902. — Présidence de M. Gombault.

Angoisse et anxiété.

M. Soujues présente un débardeur de trente-six ans atteint d'aortite. Ce malade éprouve à propos du froid, d'efforts, du vent, etc., des crises d'angine de poitrine très douloureuses au cours et en dehors desquelles il n'a pas de peur psychique de la mort. Il a de l'angoisse et pas d'anxiété. Ce fait montre bien la différence de l'angoisse phénomène physique et de l'anxiété phénomène psychique.

Phénomène des orteils dans l'apoplexie.

M. Brissaud depuis la dernière séance a observé quatre malades en état d'apoplexie peu de temps après l'ictus. Chez les quatre sujets il a trouvé très manifestement le signe de Babinsktri.

M. Marie a observé le même fait sur un malade deux heures après l'ictus.

Méthode de l'isolement à l'hôpital pour les névroses.

M. Dejerine préconise le système qu'il a adopté à la Salpétrière pour la cure d'isolement et de psychothérapie appliquée aux malades trop pauvres pour pouvoir être traités dans les maisons de santé. Cet isolement se fait dans la salle commune. La condition d'accepter l'isolement absolu est posée au malade avant son entrée. Il est tenu dans un lit dont les rideaux sont fermés et ne reçoit ni lettres ni visites. Il ne voit que le chef de service le matin, l'interne dans la journée et la surveillante qui ne doit que lui apporter ses aliments et lui donner les soins matériels. Le diagnostic n'est jamais fait devant la malade, on se contente de lui affirmer qu'elle doit guérir. M. Déjerine, sur 200 malades, n'a eu que 2 insuccès. Il traite ainsi des hystériques, des hystéro-neuras-

théniques, des neurasthéniques. Il engage les médecins des hôpitaux à s'organiser pour faire bénéficier les malades pauvres de cette méthode.

Maladie de Dupuytren chez des tourneurs de bouchons.

M. Brissaud a trouvé chez les hommes qui exercent ce métier et qui serrent le bouchon entre deux doigts de la main gauche, de nombreux cas de maladie de Dupuytren, il en présente des photographies.

Arthropathie syringomyélique.

M. Brissaud présente l'articulation scapulo-humérale d'un porteur aux halles, grand buveur, devenu épileptique, puis guéri de ses attaques, qui ne pouvait lever le bras gauche en raison d'une luxation. De plus il ne sentait plus la chaleur à la main droite et pouvait la brûler sans aucune douleur, alors que la sensibilité tactile était conservée. Les mouvements de l'articulation du coude faisaient entendre des craquements à distance. Les deux affections articulaires étaient comme les troubles de la sensibilité dus à la syringomyélie. Or ces derniers troubles se superposaient à des zones radiculaires connues. Ce mode de répartition admis comme étant la règle par quelques neurologistes tels que Max Lahaye n'est pourtant pas la règle et peut revêtir la disposition segmentaire, ou du moins affecter les bandes radiculaires comprises dans un segment du tégument.

M. Dejerine a toujours vu dans ce cas la disposition radiculaire. Il est difficile d'établir la topographie segmentaire de la moelle, alors que la topographie radiculaire en est claire. On ne voit la disposition segmentaire dans la syringo-myélie que quand celle-ci est compliquée d'hystérie.

M. Brissaud ne peut admettre sans peine qu'au moins la limite supérieure de la thermo-analgésie chez son sujet (entre épaule et cou) ne soit pas segmentaire.

Mme Dejerine objecte que cette limite supérieure est celle des innervations respectives du plexus brachial et du plexus cervical. Malgré tout M. Brissaud ne pense pas que la disposition de ce trouble soit toujours nécessairement radiculaire, bien qu'un des premiers il ait signalé la fréquence de ce fait; « il ne faut pas abuser même des choses les meilleures ».

Pathogénie de la maladie de Thomsenn.

MM. G. Ballet et Bordas attribuent le syndrome de Thomsenn à un défaut d'assimilation musculaire. Ils ont trouvé dans l'urine d'un sujet un produit alcaloïdique nouveau qui donne avec l'acide picrique un picrate spécial.

Paralysie radiculaire obstétricale.

M. Huet a suivi 20 cas de paralysie obstétricale du membre supérieur et en présente 4 cas à la societé. Cette paralysie est causée par l'élongation du plexus au passage des épaules au détroit inférieur. La réparation des muscles se fait bien, mais il persiste une certaine déformation et un trouble fonctionnel consistant dans la difficulté de la supination et de la rotation externe de l'humérus.

Diadococinésie.

MM. Campbell (d'Edimbourg) et Crouzon ont étudié la diadococinésie chez les cérébelleux du service de M. Pierre Marie. Ils ont constaté l'existence de ce symptôme révélé par M. Babinski sur trois scléroses en plaques et ne l'ont pas trouvé sur un malade atteint d'un syndrome hystérique simulant la sclérose en plaques cérébello-spasmodiques, ils croient, en conséquence, que ce signe peut être différenciateur de l'hystérie et d'un trouble organique. Enfin ils ont constaté la diadococinésie sur un malade atteint d'une lésion cérébelleuse consécutive à un traumatisme occipital.

Examen de la moelle d'un malade porteur du signe d'Argyll-Robertson. — Tabes fruste.

M. Henri Dufour montre les coupes de moelle provenant d'un malade mort tuberculeux et n'ayant présenté comme seul signe clinique de la série tabétique que le signe d'Argyll-Robertson. Il n'éxiste pas de sclérose des cordons postérieurs; mais à la région dorsale moyenne on voit des épaississements et tourbillons méningés constitués par de la méningite ancienne; de plus à ce même niveau une racine postérieure est détruite, ce qui permet d'affirmer l'existence d'un tabes fruste. Ce cas permet donc de considérer comme tabétiques avérés un certain nombre de malades qui n'ont pour tout signe clinique que l'Argyll-Robertson.

M. Dejerine chez un sujet atteint de signe d'Argyll et de douleurs fulgurantes n'a pas trouvé de lésions.

M. Babinski a aussi vu de tels cas sans lésions mais jamais sans lymphocytose. Pas d'Argyll sans lymphocytes, donc pas d'Argyll sans qu'il y ait au moins un état méningitique spécifique spécial, point de départ des altérations nerveuses.

M. Dufour a aussi toujours trouvé des lymphocytes dans le liquide de la ponction lombaire.

Amyotrophie du tabes dorsalis (trois observations avec autopsies)

MM. F. Raymond et Cl. Philippe communiquent trois observations, suivies d'autopsies, dans lesquelles les symptômes ordinaires du

tabès dorsalis se sont compliqués, à une époque variable de leur évolution, d'une amyotrophie souvent considérable et prédominante au niveau des muscles des membres inférieurs. Cette amyotrophie a évolué assez lentement, sans douleurs des nerfs ou des muscles à la pression, entrainant une impotence fonctionnelle au prorata de l'amaigrissement des muscles. Les réactions électriques ont été souvent rencontrées plus ou moins modifiées (diminution plus ou moins grande de l'excitabilité faradique et galvanique, parfois avec une R. D. incomplète). A noter la déformation fréquente du pied, type Joffroy-Condoléon, avec griffe des orteils; et la marche de l'amyotrophie débutant par les petits muscles des pieds, pour gagner progressivement les grands muscles des jambes et des cuisses. Les secousses fibrillaires ont été notées dans le seul des cas où l'on ait pu assister à l'évolution de l'amyotrophie, dans ce même cas, il y a eu des symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée (voie nasonnée); langue atrophiée avec secousses fibrillaires; troubles de déglutition, etc.

A l'autopsie, à côté des lésions classiques du tabès dorsalis, les auteurs ont trouvé une *atrophie primitive des grandes cellules radiculaires* de la substance grise avec atrophie des racines antérieures correspondantes et altérations névritiques secondaires. Cette poliomyélite antérieure primitive commande rigoureusement l'amyotrophie des membres inférieurs.

Ainsi, ces trois observations plaident en faveur de l'association, relativement fréquente, du tabès dorsalis classique et d'une amyotrophie progressive ordinairement prédominante au niveau des muscles inférieurs, amyotrophie d'origine médullaire.

La secousse musculaire dans les diverses maladies du système nerveux.

M. Mendelson (de Saint-Pétersbourg) résume ses recherches graphiques sur le caractère de la secousse musculaire réflexe dont la courbe représente une parabole dont la partie ascendante est normalement plus courte que la partie descendante. La projection de ces deux segments de courbe serait dans le rapport de 4 pour l'ascendante, à 6 pour la descendante. Cette dernière portion est généralement seule modifiée dans les états pathologiques.

Traitement spécifique de lésions non syphilitiques.

M. Grasset (de Montpellier) envoie une communication lue par M. Marie au sujet de plusieurs cas de lésions des centres nerveux manifestement indemnes de syphilis et pourtant améliorées ou guéries sous l'influence du traitement mercuriel.

M. Durante montre des *névromes terminaux* et une *hypertrophie en masse du nerf médian* sur un avant-bras après résection du coude.

Paralysie sensitivo-motrice flasco-spasmodique, avec cypho-scoliose vertébrale sans lymphocytose rachidienne.

MM. Dupre et Sebilleau. — Garçon de dix-sept ans, présentant depuis six mois une paraplégie motrice, flasque, avec hypotonie musculaire, troubles sphinctériens, et hypoesthésie remontant jusqu'à la cinquième dorsale. Pas de douleurs ni de symptômes rondiculaires. Malgré le caractère flasque de la paralysie, on constate l'exagération des réflexes rotuliens, du clonus du pied et le signe de Babinski. Cette association flascospasmodique est chez le malade entièrement nette. La ponction lombaire ne décèle aucun lymphocyte dans le liquide céphalo-rachidien.

Le diagnostic étiologique de la lésion est orienté vers le mal de Pott par l'existence d'une cyphoscoliose dorsale supérieure très prononcée. Mais l'absence de lymphocytes à la ponction lombaire oblige à rejeter l'hypothèse de leptoméningite, intermédiaire à la pachyméningite et à la myélyte transverse. Il faut admettre une lésion médullaire dorsale, transverse, centrale, coïncidant avec une lésion vertébrale, mais indépendante de tout processus anatomique de contiguité.

MM. Heitz et Lortat-Jacob communiquent une note au sujet de *l'intermittence d'anesthésie radiculaire alternant avec des crises gastriques chez des tabétiques.*

M. P. Richer est nommé président pour 1903. F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 18 novembre 1902. — Présidence de M. Jules Voisin

La psychologie du tuberculeux.

M. Félix Regnault. — Les manifestations psychologiques les plus saillantes chez les tuberculeux sont : l'optimisme, l'égoïsme, l'hyperexcitabilité et la sentimentalité. Ils sont optimistes parce que souvent ils ne souffrent pas et de cet optimisme naît leur insouciance à se soigner énergiquement ; aussi est-il salutaire de toujours éclairer un tuberculeux sur son état ; quand il connaît la vérité, il ne s'en trouve pas démoralisé, mais, au contraire, il comprend la nécessité du traitement qu'on lui impose. Leur égoïsme n'est pas le propre de la tuberculose ; il est le fait de l'affaiblissement et de la dépression. Leur sentimentalité, qui en fait parfois des « embrasés », tient à ce fait que dans les sanatoria, par exemple, ils mangent bien, ont la vie facile et ne sont nulle-

ment préoccupés par les soucis de l'existence. Ceux qui sont hyperexcités sexuellement ne sont, ni les tuberculeux fébriles, ni les tuberculeux sans fièvre, mais les tuberculeux subfébriles. La tuberculose peut ajouter un ou plusieurs caractères à l'état mental préexistant ; elle ne le modifie pas de fond en comble, comme cela arrive, par exemple, pour le myxœdème ou l'ablation des testicules.

M. Bérillon. — C'est déjà dans la période prodomique, au cours de la lente incubation, que le tubercubeux présente des troubles nerveux et mentaux. Ce qui m'a le plus frappé à cette époque, c'est qu'ils sont hypersuggestibles et abouliques. La constatation de cette hypersuggestibilité fait espérer que l'influence psychothérapique est de très courte durée et cela n'a rien d'étonnant, puisqu'elle est tenue en échec par une intoxication permanente. Chez le tuberculeux, la suggestion agit sur le psychique ; elle modifie le caractère, elle contribue à créer l'optimisme ; elle n'agit sur les troubles somatiques que d'une façon faible et passagère, ainsi que le font les médicaments. Les tuberculeux, dès la période prodromique, sont des abouliques ; ils font toutes sortes de projets qu'ils ne réalisent pas ; ce sont des êtres diminués au point de vue de l'action. A une période plus avancée, ils sont extrêmement égoïstes. Un malade me traduisait son état mental par ces mots : « Je suis anarchiste de la santé des autres. » Un autre, faisant son testament, partageait à dessein sa fortune entre des gens tous mal portants, pour jouer une niche à ceux de ses héritiers qui étaient bien portants et qui, pour cela seul, lui étaient odieux.

M. Paul Magnin. — Je suis tout à fait d'avis que la période prébacillaire s'accompagne de changements de caractère. A ce sujet, il faut distinguer le tuberculeux et le phtisique. Le tuberculeux présente, en effet, une psychologie particulière : la psychologie des phtisiques au contraire, est celle de tous les malades infectés et épuisés. J'estime qu'il ne faut pas cacher au tuberculeux son état, mais au contraire le lui révéler ; en lui promettant formellement qu'il pourra se guérir s'il se soigne résolument, on obtient de lui une très grande docilité, tout en lui laissant son optimisme.

M. Loinel Dauriac. — Je suis très frappé de la conscience avec laquelle les médecins de nos jours se préoccupent de l'opportunité d'éclairer le malade sur son état. En révélant la vérité au tuberculeux, en lui apprenant qu'il est contagieux, on lui montre qu'un devoir lui est imposé par la nécessité de ne point attenter à la santé d'autrui ; il est ainsi tenu par la plus élémentaire obligation morale de préserver ses semblables des microbes dont il est le véhicule ; et je me félicite que les progrès de la science

exercent cette influence sur la moralité et la conscience des malades.

M. Cazaux (d'Eaux-Bonnes). — En principe, je suis également d'avis qu'un tuberculeux doit être prévenu de son état ; mais je pense qu'il y faut des formes et des ménagements ; le médecin de famille peut préparer le malade et l'entourage et leur épargner un aveu brutal. Tout cela comporte des décisions d'espèce. Pour ce qui est de l'évolution de la maladie, j'ai constaté que les tuberculeux névropathes ou hystériques sont ceux qui guérissent le mieux.

M. Henri Lemesle. — La psychologie du tuberculeux varie suivant qu'il s'agit du tuberculeux oisif qui séjourne dans un sanatorium ou du tuberculeux actif qui continue à vivre de la vie ordinaire ; cette différence du milieu influe sur les modifications mentales ou nerveuses.

M. Jules Voisin. — Dans mon service de la Salpêtrière, je ne perds guère, par an, plus de deux malades pour cause de tuberculose. C'est qu'ils ont, d'ordinaire, très bon appétit ; sinon on les gave. Quant à l'état mental de ces malades, il faut distinguer ceux qui sont atteints de tuberculose pulmonaire et ceux qui, par exemple, ont de la tuberculose gastro-intestinale, ceux-ci sont rarement euphoriques.

M. Lépinay. — Il résulte de la discussion qu'avant les symptômes cliniques de la tuberculose, on peut observer des perturbations psychiques d'ordre spécial et qui peuvent faire soupçonner sinon diagnostiquer l'affection. Les mêmes faits existent chez les animaux et notamment chez les vaches. Les perturbations psychiques ont surtout leur répercussion sur les organes sexuels et les organes digestifs. Les vétérinaires savent que les vaches taurélières (vaches qui paraissent changer de sexe) les vaches qui mangent les objets, tels que les étoffes, les morceaux de bois ou de fer, etc., sont pour la plupart des bêtes chez lesquelles la tuberculose commence à évoluer, sans cependant présenter des symptômes cliniques, évidemment moins faciles à observer que chez les humains. Je ne sache que pareille observation ait été faite pour les petits animaux. Toutefois, j'ai remarqué un certain nombre de petits chiens manifestement tuberculeux et chez lesquels le caractère se modifiat complètement. De doux ils devenaient agressifs au point de mordre les personnes qu'ils affectionnaient le plus. Ils paraissent aussi avoir des excitations sexuelles anormales.

Somnoforme et suggestion.

M. Paul Farez. — Certains malades ne peuvent, pour diverses raisons, être plongés dans le sommeil hypnotique ; dès lors, toute

espèce de suggestion se montre chez eux tout à fait inefficace. Pour ces cas, on se décide parfois, en dernier ressort, à formuler les suggestions curatives après avoir provoqué la narcose chloroformique. Or, le chloroforme présente, à notre point de vue spécial, de multiples inconvénients, complications et même dangers.

Je propose de le remplacer par le somnoforme. Cet anesthésique est inoffensif; il peut être administré sans aucun préparatif, chez tous les individus, jeunes ou vieux, bien portants ou malades, assis ou couchés, déshabillés ou non, avant ou après les repas ; il procure un sommeil facile, immédiat et sûr ; au bout d'un certain temps, le réveil survient, complet et instantané, sans qu'aucun malaise se manifeste. Un neurasthénique avec phobies était soigné par moi, sans grand résultat, depuis quelque temps ; les divers agents hypotaxiques ne parvenaient guère à l'influencer. Il guérit rapidement à la suite de quelques séances de suggestion, faites à la faveur du sommeil somnoformique. La somnoformisation me paraît devoir, absolument et dans tous les cas, remplacer la chloroformisation dans la pratique de la psychothérapie.

Hystérie traumatique guérie par la suggestion hypnotique.

M. Jules Voisin. — Un maçon âgé de vingt-sept ans ressent une violente commotion électrique en montant dans un tramway ; il tombe à la renverse et l'on est obligé de le relever. Aussitôt, ses membres inférieurs présentent des secousses qui, bientôt, se propagent à tout le corps. Cet état dure depuis plusieurs mois ; le malheureux est incapable de se livrer à aucun travail et il est dans la misère. Il présente des stigmates manifestes d'hystérie. Je l'hypnotise et il peut reprendre son travail après la deuxième séance. Quelques mois après, à la suite de chagrins domestiques, il est repris de ses secousses qu'une nouvelle hypnotisation fait disparaître complètement.

Psychologie d'anormaux, les femmes à barbe.

M. Berillon. — On a noté chez certains aliénés un assez grand nombre de cas dans lesquels le système pileux était assez développé au menton ; en outre chez certaines femmes la lèvre supérieure est légèrement ombragée et le menton partiellement garni de poils. Ce n'est pas leur cas que je veux étudier, mais celui des femmes, assez rares, qui ont une véritable barbe, d'aspect nettement masculin ; Je vous en fais passer plusieurs photographies. Parmi les femmes qui ont une barbe clairsemée, on trouve fréquemment des viragos à allure, démarche, et sentiments masculins. Au contraire, les femmes qui ont une barbe masculine complète et très abondante sont éminemment femmes par la

structure physique, l'état mental, les sentiments, la moralité, la sexualité, la maternité, leurs organes génitaux sont normaux et leurs époques régulières ; elles sont douces, plutôt timides et recherchent la compagnie des femmes.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Le caractère* ; par A. Malapert, 1 vol. in-18 de 300 pages. — Bibliothèque internationale de Psychologie expérimentale (Directeur, Dr Toulouse). O. Doin, éditeur, Paris 1902.

Il ne s'agit pas d'une théorie personnelle du caractère, mais d'une étude historique et critique des travaux consacrés à cette question d'une déconcertante complexité. Ce n'est que depuis une douzaine d'années que les psychologues se sont occupés d'*Ethologie*, dont Stuart-Mill réclamait la constitution dès 1843. Les préoccupations métaphysiques, les tendances de la psychologie ordinaire à ne s'occuper que de généralités, le préjugé légué par le XVIIIe siècle, d'après lequel tous les hommes naissent également amorphes et plastiques, les inspirations de la physiologie et de la sociologie, autant d'influences qui avaient éloigné les savants de l'étude des diversités individuelles. Stuart-Mill ne voyait dans l'Ethologie que la détermination des causes qui produisent les diverses formes de caractère, nous devons y voir en même temps les particularités individuelles sur lesquelles agissent ces causes. A côté de la psychologie générale, qui est analytique, et abstraite, il peut et il doit y avoir une psychologie synthétique et concrète, qui la complètera, et qui sera l'*Ethologie* de Stuart-Mill, la *Caractérologie* de Bahnsen, ou la *Psychologie différentielle* de W. Stern. La méthode qui lui convient est la méthode clinique, la méthode déductive risquerait de substituer aux faits des constructions de l'esprit, et nous exposerait à méconnaître une trop grande partie du réel observable.

Le caractère est la somme, ou mieux le système particulier constitué par la réunion, selon certains rapports, des diverses dispositions psychiques qui se rencontrent dans une personne donnée. Il y a dans tout caractère, de l'inné, constitué par les transmissions héréditaires de tous degrés et les constitutions physiques et mentales propres à l'être naissant ; il y a aussi de l'acquis, sous l'action des influences naturelles ou sociales, que chaque homme subit, et aussi de la réaction de l'intelligence, et de la volonté contre l'élément inné. Les causes qui concourent à la formation du caractère

acquis sont l'évolution naturelle propre à tout être humain et l'évolution accidentelle particulière à chacun. Ces évolutions à la fois biologiques et psychologiques, facilitées ou contrariées par l'intervention de facteurs de tout ordre, depuis le climat, la nutrition, les lésions organiques, jusqu'à l'éducation, les conditions sociales, et la volonté, subissent des influences quelquefois lentes constantes, quelquefois rapides sous forme de crises. Quant au caractère inné, il repose sur le tempérament et le naturel, le premier tenant à des conditions purement physiologiques, le second englobant l'ensemble des tendances et aptitudes mentales propres à chaque individu. Les facteurs qui président à sa formation, sont le sexe, la race, la nationalité et l'hérédité personnelle. L'auteur va laisser de côté l'Ethologie ethnologique, pour se limiter à l'Ethologie individuelle, qu'il va considérer au point de vue métaphysique, physiologique et surtout psychologique.

Le problème métaphysique de l'individuation a donné lieu à deux grandes conceptions : le monisme et l'individualisme, qui sont tour à tour acceptés et rejetés par la philosophie moderne et contemporaine, avec parfois quelques essais de conciliation. Ces conceptions ont fait naître l'idée de fatalisme, à laquelle Kant et Schopenhauer s'efforcent de substituer l'idée de liberté en distinguant le caractère empirique du caractère intelligible. Cette distinction s'allie, sans la moindre contradiction, avec l'idée de fond primitif, de caractère inné. Ce dernier n'est-il pas lui-même acquis, et cette innéité dans l'individu ne peut-elle pas être une acquisition de l'espèce ? Avec Hoffding, l'auteur conclut que l'individualité psychique est l'une des limites positives de la science, nous touchons là à un de ces problèmes dont la solution ne peut être qu'imaginative, hypothétique et par conséquent non scientifique.

Les rapports intimes qui existent entre le physique et le moral, acceptés par tous les philosophes depuis Aristote, rendent impossible une théorie et une classification naturelle des caractères, sans une théorie et une classification des tempéraments. Dans l'antiquité prévaut la théorie humoriste ; Stahl et Heller préparent l'avènement des solidistes : puis les uns font dépendre le tempérament du développement des organes et voient partout des prédominances organiques plus ou moins nettement localisées ; les autres ne considèrent que l'activité particulière du système nerveux. Mais peu à peu le tempérament change de sens, il ne désigne plus que l'excitabilité variable du système nerveux : Kant, Seeland, Wundt paraissent considérer ce dernier comme isolé dans l'organisme. Le tempérament s'identifie chez eux avec la sensibilité. M. Fouillée et M. Manouvrier, retournent à une conception physiologique. Avec le premier, la considération de la prédominance relative de l'épargne (catabolisme, intégration) ou de la dépense (anabolisme, désintégration) dans l'organisme, fournit les divisions essentielles ; leur

rapport avec le système nerveux, les subdivisions ultérieures et dérivées. La fonction sensitive favorise l'intégration, la fonction motrice, la désintégration. Mais l'équivoque et l'indécision apparaissent quand il s'agit de passer des tempéraments aux caractères. M. Manouvrier s'appuie sur la variabilité de la quantité d'énergie potentielle de l'organisme, qui peut tenir à l'état plus ou moins florissant des fonctions de nutrition. Il existe trois tempéraments : le sthénique, le mésosthénique et l'hyposthénique, qui correspondent à la division classique : bilieux, sanguin, flegmatique. Mais cette théorie a le tort de n'envisager que le degré d'activité psychique et de négliger la direction de cette activité. Il résulte de la variété de ces théories que le sens du mot tempérament n'est pas encore suffisamment précisé et que la classification adoptée généralement ne repose que sur l'observation psychologique. L'auteur est loin de vouloir nier l'influence du tempérament sur le caractère mais il lui semble illégitime de chercher dans des hypothèses physiques un fondement positif pour une théorie et une classification des caractères. Dans l'état actuel de la science, la psychologie peut seule nous éclairer sur ce point.

L'auteur passe en revue et discute les théories psychologiques du caractère, soutenues par les philosophes contemporains. M. Paulhan s'est plus occupé de la forme que du fond. Il ne voit que les tendances et leurs rapports, il donne au caractère un aspect fragmentaire, morcelé et laisse absolument de côté le grand ressort qui actionne les rouages et qui est en somme le caractère. Selon M. Ribot, l'essence du caractère doit être cherchée exclusivement dans la sensibilité. Il n'est que la prépondérance native d'un instinct ou d'un groupe d'instincts. L'intelligence éclaire la vie, mais n'en est pas le moteur. De ce que l'intelligence n'est pas tout le caractère, objecte M. Fouillée, s'en suit-il qu'elle n'y est rien . N'est-elle pas innée au même titre que la sensibilité, et ne peut-elle pas modifier cette dernière . De même, si la volonté n'est, en dernière analyse, que la systématisation des tendances sensitivo-motrices, ce rôle est-il sans portée dans la constitution du caractère. Avec plus de raison Bain, M. Queyrat et M. A. Lévy voient dans le caractère une synthèse des trois grandes facultés psychiques : la sensibilité, l'intelligence et l'activité. Nous devons, nous, ajouter la volonté. Les modalités sous lesquelles apparaissent ces diverses fonctions constituent les véritables éléments psychologiques du caractère. Pour être complet, il faudra aussi tenir compte de leurs rapports de coordination et de subordination, et envisager leur qualité, non leur quantité, Si l'on ne peut en déduire des lois au sens scientifique du mot, on peut au moins relever des coïncidences qui confinent aux causalités. Quoiqu'il en soit, ces relations qualitatives permettent de concevoir le type.

Une classification psychologique ne peut avoir la même vigueur

qu'une classification zoologique. Le Dr Azam, se plaçant au point de vue objectif, extérieur trouve les bons caractères, les mauvais et ceux qui sont bons ou mauvais suivant les circonstances. B. Perez serre de plus près la question : il y a. pour lui. les vifs, les ardents. les lents et les équilibrés avec des types intermédiaires. Mais ne prend-il pas lui aussi le signe, pour la chose elle-même. Ribot admet les sensitifs, les actifs et les apathiques, qu'il décompose en variétés. Il laisse de côté les amorphes et les instables de nature pathologique. Ribot pèche par excès de simplification. Paulhan, estimant qu'un caractère est déterminé d'un côté par la forme particulière que revêt l'activité de l'esprit, et d'un autre côté par la nature même des tendances. trouve 70 sortes de caractères.

Fouillée les ramène à trois : les intellectuels et les volontaires. Les autres classifications ne sont que les combinaisons des précédentes. L'auteur accepte la distinction en apathiques, affectifs, intellectuels, actifs, tempérés et volontaires.

Nous passons ensuite aux caractères morbides, aux maladies du caractère, qu'il ne faut pas confondre avec le caractère dans la maladie. Le Dr Boudet en compte trois : l'hypochondrie, la mélancolie, la névropathie, à laquelle Queyrat substitue l'hystérie. Ribot distingue les contradictoires successifs, les contradictoires simultanés et les instables ou polymorphes. Que de normaux alorsse trouvent ainsi classés dans les anormaux et que d'anormaux sont oubliés si l'unité et la stabilité entrent seules en ligne de compte.

L'Ethologie est loin d'être une science définitive ; l'imprécision du vocabulaire psychologique donne lieu aux contradictions en partie apparentes des théories énoncées. L'accord se fait cependant sur l'objet et la méthode de cette science nouvelle, ce qui est important.

Le livre de M. Malapert est l'œuvre consciencieuse d'un psychologue documenté ; les diverses théories émises avant lui y sont exposées avec autant d'impartialité que de concision, et les discussions auxquelles il les soumet témoignent d'un esprit véritablement scientifique. M. Malapert ne s'arrête pas à l'observation subjective, il vante avec raison les avantages de l'expérimentation, et ne dédaigne pas, comme tant d'autres, l'aide de la psychopathologie pour éclairer la psychologie normale : la *Bibliothèque internationale de Psychologie expérimentale* vient de s'augmenter d'un volume de haute valeur. J. Boyer.

II. *Oreille et hystérie ;* par Fleury-Chavanne. (Th. Lyon 1901.

Le travail très important de M. Chavanne intéresse à la fois les otologistes et les neurologistes. Il comprend trois parties. Dans la première, après un historique de la question, l'auteur met au point la question si délicate de l'acoumètrie. La deuxième partie

est consacrée à l'étude du syndrôme otique de l'hystérie. Les travaux de Walton, de Thomas et Oppenheim, de Lichwitz, de Gradenigo, y sont analysés.

Les observations personnelles de l'anteur, montrent l'absence de rapport constant entre les troubles de la sensibilité cutanée et ceux de la sensibilité acoutisque ; l'existence d'hypoesthésie acoustique chez les hystériques, alors même qu'ils ne présentent aucun trouble de la sensibilité, apparaît évidente dans la plupart des cas. L'auteur passe en revue les caractères de cette diminution de l'acuité auditive. Nous signalerons l'absence habituelle d'hypoexcitabilité à la réaction galvanique, contrairement aux notions admises à la suite de Gradenigo ; l'absence ordinaire de phénomènes auriculaires subjectifs, ceux-ci, lorsqu'ils existent, étant sous la dépendance d'une affection de l'oreille ; le rôle d'appel important pour la localisation de la névrose, joué par les lésions auriculaires. Ce rôle, peut en effet, être assez considérable pour éveiller une hystérie latente et servir d'agent provocateur à des troubles localisés, non seulement sur l'oreille, mais encore sur d'autres points de l'organisme.

La troisième partie comprend des faits d'hystérie auriculaire monosymptomatique dans lesquels l'élément auriculaire, s'il n'est pas toujours l'unique symptôme, domine du moins absolument la scène hystérique. La surdité, la surdi-mutité, la surdi-cécité, la surdi-muti-cécité sont ici la traduction de phénomènes d'anesthésie.

L'hyperesthésie est représentée par les algies otiques : hyperacousie douloureuse et hyperacousie hystérogène ; zônes hystériques ; vertige de Ménière hystérique extrêmement rare et pouvant revêtir parfois la forme apoplectique ; otalgie ; algie mastoïdienne (pseudo-mastoïdite).

L'étude des otorragies hystériques et celle de l'hystéro-traumatisme de l'oreille terminent ce travail sur les rapports de l'oreille et de l'hystérie. G. Carrier.

III. *Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Normandie;* par R. Leroy (Broch. 85 p., in-8, Evreux 1902).

La Normandie est ravagée par le café pris à la mode locale et représentant de 30 à 200 grammes d'alcool pour un café pris par un individu, sous forme de gloria, pouce-café, rincette, consolation, etc. On y prend encore un mélange de cidre et d'eau-de-vie chaud ou froid, appelé phlipp. Indépendamment de cette consommation locale et de celle du cidre, le vin, l'eau-de-vie commune, l'absinthe, le cognac y fraternisent avec l'eau-de-vie de cidre. Du cabaret, l'alcool est passé dans la famille, le nourrisson au biberon n'y échappe pas plus que l'enfant qui va à l'école avec de l'eau-de-

vie dans son panier et qui chez lui dans la proportion de 1 sur 3 prend de l'eau-de-vie régulièrement après chacun de ses repas. L'eau-de-vie de cidre frappe particulièrement la mémoire. La consommation alcoolique est passée dans l'Eure de 8.652 hectolitres en 1827 à 56.652 en 1891, alors que le chiffre de la population a diminué. Cette augmentation tient à l'établissement, en 1875, du privilège des bouilleurs de cru et à la loi de 1880 autorisant l'ouverture des débits sur simple déclaration. L'Eure a toujours eu une consommation alcoolique plus élevée que le reste de la France, en 1827, elle avait 2 litres d'alcool à 100° par tête et par an contre 1,12 pour la France; en 1898 elle avait 16 litres à 100° contre 4,28 pour la France. Dans un petit village de 300 habitants, les débitants vendent 100 litres d'eau-de-vie par mois, Il y a dans l'Eure un débit pour 72 habitants soit un débit pour 25 adultes. La bière était la boisson d'autrefois en Normandie détrônée assez tard par le cidre alors que le vin n'y a jamais été dédaigné. La population a fondu sous le flux de l'alcool; l'Eure avait 425 078 habitants en 1841, elle n'en a plus en 1896 que 340 652 soit une diminution de 1 500 par année. La criminalité y a doublé depuis 30 ans. De 1835 à 1897 les suicides ont passé de 44 à 172. Les frais d'assistance des aliénés sont allés de 141 000 francs en 1869 à 267.000 en 1895.

F. B.

IV. *Les aliénés devant la justice;* par F. Pactet et H. Colin. 1 vol. in-12, *Encyclop. d'aides-mémoire.* Paris, Masson, 1902.

Laissant de côté tout ce qui a trait à l'appréciation de la capacité civile, les auteurs ne se sont pas proposés de faire un manuel de médecine légale des aliénés; ils envisagent l'aliéné au point de vue des actes délictueux qu'il a pu commettre. Ils montrent que trop souvent il est considéré par les tribunaux comme responsable de ses actes et que dès lors il n'échappe pas aux rigueurs de la loi; malgré le texte de l'article 64 du Code pénal qui déclare qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou qu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. Il s'agit donc ici d'une étude des aliénés méconnus par les tribunaux et par suite victimes d'une injustice grave. Que l'on accuse les médecins de se montrer trop sensibles au malheur de ces condamnés souvent inconscients, souvent très dangereux, ceci n'empêche qu'il ne suffit pas de les empêcher de nuire d'une façon quelconque. Ces pauvres diables ont des familles sur qui retombent lourdement et cruellement l'oprobe et le déshonneur de la condamnation d'un de leurs membres, taches auxquelles ces familles auraient échappé si, au lieu de la peine infamante, les magistrats avaient formulé une ordonnance de non lieu et appliqué un régime non déshonorant d'internement du malade. En passant en revue les actes les plus fréquents des aliénés: vols, meur-

tres, délits érotiques, incendies et la genèse de ces faits, les auteurs examinent les causes de la non reconnaissance de l'irresponsabilité dans les jugements trop rapides des flagrands délits, dans les cas de défaut d'expertise médicale, de rejet de cette expertise quand elle a eu lieu, et de refus d'expertise de la part des magistrats. Le livre se termine par l'exposé de nombreux faits cliniques dans lesquels les poursuites judiciaires ont été manifestement exercées contre des aliénés dont le délit était un symptôme de leur état d'aliénation mentale. Ce livre est non seulement didactique et scientifique mais il a encore une portée plus large en démontrant l'urgence d'une importante réforme dans l'application de la justice. Un second volume traitant des aliénés dans les prisons complètera cette intéressante étude. F. Boissier.

V. *Alienados nos Tribunaes;* par J. de Mattos (1 vol. in-12 de 300 p., nombreuses fig. dans le texte. Lisbonne 1902).

Cet ouvrage est entièrement clinique. En dehors de la préface, qui propose des réformes pour la législation et l'enseignement en Portugal, il n'y a pas un seul chapitre de dissertation théorique. Le plan très mûri, très net, très scientifique a été complètement et exclusivement rempli avec des observations choisies parmi les plus typiques. Cette construction particulière rend le livre très captivant et facile à lire. Il traite par ordre de fréquence de chacun des délits ou crimes les plus fréquents au cours de l'aliénation et dans une seconde partie, il s'occupe des cas civils. Parmi les crimes contre les personnes on remarque un meurtre commis au cours d'un accès de manie transitoire guéri au moment du jugement, un autre meurtre accompli avec une soudaineté brutale habituelle aux épileptiques, le malade s'étant acharné sur le cadavre de la victime dont il a bourré la bouche et le vagin avec toutes sortes d'objets, faits dont il ne conserve aucun souvenir. Ce sont enfin des crimes du même genre, des voies de fait ou des viols exécutés par des mélancoliques avec délire de possession, des persécutés, des déments, des imbéciles, des idiots, enfin des incendies, des vols dont un commis par un imbécile sous l'impulsion d'un autre individu. Suivent des cas d'incapacité à tester, de non-validité de testaments et de donations, d'interdictions, etc. Chaque cas est suivi d'une discussion et d'une explication spéciale avec indications bibliographiques. F. Boissier.

VI. *Memoria de la section de Lombres* et *Memoria de la section de Mujeres de la casa de orates de Santiago;* par J. Castro Soffia et O. Echegoyen (deux fascicules in-8. Santiago du Chili, 1902).

Organisation et statistique de l'asile d'aliénés de Santiago du Chili. Cas cliniques spéciaux et faits médico-légaux. Remarques thérapeutiques. F. B.

VARIA.

Asiles d'aliénés ; Concours de l'Adjuvat.

Le concours d'adjuvat des asiles publics d'aliénés de France, réorganisé par l'arrêté ministériel du 9 mai 1902[1], s'est ouvert, au Ministère de l'Intérieur, le 10 novembre dernier et s'est terminé le 24 du même mois. Le jury était composé de la manière suivante : Président : M. le Dr Drouineau, Inspecteur Général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur; Membres titulaires : M. le Dr Mairet, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Montpellier; le Dr Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse; le Dr Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux; le Dr Magnan, médecin en chef de l'Asile clinique (Sainte-Anne); le Dr Rousset, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône); le Dr Anglade, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne); membre suppléant : M. le Dr Giraud, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Trente-six candidats (36) s'étaient fait inscrire pour ce concours mais vingt (20) seulement ont été admis aux épreuves orales à la suite desquelles onze ont été déclarés par le jury aptes à être nommés médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés, savoir : MM. les Drs Mercier, Capgras, Simon, Lagriffe, Aubry, Coulonjou, Parant, Vernet, Gimbal, *Ex-æquo* : Masselon, n° 1, Malbois, n° 2.

Textes des questions choisies par le jury (Sorties ou non sorties de l'urne) au cours des épreuves écrites et orale.

Première épreuve écrite : (Anatomie et physiologie du système nerveux). Les nerfs de la langue. — *Questions restées dans l'urne :* 1° Les centres corticaux; 2° Le neurone.

Deuxième épreuve écrite : (Organisation des Asiles publics d'aliénés et législation). Placement et sortie dans les asiles publics et privés (Législation). — *Questions restées dans l'urne* : 1° Quelles sont les obligations respectives des directeurs, directeurs-médecins et médecins-adjoints dans les asiles publics d'aliénés? Dans quelles circonstances et dans quelles conditions les médecins-adjoints sont-ils appelés à suppléer leur chef de service? 2° De la responsabilité des directeurs et médecins en chef des asiles publics et privés, dans le cas de suicide, d'évasion et d'accidents graves, ainsi que dans les sorties d'essai?

[1] Voir cet arrêté dans le numéro de juillet 1902 des *Archives* (p. 71).

Épreuve orale : (Question portant sur la médecine et la chirurgie en général). (5 séances). — Première séance. — *Questions sorties :* Point de côté ; fracture du col du fémur. — *Questions restées dans l'urne* : 1° Rétrécissement de l'œsophage (médecine et chirurgie) ; 2° Insuffisance hépatique (symptômes et diagnostic). Mal perforant plantaire.

Deuxième séance. — *Question sortie :* Symptômes et diagnostic du goître exophtalmique. — *Questions restées dans l'urne :* 1° Symptômes et traitement de l'appendicite ; 2° Complications cardiaques du rhumatisme. Rétrécissements de l'urèthre.

Troisième séance. — *Questions sorties :* Symptomatologie de l'intoxication saturnine. Hydrocèle, étiologie, diagnostic et traitement. — *Questions restées dans l'urne* : 1° Séméiologie des vomissements. Hernie étranglée ombilicale ; 2° Diagnostic des céphalées, fistules anales : symptômes, diagnostic, traitement.

Quatrième séance. — *Questions sorties* : Hématurie : Etiologie et traitement. Dyssenterie. — *Questions restées dans l'urne* : 1° Diagnostic différentiel de la rougeole et de la scarlatine à la première période ; fracture de la base du crâne ; 2° pathologie et diagnostic du zona. Diagnostic et traitement des fractures de l'olécrane.

Cinquième séance. — *Questions sorties :* Cirrhose hépatique : étiologie et diagnostic. Rétrécissement de l'œsophage. — *Questions restées dans l'urne :* 1° Pleurésies purulentes : médecine et chirurgie ; 2° méningite tuberculeuse : symptômes et diagnostic, fracture du maxillaire inférieur.

Comme on le voit, ce concours pèche par l'absence de toute épreuve de *clinique mentale*.

Asile d'aliénés de la Seine : *Concours de l'Internat en médecine.*

Ce concours a commencé le 1er décembre à l'Hôtel de Ville. *Jury* : M. Bourneville, Courtois-Suffit, Dupain, P. Garnier, Mauclaire, Toulouse et Vigouroux, 18 candidats étaient inscrits, 16 ont pris part à la *question écrite*, laquelle était : *Luxation de l'épaule ; complications de la fièvre typhoïde.* Questions restées dans l'urne : Symptômes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac ; et plaies de l'abdomen ; Symptômes et diagnosttc de la pleurésie aignë et étranglements herniaires. La première séance de lecture a eu lieu le 3 décembre : M. Damaye, 23 ; M. Danjan, 23 ; M. Vincent, 21 ; M. Bour, 25. — Séance du 4 décembre : MM. Violet, 25 ; — Audan, 20 ; — Halberchstald, 24 ; — Lœw, 18. Séance du 6 décembre ; M. Privat de Fortunié, 25. — M. Artarit, 21 ; M. Pascault, 17. — Séance du 8 décembre ; M. Duhem, 20 ; — M. Charpentier, 26 ; — M. Dromard, 29.

Epreuve orale. (Sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, 15 minutes de préparation, 15 minutes d'exposi-

tion, 20 points). — Séance du 12 décembre : *Nerf spinal.* Questions restées dans l'urne: Cordons postérieurs; Région rolandique. MM. Audan, 13 ; Charpentier, 15 el Damaye, 11 ; Bour, 16 ; Dromard, 19; et Artarit, 14. — Séance du 13 décembre : *Région rolandique.* Questions restées dans l'urne: Nerf moteur oculaire commun; Racines postérieures. M. Halberchtaldt, 16: — M. Danjean, 18. — Séance du 16 décembre : *Racines postérieures,* Questions restées dans l'urne. Nerf moteur oculaire commun; Plancher du quatrième ventricule. M. Privat de Fortunié, 15; M. Violet, 16.

Question de garde (séance du 7 décembre) : *Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale.* Questions restées dans l'urne : Des signes de l'accouchement imminent; soins à donner à la parturiente ; Diagnostic et traitement de l'hémoptisie. Ont obtenu : M. Artarit, 12; — Charpentier, 11; Danjan, 11 ; Damaye, 13; — Audan, 10; — Violet, 11 ; — Privat de Fortunié, 12; — Dromard, 14 ; — Bour, 15 ; Haberchtaldt, 13. — Le jury a proposé le classement suivant : internes titulaires, MM. Dromard, 62 points ; Bour, 55 ; Haberchtaldt, 53 ; Danjan, 52 ; Charpentier, 52 ; Privat de Fortunié, 52 ; Violet, 52; Damaye, 47; Artarit, 47 ; — Interne provisoire, M. Audan. — En terminant : le jury a émis plusieurs vœux : 1° Que les *étudiantes* en médecine soient admises à concourir pour l'internat des asiles à la condition d'être affectées à la division des femmes ; — que la première épreuve *orale* portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux soit transformée en épreuve écrite ; — 3° qu'il soit accordé deux minutes de reflexion avant l'épreuve de la *question de garde* et que cette question porte sur la *médecine,* la *chirurgie* ou l'*obstétrique* : 4° que le concours de l'internat des asiles ait lieu après le concours de l'internat des hôpitaux afin d'avoir un plus grand nombre de candidats.

Les Aliénés en liberté.

Suicide d'un officier. — « Hier matin, dit la *Tribune de Nevers,* du 20 novembre, vers sept heures, M. le capitaine Fauchon *s'est suicidé* dans la cour de son logement, rue de Paris, 21, en se tirant un coup de revolver dans la tête. Le malheureux capitaine, qui a eu la tête traversée de part en part, n'a succombé que vers une heure de l'après-midi. Il était marié et père de trois enfants. Le capitaine Fauchon comptait vingt-sept ans de service : il était chevalier de la Légion d'honneur et à la veille d'être promu chef de bataillon. *Il paraît que depuis un mois il donnait des signes de dérangement cérébral* et l'on a tout lieu de croire que c'est dans un accès de fièvre chaude qu'il s'est tué .» D'où la nécessité de *surveiller* et de *traiter* de suite les troubles mentaux de ce genre.

Folie incendiaire. — L'auteur des incendies qui ont détruit une dizaine de maisons à Montauban vient d'être arrêté : c'est un jeune *fou*, Jean-Marie Pagès, âgé de dix-sept ans, qui appartient à une très honorable famille de Fabas. Le malheureux a énuméré, le rire aux lèvres, les divers incendies qu'il avait allumés. Il a été soumis à l'examen d'un aliéniste. (*Le Matin*, 2 août.)

Suicide d'un aliéné. — On a trouvé pendu à un pommier, près de son habitation, le sieur Eugène Bourée, trente-cinq ans, jardinier au château de Saint-Denis-Maisoncelles, près Bény-Bocage. Le malheureux était, depuis quelque temps, atteint du délire de la persécution. Il laisse une veuve et deux enfants. (*Bonhomme Normand*, 21 novembre 1902). — Le Bon Sauveur de Caen, asile privé faisant fonction d'asile public, n'a pas de place pour les aliénés du Calvados, mais en a un assez grand nombre pour les aliénés du département de la Seine.

Disparition. — La préfecture fait publier l'avis suivant :

« L'intervention de l'autorité administrative est réclamée dans un intérêt de famille en vue de rechercher le sieur François Billaud, âgé de soixante-quatorze ans, disparu de la commune de Sainte-Soulle vers le 20 juillet dernier. Signalement : taille élevée, portant toute la barbe, taches sur la figure, vêtements en mauvais état, *facultés intellectuelles très affaiblies*, atteint de la *manie de la persécution*. Les personnes qui pourront fournir quelques renseignements sur le sus-nommé sont priées de les transmettre à la préfecture. (*Petite Gironde*, 21 septembre).

Les drames de la folie. — Une scène tragique s'est déroulée hier 12, rue Marcadet. Dans un petit logement du troisième étage de cette maison habitait une marchande de légumes, Mme Marie N..., âgée de trente ans. Mme N... est mère d'une mignonne fillette de huit ans, la petite Georgette. *Depuis quelque temps*, la marchande de légumes *donnait des signes de dérangement cérébral* : « Je ne sais pas ce que j'ai, disait-elle parfois à ses voisins, ma tête me semble lourde, lourde comme si j'avais un poids énorme sur le crâne. »

La nuit dernière, vers quatre heures du matin, les habitants de l'immeuble étaient réveillés en sursaut par un bruit formidable et des cris de terreur provenant du logement occupé par Mme N... ; on accourut ; la porte était fermée intérieurement. On l'enfonça, et les voisins se précipitèrent dans la chambre à coucher. Là, un terrible spectable s'offrit à leur vue.

La *folle* avait brisé à coups de hache tout son mobilier. Elle avait ensuite pris dans son berceau son enfant endormi, et l'avait étendue sur un tas de bois qu'elle avait auparavant arrosé de pétrole. Elle dansait autour du bûcher en poussant des éclats de rire. Ter-

rorisée, l'enfant suppliait : « Maman, petite mère chérie, ne me fais pas de mal, dis ! » On mit fin à cette scène en désarmant la pauvre femme. Elle a été envoyée à l'infirmerie spéciale par le commissaire. La petite Georgette a été recueillie par des parents (*Petite Gironde*, 21 septembre 1902).

Un drame de la folie. — D'après une dépêche de Privas du 12 septembre : « Un horrible drame de la folie vient de se produire à Toulaud. La femme Marthe Servant, âgée de trente ans, mariée à un agriculteur, avait éprouvé un tel chagrin de la mort de ses parents, que ses facultés mentales en furent ébranlées. Sa folie empira encore du jour où elle devint mère, et elle essaya à maintes reprises de tuer son petit enfant ; mais, étroitement surveillée, elle ne put exécuter son funeste projet. Grâce à des soins dévoués, une amélioration se produisit dans son état, et ses proches crurent à sa guérison et ils se relâchèrent de la surveillance exercée sur elle.

« Hier matin, elle fut prise d'une crise furieuse qui attira les voisins. Ceux-ci, sachant le mari absent, voulurent pénétrer chez elle ; mais comme ils allaient franchir la porte, la femme Servant, absolument nue, se précipita dans la rue en brandissant un couteau sanglant dont elle menaça les personnes attirées par ses cris. Se doutant du drame qui avait dû s'accomplir, les voisins pénétrèrent dans la maison ; l'enfant gisait inanimé sur le sol au milieu d'une mare de sang. Il avait la tête et le corps tailladés de coups de couteau. Les voisins se mirent à la poursuite de la femme Servant qui, tournant son arme contre elle, se déchira le corps à coups de couteau. Epuisée par le sang perdu, la malheureuse tomba inanimée dans la rue. Malgré les soins qui lui furent prodigués elle expira au bout de quelques instants » (*Petite Gironde*, 13 septembre 1902).

Une arrestation mouvementée. Un commissaire de police blessé. — La nuit dernière, écrit-on de Rodez à la date du 12 septembre, le commissaire de police fut avisé, à la sortie du théâtre, de la présence à Rodez d'un fou dangereux, qui descendait à ce moment la rue Beteille. Le commissaire, accompagné de l'agent Viala, courut aussitôt rue Beteille, et, rencontrant l'aliéné, le pria doucement de le suivre ; mais le fou, résistant et essayant de fuir, le commissaire et l'agent furent obligés d'engager avec lui une lutte très vive, à la fin de laquelle l'aliéné fut conduit au poste ; mais, l'émotion passée, le commissaire constata qu'il avait un poignet foulé, tout le haut du corps couvert de contusions et les vêtements absolument zébrés de coups de couteau.

Quant à Viala, il avait une côte fracturée et il avait reçu au bas-ventre une blessure extrêmement large, paraissant faite d'un coup de couteau ou d'un coup de rasoir. Les médecins n'ont pu se pro-

noncer sur la gravité de cette blessure ; ils ne pensent pas que l'état du commissaire de police, M. Dezombes, qui, outre sa foulure du poignet droit, a reçu plusieurs contusions, soit extrêmement grave. Quant au fou, qui était un homme de trente-six ans, domicilié à Drulhe et nommé Marc-Antoine, maçon, originaire de ce village, il a été admis d'urgence à l'asile des aliénés. L'arme dont il s'est servi pour frapper le commissaire et l'agent Viala, était un rasoir, qui a été trouvé, au point du jour, sur le terrain de la lutte. (*République nouvelle*, 13 septembre 1902).

Le désespoir de la boulangère. — On a fait grand bruit sur les causes du suicide d'une boulangère de la rue du Val-de-Grâce. Voici à quoi se résument les faits :

Deux jeunes époux, M. et Mme Dufois, venaient exploiter, il y a trois mois, une boulangerie, 18, rue du Val-de-Grâce. Quelques temps après l'installation, Mme Dufois donna des *signes fréquents d'absence et d'aliénation mentale*. Plusieurs fois elle déclara qu'elle en avait assez de la vie et qu'elle se suiciderait bientôt. Le boulanger n'avait jamais attaché d'importance à ces propos.

Or, Mme Dufois possédait, entre autres choses auxquelles elle tenait beaucoup, deux magnifiques chats angoras. Ce furent ces bêtes qui amenèrent un drame dans le ménage. Les deux chats avaient voué une haine mortelle à un superbe lapin blanc que le concierge de la boulangère élevait avec un soin jaloux. Saisissant le moment où le rongeur s'était endormi devant sa cage, nos deux matous bondirent sur lui et l'étranglèrent net. Cris, pleurs de la concierge qui exigea, malgré les compensations pécuniaires, la mort immédiate des criminels. On dut en passer par où elle voulait. Malgré le désespoir de la boulangère, M. Dufois acheta donc chez un pharmacien du cyanure de potassium et le donna à sa femme, qui devait préparer les boulettes destinées à ses favoris.

Puis il sortit pour vaquer à ses affaires. Lorsqu'il revint, une demi-heure après, il trouva sa femme couchée raide morte dans sa chambre, au pied de son lit. Elle avait avalé un verre plein de disssolution de cyanure de potassium. M. Carpin, commissaire de police du quartier du Val-de-Grâce, a procédé aux constatations d'usage. (Journaux du 1er septembre 1902).

La folle du parvis Notre-Dame. — Les fidèles qui sortaient, hier, de Notre-Dame, après la messe de onze heures, étaient fortement surpris de voir, au milieu de la place du Parvis, à califourchon sur un bourricot pelé, une femme d'un certain âge, vêtue d'un costume de cycliste, et tenant un balai à la main. « Mon père, s'écriait-elle, meurt ce soir à l'Hôtel des Invalides, par la volonté de Dieu ; et moi, seconde Jeanne d'Arc, je suis, par la volonté de Dieu, envoyée pour délivrer Paris de tous les Anglais qui y pullulent ! »

Amenée non sans peine, au milieu d'une foule énorme, au com-

missariat de police du quai aux Fleurs, la pauvre folle a déclaré se nommer Ernestine G..., âgée de quarante-cinq ans, et demeurer 27, rue Mouffetard. M. Briy l'a dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Drames de l'alcoolisme.

Folie alcoolique. — M. Barré, boulanger à Lisieux, avait à son service un nommé Piel, âgé de trente-deux ans, qui devenait fou lorsqu'il avait bu, et cela lui arrivait souvent. Un jour de la semaine dernière qu'il avait bu plus que d'habitude. Piel se mit à casser tout chez son patron. Il n'a pas fallu moins de cinq hommes pour se rendre maître de ce fou furieux qu'on a conduit en prison dans une voiture, après l'avoir enveloppé et ficelé dans une couverture (*Bonhomme Normand*, 21 novembre 1902). — Pourquoi en *prison* et non à l'*hôpital* ?

Une brute déchaînée. Assommé d'un seul coup. — Arras, 29 septembre. — A la suite d'un accès de folie alcoolique, le sujet belge Welle, vingt-quatre ans, a frappé dans le village de Tilloy-les-Mofflames, avec un couteau, plusieurs jeunes gens qui rentraient chez eux. Welle menaçant un nommé Chasseuraa, ce dernier, en cas de légitime défense, lui asséna un tel coup que Welle eut la colonne vertébrale brisée. Il a expiré ce matin (*Le Journal* du 30 septembre 1902).

Ivrogne brûlé. — Dimanche, vers minuit, un incendie s'est déclaré à Valsemé, près Pont-l'Evêque, dans uue maison occupée par Pierre Lenot, cinquante ans, ouvrier maréchal. La maison a été entièrement brûlée, ainsi que tout le mobilier qu'elle renfermait. Pertes, pour le locataire, 2000 francs, pour le propriétaire, 1 000 francs. Lenot, profitant de l'absence de sa femme, partie à Dives chez son gendre, s'était énivré; il a été retrouvé entièrement carbonisé dans la cuisine, près la cheminée. On suppose que Lenot sera tombé d'où sa femme l'avait retiré une fois déjà. Lenot passait pour boire un litre d'eau-de-vie par jour, et quelle eau-de-vie ! (*Bonhomme Normand*, 12 décembre 1902).

Effet de l'hérédité alcoolique.

Le professeur Demms, de Stuttgart, a étudié dix familles de buveurs et dix familles de tempérants durant un laps de temps de douze ans. Les 10 premières familles produisirent ensemble 57 enfants. 25 de ceux-ci moururent pendant la première semaine de faiblesse, convulsions. œdème cérébral, etc. 6 étaient idiots, 5 étaient rabougris, de véritables nains; 5 devinrent plus tard épileptiques, 1 garçon eut une chorée grave, terminée par de l'idiotie, 5 avaient des maladies ou difformités congénitales : chorée, hydrocéphalie, bec-de-lièvre, pied-bot. Deux des épileptiques sus-

dits devinrent buveurs. 10 seulement soit 17,5 p. 100 montrèrent pendant leur enfance un développement physique et intellectuel normal. Les 10 familles tempérantes eurent 61 enfants. De ceux-ci, 5 moururent en bas-âge de faiblesse, 4 eurent dans les dernières années de leur jeunesse des maladies nerveuses curables, 2 seulement manifestèrent des défectuosités nerveuses congénitales. Les 50 autres, soit 81 p. 100 étaient complètement normaux de corps et d'esprit. (*La Policlinique* du 1er novembre 1902).

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES.

Une séquestration. — Une dépêche de Vienne au *Daily Express* annonce que l'on vient de découvrir une affaire de séquestration dont la victime est, depuis quatorze ans, tenue enfermée dans une étable à cochons, par son frère, qui veut s'approprier sa part d'héritage. Le coupable est un riche fermier et sa victime, par suite de cette longue captivité, a totalement perdu la raison et l'usage de la parole. Elle était dans un état de malpropreté repoussant, marchait sur ses mains et ses genoux comme les bêtes, et mangeait par terre comme les porcs. C'est le hasard qui a fait découvrir ce cas horrible de séquestration dont l'auteur a été arrêté (*Petit Parisien*, 5 septembre 1902).

SÉQUESTRATION. — *Enchaîné pendant trois ans.* — Sous ce titre, le *Journal* du 8 octobre publie le fait suivant : « La police a découvert à Dolcero un jeune homme appartenant à une très riche famille qui, depuis trois ans, était enfermé et enchaîné dans un souterrain, où il ne recevait pour toute nourriture qu'un peu d'herbe. Le malheureux était presque nu et dans un état de prostration lamentable. Son père et ses deux frères ont été arrêtés »

SÉQUESTRÉE PENDANT DOUZE ANS. — Le Tribunal correctionnel de Bagnères-de-Bigorre vient, après des débats mouvementés, de condamner à trois mois de prison les époux Cadéac, de Dovèze, inculpés d'avoir *séquestré pendant douze ans*, en la tenant enchaînée sur son lit, leur nièce, Armandine Sabathée, *hystérique inoffensive* (*L'Aurore* du 23 novembre 1902).

ASSISTANCE DES ÉPILEPTIQUES.

Sous ce titre : *Une mort horrible*, la *Petite Gironde* du 17 septembre relate le fait suivant :

Une scène effroyable s'est déroulée, hier après-midi, boulevard Diderot, à Paris. Un jeune homme a été complètement broyé par un rouleau compresseur à vapeur du poids de 27 000 kilos, devant de nombreux témoins, qui, impuissants à intervenir, ont assisté, terrifiés, à l'épouvantable spectacle. Vers deux heures et demie, le mécanicien Derrienic conduisait un compresseur sur le côté droit

du boulevard nouvellement empierré quand, soudain, à la hauteur du numéro 70, le mécanicien ressentit un choc, tandis que des passants poussaient des cris d'effroi. Bien que sa machine ne s'avançât qu'avec lenteur, il ne put arrêter aussitôt, fit encore quelques mètres, puis descendit. Le mécanicien aperçut alors, étendu à plat ventre sur le sol, un homme littéralement aplati. Seules, la tête et les jambes étaient intactes. Des épaules aux cuisses, le corps avait été affreusement broyé.

M. Boutineau, commissaire de police, appelé pour procéder aux constatations, fit transporter le cadavre au poste de la rue Traversière, puis chercha dans les poches de la victime quelques pièces d'identité. Il trouva différents papiers au nom de Louis Gasse, ouvrier tapissier, âgé de trente-trois ans, domicilié rue du Faubourg-Saint-Antoine. Le malheureux habitait cette adresse avec sa mère, employée dans une fabrique de sièges, rue Moreau. C'est là que la pauvre femme a appris la fin tragique de son fils. Elle est venue le reconnaître au poste. Le corps a été ensuite transporté à son domicile.

Malgré les déclarations faites par les témoins, qui affirment avoir vu Louis Gasse se jeter sous le rouleau, il se pourrait fort bien qu'il ne s'agît pas d'un suicide, mais d'un accident. *Le malheureux, en effet, était sujet à des crises terribles d'épilepsie.* Hier matin même, terrassé par son mal, Louis Gasse était tombé sur la chaussée, rue de Montreuil, et avait failli être écrasé par une voiture. Quand l'accident s'est produit, le tapissier venait de sortir de l'hôpital Saint-Antoine, où il était en traitement. Il se peut donc qu'à nouveau il ait été victime d'une crise au moment où il passait près du rouleau. L'enquête a établi que le mécanicien ne pouvait matériellement pas apercevoir le malheureux qu'il a écrasé, celui-ci étant tombé à 50 centimètres environ de la lourde machine.

La Lanterne du 3 décembre rapporte le fait suivant : Henri Séchet, âgé de vingt-six ans, épileptique, à demi-idiot, habitant Irré-le-Polin (Sarthe), a trouvé la mort dans d'horribles circonstances. Le pauvre diable avait élu domicile dans une vieille maison en ruine, dont il ne subsiste plus guère que le four, très vaste, où Séchet couchait et dans lequel il n'hésitait pas à allumer du feu.

Une voisine inquiète de ne pas voir l'*idiot* eut l'idée de se rendre aux ruines. Elle trouva le malheureux en proie à d'horribles douleurs. Un médecin, mandé en toute hâte, constata que l'infortuné portait des brûlures au dos, à la poitrine, à l'abdomen et au ventre. Pendant cet examen médical, Séchet rendit le dernier soupir. On suppose qu'il se sera endormi alors que le feu était encore allumé dans le four et que, pendant qu'il était en proie à sa *crise d'épilepsie*, ses vêtements se seront enflammé.

INTELLIGENCE DES CHIENS.

« Lord Avebury révèle, dans un article, la nouvelle méthode si simple, inventée par lui, pour apprendre à lire à son propre chien. Il avait commencé par prendre deux morceaux de carton de dimensions égales ; sur l'un il écrivit le mot « manger », il laissa l'autre sans aucune inscription.

« Ceci fait, le premier carton fut placé sur un plat contenant du pain et de la viande et le second sur un plat vide. Dix jours après, l'intelligent animal réussissait déjà à comprendre lequel des deux cartons était valable. Aussitôt lord Avebury renouvela l'épreuve avec divers cartons sur lesquels il écrivit : « boire, os, eau, sortir, etc. Peu à peu, il parvint à se faire apporter le carton indiquant la chose que l'animal désirait et il réussit à lui enseigner une centaine de mots.

« Aujourd'hui, le chien peut, tous les jours, demander ce qui lui plaît le mieux et tenir, avec son maître, une conversation aussi élémentaire qu'alimentaire. » (*Moniteur de l'hygiène publique* du 1er novembre 1902.) — C'est là un procédé employé par Itard pour le *Sauvage de l'Aveyron* et par nous pour des idiots qui ne savent pas lire mais reconnaissent l'*image* du mot, comme ils recoonnaissent l'image d'un animal.

FAITS DIVERS.

NÉCROLOGIE. — Le Dr A.-M. RAÏCHLINE, mort il y a quelques mois, était né en Russie en 1865 d'une famille israélite. Il fit ses études successivement aux gymnases de Bobrouïsk et de Moguileff. Il entra ensuite à la Faculté de Médecine de l'Université de Varsovie. Il termina ses études à l'Université de Moscou où il obtint en 1888 le grade de médecin, se rendit ensuite à Paris, à Berlin et en Suisse, s'installa définitivement à Paris où il fut reçu docteur avec une thèse intitulée : « *Contribution à l'étude clinique de la syryngomyélie.* » Il s'adonna plus spécialement à la neuro-pathologie et suivit assidûment les leçons cliniques de Charcot puis celles du professeur Raymond. A la section des maladies nerveuses et mentales du douzième Congrès international de médecine, il fit deux communications, l'une sous ce titre : « *Quelques considérations sur le traitement du tabes dorsal* », l'autre *Sur le priapisme nocturne chronique.* Il a publié pendant plusieurs années, dans la *Revue neurologique*, de nombreuses analyses des travaux russes concernant la neurologie. Enfin il a publié régulièrement le compte

rendu des séances de la Société de neurotogie et de psychiatrie de Moscou dans les *Archives de Neurologie*. C'est à ce titre que nous devons rendre un dernier hommage à sa mémoire.

SERGE SOUXHANOFF.

NÉCROLOGIE.— Nous apprenons à l'instant la mort du professeur KRAFTELING ; le célèbre spécialiste pour les maladies nerveuses est mort hier à Gratz.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mouvement en novembre.* — M. GUILLOT, directeur de l'Asile clinique est promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr PELISSIER, médecin-adjoint à l'asile de Pierrefeu (Var) est nommé à l'asile de Marseille (poste créé).

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le professeur JOFFROY a commencé le cours de clinique des maladies mentales le lundi 17 novembre 1902, à 2 heures et demie, à l'amphithéâtre de l'asile clinique (Saint-Anne) et le continue les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Maladies du système nerveux : M. Pierre MARIE, agrégé; mercredi à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses et mentales des Enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures et demie.

ASILE DE VILLEJUIF. *Tramway du Châtelet.* Service de M. TOULOUSE, Le mercredi matin, visite du service et présentation des malades intéressantes.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Il sera ouvert le vingt janvier 1903, à la Maison Nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine), un CONCOURS pour l'Internat dudit Etablissement. On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison Nationale des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

NOUVELLE CLINIQUE DES MALADIES NERVUSES.— L'Université de Buda-Pest vient de fonder une clinique de maladies nerveuses et a désigné comme professeur le célèbre neurologiste E. JENDRASIK (*Ungar Mediz. Presse*, (10 octobre).

ASILE D'ALIÉNÉS DE VENISE. — *Traitement révoltant des aliénés.* — On est indigné en Italie, dit l'*Aurore* du 3 décembre 1902, des traitements révoltants employés par les religieuses envers les malades de la maison d'aliénés de notre ville. Les faits sont si graves que l'on croit que l'autorité religieuse elle-même demandera à ce que les coupables soient punies sévèrement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ALGMBERT GOGET (J.-G.). — *L'internement des aliénés criminels.* In-8° de 208 pages. J.-B Baillière, éditeur.

Asile public d'aliénés d'Auxerre, rapport administratif pour l'année 1901. Auxerre, 1902. Typographie Ch. Mélay.

BECHTEREW. — *Ueber paradoxe pnpillenreaction und ueber pupillengerude fasern im gehirn.* Extrait du *Deutschen zeitschrift fur Nervenheilkunde.* Leipzig, 1900.

BECHTEREW. — *Ueber die darstellung der Ruckenmarksystyme mit hulfe der entwichelungsmethode.* Extrait des *Archiv. fur anatomie und physiologie.*

BECHTEREW. — *Uebep die corticalen secreiorischen Centra der wichtigten verdanungsdrüsen.* Extrait des *Archiv. fur Anatomie Physiologie.*

BECHTEREW. — *Ueber eine besondere im kindesaler auf trebenae affection des nervensystems mit motorischen Störungen und schwachsinn.* Extrait du *Centralblatt für nervenheilkunde und psychiatrie.* Coblenz.

BECHTEREW. — *Die schen vor fremdem blicke.* Extrait du *Centralblatt fur nervenheilkunde und psychiatrie.* Leipzig, 1902.

BECHTEREW. — *Ueber objective symptome der störungen der sensibilität bei den togen, traumatischen Neurosen.* Extrait du *Monatsschrift psychiatrie und neurologie.* Berlin, 1902.

BECHTEREW. — *Ueber objective symptome localer hyperasthesie und anasthesie bei den tog. traumatischen neurosen und bei hysterie. — Ueber acute cerebellare ataxie. — Myotonie, eine krankheit des stoffwechsels. — Ueber die psychischen, schluckstörungen (Dysphagia psychica). — Ueber reflexe un autlitz-und kopfgebiete. — Ueber zwangserbrechen. — Ueber die bedeutung des scapulo-humeralreflexes. — Ueber ein weinig bekanntes fasersystem an der peripherie des anterolateralen abschnittes des halsmarkes. — Ueber den augereflex und orbicularisreflex.* Extraits du *Neurologisches Centralblatt.*

BECHTEREW. — *Ueber anfälle von zwangslachen, begleitet von tonischen krampfen und zucken un linken arm.* Extrait du *Deutschen medicinischen Wochenschrift.*

BOHDEN-LIPPSPRINGE. — *Die therapeutische Bedeutung des ichthyolsalicyls.* Extrait du *Allg. internat. med. rundschau.*

CHIPAULT (A.). — *Etat actuel de la chirurgie nerveuse.* T. I^er^. In-8° de 800 pages avec 230 figures. Paris 1902. Rueff éditeur. Prix : 25 francs.

A. COURYON (A). — *Education, traitement et assistance des enfants anormaux.* In-8° de 16 pages, 1902. Prix : 1 franc.

DENY (G.) et ROY (P.). — *La démence précoce.* In-18 de 96 pages (Actualités médicales). Prix : 1 fr. 50; J.-B. Baillière, éditeur.

De Frumerie.— *La gymnastique de chambre sans appareil.* 1 vol in-12 de 106 pages avec 32 figures. Librairie A. Maloine, 23-25, rue de l'Ecole de Médecine. Prix.

Farquhar Buzzard. — *Uniradicular palsies of the brachial plexus.* In-8° de 318 pages.

Forty-ninth Annal refort Pensylvania trainig School for Feeble-Minded children.

Fontanelles (J.-P.). — *De la folie morale. — Des degrés dans la responsabilité morale.* In-8° de 62 pages. Toulouse 1902. Lagarde et Sebille imprim.

Faucher (E.). — *Rapport médical; compte moral et administratif pour l'exercice 1901; Asile public de la Charité-sur-Loire.* In-8° de 74 pages. Nevers, 1902. Mazeron fr. imprim.

Garnier. — *Rapport médical; Compte moral et administratif présenté pour l'année 1901; Budget de l'exercice 1903; Asile départemental d'aliénés de Dijon.* In-8° de 90 pages. Dijon, 1902. Sirodot-Carré, imprim.

Herman Lundborg (in Upsala). — *Ueber die beziehungen der myoclonia familiaris zur myotonia congenita.* Extrait du *Deutsche zeitschrf. Nervenheilkunde.* Leipzig, 1902.

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 cesse 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, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Janvier.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

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

— Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Etranger.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 12-1902.

Vol. XV. Février 1903. N° 86.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

Contribution à l'étude des folies par contagion.

Par le Dr Georges CARRIER,

Médecin-adjoint de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu (Lyon).

La contagion morbide dans les troubles psychiques peut être définie : l'action de la suggestion exercée par un esprit malade sur un ou plusieurs esprits sains, qui réagissent suivant le terrain qui leur est propre, depuis la simple croyance à l'idée maladive, jusqu'à la manifestation délirante sous toutes ses formes. Cet état, créé par suggestion, a été dénommé dans le cadre nosologique de la folie sous le nom de folie à deux, délire à deux, etc., expression qui ne nous semble pas assez générale, et qu'on pourrait remplacer par celle de folie par contagion.

La définition que nous donnons, en prenant l'élément primordial de ce groupe de folies comme thème, a un premier avantage, croyons-nous, celui de comprendre les nombreuses observations publiées sur ce sujet et de donner un même point de départ aux différentes variétés cliniques qui ont été décrites. Elle a un deuxième avantage, celui d'être générale, la folie à deux n'étant qu'un effet particulier de la suggestion dans la sphère psychique morbide, suggestion qui agit de tant de façons diverses dans la vie psychique normale.

I. — Le délire à deux fut décrit pour la première fois par Baillarger[1] en 1857. Dans ce travail, paru dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1870, l'auteur cite quatre observations de

[1] Baillarger. *Quelques exemples de folie communiquée* (*Gaz. des Hôpitaux, Annales méd. psych.*, 1885, p. 212).

ce genre de folie, qu'il dénomme folie communiquée. MM. Moreau[1] (de Tours) et Dagron[2] publièrent de leur côté quelques rares exemples de délire similaire chez deux individus, sans attacher d'importance à ces faits, et sans en tirer aucune déduction.

En 1868, M. Maret[3], dans sa thèse sur le *Délire des persécutions*, signale en passant le « *délire en partie double*, délire de persécution qu'on rencontre chez des époux ayant longtemps vécu ensemble dans les mêmes tourments de l'esprit ».

Legrand du Saulle[4], en 1871, dans son ouvrage sur le délire des persécutions, signale les idées de persécution communiquées ou délire à deux et à trois personnes. Dans ce genre de délire communiqué, il y a un malade qui domine l'autre ; l'un est le persécuté actif, l'autre le passif.

Lasègue et Falret[5], en 1877, reprenant les idées éparses sur la contagion de la folie, décrivent la folie à deux ou folie communiquée. Ils mettent en évidence trois conditions spéciales pour son apparition : 1° intelligence plus grande de l'individu qui a le délire et qui l'impose progressivement au second, plus faible d'esprit ; le premier est l'élément actif, le second l'élément passif ; 2° nécessité d'une vie commune pour les deux individus, dans le même milieu, avec le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, en dehors de toute autre influence extérieure ; 3° vraisemblance du délire, qui doit reposer sur des faits survenus dans le passé ou sur des craintes ou des espérances conçues pour l'avenir.

M. Régis[6], en 1880, décrit un genre de folie à deux, qu'il dénomme folie simultanée, caractérisé par l'éclosion simultanée d'un délire chez deux prédisposés en contact et subissant des influences nocives communes.

Dans la période qui s'étend de 1881 à 1885, de nombreux

[1] Moreau (de Tours). *La Psychologie morbide*, 2e partie, ch. I, 1859.

[2] Dagron. *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, 1862.

[3] Maret. *Du délire des persécutions*, th., Paris, 1868.

[4] Legrand du Saulle. *Du délire des persécutions*, 1871.

[5] Lasègue et Falret. *De la folie à deux* (*Annales médico-psychologiques*, 1877.

[6] Régis. *Folie à deux ou folie simultanée*, th., Paris, 1880.

travaux parurent, soit en France soit à l'étranger, sur la folie à deux. C'est à M. Marandon de Montyel que revient l'honneur d'avoir décrit les différentes variétés cliniques de folie à deux et d'avoir étudié d'une façon approfondie leur étiologie et leur pathogénie[1]. En 1881, dans un premier article. il distingue trois sortes de folie à deux : 1° la folie imposée, dans laquelle il fait rentrer les observations de Lasègue et Falret. Dans cette forme, comme Lasègue et Falret l'ont dit eux-mêmes, il n'y a qu'un aliéné, un seul halluciné ; 2° la folie simultanée de Régis ; 3° la folie communiquée, dont le terme, créé par Ballarger, avait été repris par Lasègue et Falret pour décrire une forme de folie à deux que M. Marandon appelle folie imposée. Ce qui caractérise la folie simultanée et la folie communiquée, c'est l'aliénation des deux codélirants. Dans ce premier article, il croit en outre, que la folie à deux ne peut apparaître que dans le cas de délire de persécution.

En 1882[2], dans un deuxième article, M. Marandon étudie l'étiologie et la pathogénie de la folie communiquée. Il met surtout en évidence le rôle important de la prédisposition. Lehmann[3], en 1885, propose d'appeler la folie communiquée : folie induite ; mais il n'apporte aucun document nouveau à l'histoire des folies par contagion.

A partir de 1892, parurent de nombreux travaux sur la contagion mentale morbide et sur les formes de folie qu'elle engendre.

M. Pronier[4], dans son intéressante thèse sur la contagion de la folie, soutient que la folie imposée de Marandon n'est que le premier degré de la contagion des folies non impressionnantes, c'est-à-dire des folies systématisées, où l'individu contaminé le serait en deux temps : simple croyance au délire dans le premier temps, incorporation du délire dans le deuxième.

[1] Marandon de Montyel. *Contribution à l'étude de la folie à deux* (*Annales médico-psychol.*, 1881, p. 28).

[2] Marandon de Montyel. *De l'imitation dans ses rapports avec la folie communiquée* (*l'Encéphale*, 1882, p. 581.

[3] Lehmann. *Zur Casuistik des inducirten Irreseins* (*Arch. für Psych. und nerv.*, Band XIV, Helft 1, p. 145.

[4] Pronier. *Etude sur la contagion de la folie*, th., Lausanne, 1892.

M. Marandon[1] publie de nouveau une observation de folie multiple partiellement communiquée, d'où il tire cette double conclusion : que dans les cas de folie multiple, le sujet actif ne communique au sujet passif que la folie à laquelle ce dernier est prédisposé ; que d'autre part, la folie communiquée évolue par elle-même sans être influencée par la séparation des deux codélirants.

M. de Bœck[2], dans une communication à la Société de médecine mentale de Belgique sur la contagion de la folie, tout en admettant les trois variétés de folie à deux, de Marandon, rattache la folie imposée à la folie communiquée. Il considère la première comme une forme de transition avec la normale.

M. Kinkel ne croit pas que les groupes individualisés de la folie à deux soient bien tranchés. M. Jœrger divise les contaminés en deux catégories, et considère la transmission de la maladie d'une part, de l'autre la simple reproduction de ses manifestations extérieures, qui est pour lui un phénomène de suggestion hypnotique. Citons aussi l'article de M. Paul Moreau (de Tours) et le livre de M. Seppio Siegheli, sur le crime à deux.

Mais la publication la plus instructive au point de vue clinique est celle de M. Arnaud[3] (de Vanves). Il admet, comme Lasègue, Falret et Marandon la même étiologie et la vraisemblance du délire. Comme ce dernier, il reconnaît les trois formes cliniques décrites ; mais pour lui la folie imposée se distingue de la folie communiquée par l'intensité de la transmission et, au point de vue clinique, par la persistance de la maladie chez le sujet passif dans cette dernière après la séparation des codélirants. Il réunit ces deux variétés au point de vue psychologique.

Dans deux nouveaux articles parus en 1894, M. Marandon[4]

[1] Marandon de Montyel. *Folie multiple partiellement communiquée avec dissimulation combinée des deux codélirants* (*Rev. neurol.*, 1893, p. 575.

[2] De Bœck. *De la contagion de la folie* (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1893, p. 416).

[3] Arnaud. *La folie à deux, ses diverses formes cliniques* (*Annales méd.-psychol.*, mai-juin 1893).

[4] Marandon de Montyel. *Des conditions de la contagion mentale morbide* (*Annal. méd.-psychol.*, 1894, t. XIX, p. 266-467).

cherche à mettre au point la question. Il met en évidence les trois grandes conditions de la contagion morbide ; revient sur son opinion première d'après laquelle le délire de persécution seul serait contagieux et montre que toutes les formes délirantes peuvent se communiquer, depuis les formes maniaques pures jusqu'aux délires systématisés. Il s'élève contre la conception de M. Arnaud, qui ne sépare pas assez la folie imposée de la folie commuuiquée, et il en retrace les caractères cliniques[1].

Certains auteurs, et plus particulièrement les étrangers, en Allemagne et en Amérique, ont cherché à créer une forme nouvelle de folie par contagion, la folie induite ou folie transformée, c'est-à-dire la transmission d'idées délirantes d'un aliéné à un autre aliéné. Cette forme, comme l'a dit M. Marandon en 1894, n'est qu'un cas particulier de la folie communiquée et ne doit pas constituer une espèce indépendante.

Depuis 1894, de nombreux mémoires ont paru sur la folie à deux. En général, les auteurs admettent les formes cliniques classées par Marandon : les uns apportent de nouvelles observations de folie communiquée[2], de folie transformée[3], de folie simultanée, de folie gémellaire, que les

[1] Marandon de Montyel. *De la folie à deux et de ses trois grandes variétés cliniques* (*Gaz. des Hôpitaux*, 1894, p. 75, 79, 80, 81).

Legrain. *Contribution à l'étude la folie communiquée* (*Ann. méd.-psych.*, n° 46).

[2] Oscar Woods. *Note sur quelques cas de folie à deux chez plusieurs membres d'une même famille* (th., *Journ. of ment. Science*, n° d'octobre 1897).

Meyer. *Contribution à l'étude de la folie communiquée* (mal. de Korsakoff). (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. LV, f. 3, août 1898).

Burzio. *Un cas de folie à deux* (*R. Academia di medicina di Torino*, 4 juillet 1899).

Gonzalès. *Contribution à l'étude de la folie communiquée* (*Rivis. sper. di freniatria*, an. XXXVII, f. I, p. 57-59, 1900).

E.-A. Hénik. *Un cas de folie à deux* (*Rev. neurol.*, 1898, p. 25).

Jelli. *Folie à deux* (*Boston. med. and Surg. Journ.*, 1900, n° 14).

W. Griffin, *Cas de folie communiquée* (*The Journ. of ment. Science*, janvier 1900).

Meyer. *Contribution à l'étude de la folie à deux et de la folie quérulente* (*Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXIV, fasc. 1, 1901).

Kalmus. *Folie à deux ayant donné lieu au divorce* (*Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXV, f. 1, 1901).

[3] L. Finkelstein. *Deux cas de folie par transformation* (*Jahrbücher f. Psychiatrie*, v. XVI, 3e f., 1897).

auteurs tendent à faire rentrer dans le cadre nouveau des maladies mentales familiales (Trénel [1], Fouque [2], Sorel) ; d'autres, de nouveaux faits cliniques sur la transmission de certains troubles mentaux comme les phobies (Régis [3]), les obsessions et les impulsions (Pitre et Régis), les interprétations délirantes (Sérieux et Capgras).

Dans quelques publications plus générales, les auteurs cherchent à étudier le phénomène psychologique de la contagion mentale morbide, comme Schonfeld [4] et Sorel [5] qui le rattachent à l'imitation ; Moutier [6], pour qui la contagion est un fait physique résultant des variations que le sujet malade fait subir au sujet sain dans sa dépense d'énergie ; R. Dewey [7] qui insiste sur la prédisposition.

A un point de vue plus large, nous citerons encore les travaux récents de Bechterew [8], de Tarde et surtout celui de Nina Rodriguès [9] sur la folie des foules, où le professeur brésilien développe le rôle important de la suggestion dans la communication des phénomènes psychiques et où il montre bien que la folie communiquée comme la folie des foules relève du même facteur pathogénique.

II. — Pour qu'il y ait folie par contagion, il faut deux éléments pathogéniques principaux : *la contagion et la suggestibilité morbide ou prédisposition.*

Nacke. *Contribution à l'influence mutuelle des aliénés (cas d'infection musicale).* (*Rev. neurol.*, 1902, p. 106).

[1] Trénel. *Maladies mentales familiales* (*Soc. méd. psychol.*, 27 novembre 1899).

[2] Fouque. *Maladies mentales familiales*, th., Paris, 1901.

[3] Régis. *Les Phobies à deux* (*Sem. méd.*, 1896, p. 75).

[4] Schonfeld. *Sur la folie communiquée* (*Rev. neurol.*, 1895, p. 543).

[5] Sorel. *Contribution à l'étude de la folie à deux; rôle de l'imitation dans la contagion de la folie à deux*, th., Bordeaux, 1900-1901.

[6] Moutier. *Contagion de la neurasthénie* (*Rev. neurol.*, 1900, p. 776).

[7] R. Dewey. *Remarques sur la contagion mentale et l'infection héritée ou acquise, avec considération sur quelques mesures préventives de folie et dégénérescence* (*American Journ. of Insanity*, oct. 1899).

[8] Bechterew, *Rôle de la suggestion dans la vie publique* (*Arch. neurol.*, juillet 1901, p. 46).

[9] Nina Rodriguès. *La folie des foules, nouvelle contribution à l'étude des folies épidémiques au Brésil* (*Annal. méd.-psychol.*, 1901, p. 19, 189, 370).

La contagion morbide est la raison d'être de toutes les formes de folie par imposition, par communication, par transmission ou par simultanéité des phénomènes délirants. Elle a été longtemps niée par les auteurs; M. Régis, dans sa thèse soutenue en 1879, donne bien l'opinion de l'époque à ce point de vue. « Je ne crois pas, disait-il, à la communication proprement dite de la folie ; la vésanie transmise de toute pièce n'existe pas, et ce qui se communique, c'est la partie la moins invraisemblable du délire, de telle sorte que l'individu qui la reçoit n'est jamais un aliéné, quoi qu'il fasse. » M. Marandon, dans son article de la *Gazette des Hôpitaux* de 1894, montre bien l'évolution de cette idée de la contagion de la folie. Elle fut développée par Lasègue et Falret en 1873, puis dans les publications de Macey[1], de Maret et surtout de Brunet[2], qui met en évidence la communication du délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe. La contagion mentale fut alors acceptée, mais pour ce seul délire. Plus tard, les travaux de Legrand du Saulle, Nedhans, Savage, prouvèrent que les conceptions délirantes de grandeur et les hallucinations expansives se communiquaient. Enfin, les observations de Nasse[3], de Reverchon et Pagès sur la manie, puis celles de lypémanie communiquée, dues à MM. Lapointe, Kreuser-Schulz, Martinenq, Taguet, prouvèrent que les folies générales comme les folies systématisées pouvaient se transmettre, et la contagion mentale morbide eut droit d'existence.

Cette contagion morbide, avons-nous dit dans notre définition, n'est pas autre chose que la suggestion d'un esprit malade sur un ou plusieurs esprits sains, qui réagissent suivant le terrain plus ou moins prédisposé qu'ils possèdent.

A quoi se réduit cette suggestion ?

Elle peut se réduire à trois facteurs : l'imitation, la persuasion, l'action intermentale ; ce dernier facteur étant, d'après M. Tarde[4], les conditions d'après lesquelles un esprit peut agir sur un autre.

[1] Macey. *De la folie communiquée ou du délire à deux ou plusieurs personnes*, th., Paris, 1874.

[2] Brunet. *Contagion de la folie* (*Annal. méd.-psych.*, 1875).

[3] Nasse. *Etude sur la contagion psychique sporadique chez les proches parents* (*Ann. méd.-psych.*, 1874, p. 163).

[4] Tarde. *L'action intermentale* (*Arch. d'anthrop. criminelle*, 1901, p. 168).

L'imitation, dit M. Marandon, « est le besoin éprouvé par la cellule nerveuse de reproduire ce qui l'impressionne. Il nécessite pour se manifester une impression et une prédisposition normales dans l'ordre physiologique, morbides dans l'ordre pathologique. »

La persuasion est la lente pénétration de la cellule nerveuse par des impressions répétées, qui annihilent les impressions perçues antérieurement et qui la fait réagir dans le sens de l'impression nouvelle.

L'action intermentale[1] consiste dans les conditions physiques (cohabitation), physiologiques (âge, sexe, santé ou maladie, race), psychologiques (intelligence) et sociales (langue, religion, éducation, etc.), d'après lesquelles deux ou plusieurs individus vivent ensemble.

Ces trois facteurs agissent généralement en même temps dans la suggestion morbide, et l'on peut voir des cas où ils sont pour ainsi dire disséqués. Dans d'autres, c'est un des facteurs qui prédomine sur les autres ; ainsi, dans le groupe des folies communiquées, l'imitation prédominera dans les folies émotionnelles ou impressionnantes qui frappent l'imagination comme les manies, les mélancolies, etc. ; la persuasion sera le facteur principal au contraire dans les délires systématisés. Dans les folies simultanées, l'action intermentale jouera le premier rôle. Dans les folies imposées, enfin, ce ne sera plus l'un ou l'autre des facteurs qui variera, mais la résistance à la suggestion.

En effet, si la suggestion morbide est indispensable à l'éclosion des folies par contagion, un autre élément n'est pas moins nécessaire à leur existence ; c'est la suggestibité de l'élément réceptif. Cette suggestibilité dépend essentiellement du terrain récepteur. A l'état sain, tout individu est soumis plus ou moins à des phénomènes suggestifs d'ordre divers par les trois facteurs décrits : imitation, persuasion, action intermentale. Il y résiste différemment ou même peut ne pas y résister du tout. Ce degré de résistance aux suggestions journalières, tient essentiellement au bon équilibre des facultés mentales, qui permet de discerner, relativement au milieu dans lequel on vit, les idées et les faits à accepter ou à rejetter.

[1] Tarde. *Loc. cit.*

Il en est de même au point de vue morbide, et la résistance à la contagion maladive dépendra du bon équilibre et du bon fonctionnement des facultés mentales, en un mot, de l'état du système nerveux central. Si le système nerveux est taré, soit héréditairement, soit d'une façon acquise, il offrira une moindre résistance aux suggestions morbides, les acceptera facilement et sera même capable sous leur influence de réagir à son tour morbidement, ce qui se présente dans les folies communiquées et simultanées.

Suivant le degré de prédisposition, la suggestibilité qui en est la résultante directe sera plus ou moins grande et les suggestions morbides seront acceptées de façon différente. Ce fait est démontré en clinique dans les folies imposées, où la suggestion a moins de prise à cause d'un terrain plus fort et par conséquent plus résistant. On peut donc dire que la résistance est en raison inverse de la prédisposition.

Les deux éléments essentiels de toute folie par contagion sont donc : la suggestion morbide et la prédisposition qui se traduit par la plus ou moins grande suggestibilité des sujets réceptifs.

Le trait d'union entre ces deux éléments essentiels est formé par un troisième élément. l'*impression morbide*, bien mise en évidence par M. Marandon dans son article de 1894 sur les conditions de la contagion mentale morbide. L'impression morbide dépend essentiellement des deux éléments en présence, l'élément suggestif et l'élément suggestible ; du premier, car elle est le résultat de l'action des trois facteurs de la suggestion, du second, car elle n'agit qu'en temps qu'elle s'adresse à un élément plus réceptif ou moins résistant. Elle est en raison directe de la suggestion, c'est-à-dire que plus l'élément contagieux sera suggestif, plus il y aura d'impression ou l'inverse ; mais elle est en raison inverse de la prédisposition, c'est-à-dire que plus l'élément réceptif sera prédisposé, moins il faudra d'impression morbide.

En somme, dans toute folie par contagion, il y a suggestion, impression morbide et prédisposition.

III. — Nous venons de voir les trois éléments essentiels et généraux des folies par contagion ; passons maintenant en revue les causes déterminantes de leur éclosion.

Ces causes peuvent se diviser en trois groupes : un pre-

mier groupe qui accentue l'élément suggestif, un deuxième qui s'adresse à la prédisposition et un troisième à l'impression.

Dans le premier groupe, les causes qui agissent le plus sur l'élément suggestif sont : 1° une longue vie commune aussi intime que possible ; 2° l'ascendant habituel du malade sur le ou les sains d'esprit ; 3° l'action incessante de l'aliéné sur son ou ses compagnons sains d'esprit pour les amener à partager ses conceptions délirantes et ses troubles sensoriels ; 4° la vraisemblance du délire dans les cas de folies systématisées ; 5° l'appât d'un intérêt personnel ; 6° le milieu familial, à cause de son intensité affective et de l'étroitesse des liens qui peuvent unir les individus.

Dans le deuxième groupe, les causes s'adressent à la prédisposition, en l'augmentant généralement. Ce sont la misère, les maladies, les intoxications, les vices débilitants, les excès de toute nature, les chocs d'origine psychique ou physique, enfin les états physiologiques comme la puberté, la menstruation, la grossesse, l'accouchement, la lactation, la ménopause.

Le troisième groupe des causes déterminantes s'adresse à l'impression produite par les phénomènes délirants.

A ce point de vue, on peut diviser les folies en folies impressionnantes et folies convaincantes.

Les folies impressionnantes, qui sont les folies générales comme les manies, les lypémanies, frappent l'imagination et sont d'autant plus contagieuses que le malade paraîtra plus fou. Ce sont d'elles que relèvent les épidémies de folie du moyen âge et celle qu'on a observées et qu'on peut observer encore de nos jours. Dans les lypémanies, ce sont les états anxieux et le délire démonomaniaque qui sont les plus contagieux. Les états maniaques le sont plus rarement.

Les folies convaincantes sont les délires systématisés, qui sont d'autant plus contagieux qu'ils sont moins apparents, comme l'a fait remarquer M. Pronier. Les plus souvent transmises sont les idées de persécution, les idées mégalomaniaques le sont plus rarement. D'autres phénomènes morbides peuvent aussi se transmettre, telles certaines obsessions et impulsions (Pitres et Régis[1]), ainsi que les

[1] Pitres et Régis. *Les impulsions* (*Rev. de Psychiatrie*, mai 1902, p. 208).

interprétations délirantes de la psychose isolée récemment par MM. Sérieux et Capgras[1].

En somme, toutes les formes délirantes peuvent être contagieuses, deux l'ont été plus particulièrement jusqu'ici, ce sont les formes anxieuses de la mélancolie et les idées de persécution.

IV. — Toute folie par contagion se réduit à deux éléments cliniques bien individualisés par les auteurs : un sujet *actif*, élément contagieux, un sujet *passif*, élément réceptif.

Le sujet actif présente, en général, des facultés intellectuelles plus vives, une volonté et une énergie plus grandes que le sujet passif, il est en un mot plus suggestif. Cependant, son intelligence peut ne pas être supérieure et même être inférieure à celle du sujet passif, l'acuité des phénomènes délirants suffit à créer l'état suggestif.

Le sujet passif est un individu dont les facultés intellectuelles sont amoindries à des degrés divers, par une prédisposition soit héréditaire, soit acquise, en un mot, c'est un suggestible. Selon sa prédisposition, il réagira diversement à l'influence de l'élément contagieux. Ou bien, assez résistant, il ne fera qu'enregistrer les impressions morbides sans les conserver longtemps et les rejettera dès que l'influence suggestive aura cessé. Ou bien, après une certaine résistance, il ne se contentera plus de les enregistrer seulement, mais se les appropriera, les développera et les transformera pour édifier à son tour un délire qui prendra un cachet tout personnel.

Dans certains cas, le sujet passif peut agir sur le sujet actif ; mais cette action est inconsciente, elle est due à la résistance plus ou moins grande qu'il offre aux idées délirantes suggestives émises par le sujet actif. Elle a comme résultat de faire évoluer plus rapidement les conceptions délirantes du sujet actif ; c'est ainsi que sous cette influence, dans certains délires systématisés, on voit arriver très rapidement les idées mégalomaniaques ou les réactions délirantes.

Comme MM. Marandon et Arnaud, nous reconnaîtrons trois formes cliniques : la folie imposée, type Lasègue-Falret ; la folie simultanée, type Régis ; la folie communiquée, type Marandon.

[1] Serieux et Capgras. *Anat. méd.-psychol.*, mai-juin 1902.

Dans ces trois formes, les éléments pathogéniques sont identiques ; ce qui varie, c'est l'intensité de l'un ou l'autre des facteurs et plus particulièrement de la prédisposition.

La folie imposée est l'action incessante et répétée du sujet actif, élément morbide suggestif, sur l'élément réceptif, le sujet passif doué d'une certaine résistance, c'est-à-dire d'une faible prédisposition. Les opinions des différents auteurs sont très variables sur la compréhension de cette forme de folie par contagion. Elle a été d'abord la forme décrite par Lasègue Falret, sous le nom de folie communiquée ; M. Pronier la considère comme la première étape de la folie par communication. M. Marandon qui l'a identifiée, admet que ce qui la caractérise, c'est que le sujet passif n'est pas aliéné, qu'il n'est jamais halluciné ; il ne fait que partager les idées délirantes du sujet actif sans y collaborer par lui-même. Pour M. Arnaud, ce qui la différencie, c'est l'évolution du délire chez le sujet passif, une fois qu'il n'est plus sous l'influence du sujet actif. Enfin, M. Nina Rodriguès pense que dans cette forme, on peut avoir de véritables délires transitoires de peu de durée chez les sujets passifs dégénérés.

Notre manière de voir s'appuie surtout sur le degré de prédisposition nécessaire que doit posséder le sujet passif. Ce qui caractèrise pour nous la folie imposée, c'est que le sujet passif n'édifie jamais des phénomènes délirants qui lui sont propres, à côté de ceux que lui impose le sujet actif. Les troubles qu'il présente sont toujours identiques à ceux du sujet actif, et d'autre part ont un caractère particulier : celui de disparaître lorsque l'influence suggestive du sujet actif disparaît.

Jusqu'ici, nous sommes d'accord avec les auteurs, et en particulier M. Marandon, mais où nous nous éloignons de sa manière de voir, c'est lorsqu'il considère que le sujet passif ne peut jamais avoir d'hallucinations et qu'il ne doit pas être regardé comme aliéné. Or le sujet passif est toujours un prédisposé suggestible, mais dont le degré de suggestibilité peut varier, depuis la simple croyance naïve aux troubles délirants, jusqu'à l'hallucination. Cette hallucination est en général une hallucination provoquée il est vrai, reproduisant celle du sujet actif et disparaissant par la séparation; mais sa provocation et ses conséquences troublent

trop profondément ses facultés pour qu'il ne soit pas regardé, momentanément du moins, comme anormal. Nous citerons, à ce propos, l'observation d'un jeune homme et d'une jeune femme que nous avons eue l'occasion d'observer récemment.

La jeune femme était une prédisposée débile qui, sous l'empire d'habitudes alcooliques, réalisa un délire alcoolique typique, « idées de persécution et de jalousie, hallucinations de l'ouïe et de la vue, troubles du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale », et devint le sujet actif d'une folie imposée. Le jeune homme légèrement prédisposé lui-même, très suggestionnable quoique assez intelligent, cohabitait avec cette femme depuis plusieurs années et devint l'agent passif après trois mois de résistance. Sa maîtresse lui imposa d'abord ses idées de persécution, puis plus tard ses hallucinations de l'ouïe ; il entendait mot pour mot ce qu'on disait à sa maîtresse, c'était les mêmes insultes, les mêmes grossièretés. Au moment où nous avons examiné ce couple, la femme avait commencé à réagir contre ses persécuteurs en allant se plaindre au commissaire et en les menaçant. Le jeune homme était allé lui-même se plaindre au régisseur de l'immeuble qu'il habitait et devait aller aussi chez le commissaire de police ; il voulait quitter la maison pour fuir les persécutions dont sa maîtresse et lui étaient l'objet. Ce qui l'amena chez un médecin, ce furent les menaces proférées contre lui par sa maîtresse jalouse et qui l'effrayèrent.

Dans un premier examen, j'essayai de démontrer au jeune homme l'inanité des faits qu'il me racontait et la mauvaise influence de sa maîtresse. Il s'emporta presque, me demandant si je le prenais aussi pour un fou, car il avait assisté à l'examen de sa femme et m'affirma de nouveau avec exaltation la réalité des persécutions que sa maîtresse subissait et des injures qu'on lui adressait. « Il les avait bien entendues. » Je lui fis cependant promettre de ne pas aller se plaindre au commissaire.

Huit jours après, je les revis ; la jeune femme présentait toujours la même acuité de ses phénomènes délirants, mais le jeune homme, quoique encore très exalté, me prit à part et me dit qu'il avait réfléchi à ce que je lui avais dit ; qu'il n'était pas allé chez le commissaire et qu'il croyait bien que sa maîtresse était gravement malade. Depuis quatre jours, il n'avait plus entendu les injures dont sa femme se plaignait et qu'il lui semblait bien cependant avoir entendues auparavant. « J'étais très exalté », finit-il par me dire. Je lui conseillai alors de faire interner sa maîtresse, ce qu'il fit quelques jours après.

Je le revis un mois après l'internement de la femme ; il était alors complètement remis et très conscient de la mauvaise influence

de sa maîtresse. La jeune femme sortit guérie après quatre mois d'isolement et de traitement.

Parmi les faits rapidement relatés dans cette observation, cas typique de folie imposée, retenons simplement ceci : que la suggestion morbide peut aller sur le sujet passif jusqu'à l'hallucination provoquée et surtout jusqu'à la réaction.

Doit-on dire dans ce cas, avec M. Marandon, qu'il y a seulement erreur de l'esprit chez le sujet passif, et comment juger les réactions de ce genre de malades? Il nous semble que le fait même de l'imposition d'idées délirantes à un sujet le met dans un état suggestif, un état de dépendance, qui lui aliène en partie, dans certains cas, et totalement dans d'autres ses facultés, ce qui le rend incapable de réagir contre les idées maladives imposées pendant le temps de l'influence suggestive.

En résumé, dans les folies imposées, le sujet passif est celui qui emprunte tout ou une partie des phénomènes délirants du sujet actif, sans jamais rien créer par lui-même. Il doit être considéré pendant ce laps de temps comme étant en dépendance suggestive. Il y a nécessité absolue de le séparer de son codélirant.

La deuxième forme est *la folie simultanée*, bien individualisée par M. Régis, et sur laquelle nous ne nous arrêterons pas. Qu'il nous suffise de dire qu'elle est l'éclosion simultanée d'une même forme délirante et par influence réciproque chez deux prédisposés en contact. Il n'y a plus à proprement parler de sujet actif et de sujet passif; la suggestion morbide agit surtout par action inter-mentale et par imitation inconsciente.

La troisième forme est *la folie communiquée* dont M. Marandon a bien précisé les caractères cliniques. Ce qui la caractérise et la différencie d'une façon très nette de la folie imposée, c'est que le sujet passif, sous l'influence de la suggestion morbide du sujet actif qui réveille sa puissance vésanique, édifie un délire dans lequel certaines idées délirantes lui sont propres et dépendent de son terrain, à côté de celles que lui communique le sujet actif.

Les deux facteurs cliniques sont ici en présence. Le sujet actif aliéné qui agit lentement, mais d'une façon continue, sur celui ou ceux qui deviendront ses codélirants, grâce aux trois facteurs de la suggestion morbide.

Le sujet passif, fortement prédisposé en général, qui reçoit les impressions morbides répétées du sujet actif. Il y résiste d'abord pendant plus ou moins de temps, suivant le degré de sa prédisposition. Mais ces impressions répétées ébranlent petit à petit son état cérébral instable, puis réveillent l'état vésanique latent qu'il avait en puissance et auquel le sujet imprime le cachet spécial de son terrain.

Il passe donc, pour ainsi dire, par *trois périodes successives* dont les deux dernières se confondent : une première période d'ébranlement cérébral qui correspond à l'acceptation des idées délirantes du sujet actif ; une deuxième période de réveil vésanique correspondant à l'éclosion des phénomènes délirants vrais, comme les hallucinations, calqués sur ceux du sujet actif. Enfin une troisième période, se confondant en général avec la précédente, qui correspond à l'éclosion de phénomènes délirants propres dépendant du terrain et qui viennent se surajouter aux premiers.

Il y a donc deux éléments à considérer dans le délire du sujet passif : les idées délirantes qui dépendent de l'influence suggestive du sujet actif, et celles que le sujet passif puise dans son propre fonds.

Cette influence du terrain du sujet passif sur les phénomènes délirants peut faire varier le tableau clinique : ou bien il y a simplement exagération des idées délirantes communiquées qui continuent à évoluer indépendamment du sujet actif et sous la simple impulsion que leur donne la prédisposition du sujet passif; Ou, il y a confusion des deux groupes de manifestations délirantes qui se complètent pour ne former qu'un seul et même délire qui évolue ; Enfin, les phénomènes morbides surajoutés peuvent prendre le dessus et former tout le tableau clinique au milieu duquel disparaissent les troubles communiqués. A ces différents cas, on peut ajouter celui que M. Marandon a publié en 1893, dans lequel le sujet actif atteint de folie multiple ne transmet au contaminé que l'unique délire auquel ce dernier est prédisposé.

Comme la prédisposition du sujet passif, un autre élément, la continuité de la suggestion morbide du sujet actif, peut faire varier le tableau clinique offert par le sujet passif.

Cette continuité de la suggestion agira non seulement sur les éléments du délire qui ont été communiqués, mais aussi et surtout elle augmentera la puissance vésanique du sujet

passif en l'activant sans cesse. Cliniquement, elle aura comme résultat une acuité plus grande des phénomènes délirants et une évolution plus rapide du délire, surtout dans les cas de délires systématisés.

Ce qui prouve cette action, c'est que lorsqu'on sépare les codélirants, il y a au bout de peu de temps une cédation très nette dans l'acuité des manifestations délirantes du sujet passif; son délire continue à évoluer il est vrai, mais sous l'impulsion des seules forces vésaniques qu'il puise en lui-même. Ce fait est très net dans l'observation que nous rapportons plus loin. La séparation des codélirants dans les folies communiquées a donc sa nécessité.

Dans le tableau clinique présenté par le sujet passif, trois éléments sont donc à distinguer : 1° les manifestations délirantes communiquées qui ont été le point de départ du réveil vésanique; 2° les phénomènes surajoutés dus à l'influence de la prédisposition; 3° l'acuité des phénomènes entretenus par la continuité de la suggestion morbide du sujet actif.

En somme, la folie communiquée est caractérisée par la transmission d'idées délirantes d'un sujet actif à un ou plusieurs sujets passifs ; transmission qui est le point de départ et à l'occasion de laquelle la puissance vésanique du sujet passif prédisposé fait son éclosion. Sous cette impulsion, il élabore de ses propres forces des idées délirantes qui évoluent par la suite, même une fois qu'il est séparé de l'élément contagieux.

C'est un aliéné au même titre que le sujet actif.

Pour les raisons que nous avons données, il y a nécessité de séparer les codélirants pour leur traitement.

Observation [1]. — *Folie communiquée par la fille à sa mère.* — I. — *Agent actif.* — *Dégénérescence mentale avec prédominance d'idées de persécution, illusions et hallucinations multiples, troubles de la sensibilité générale, interprétations délirantes. Excitation et dépression par intervalles. Agent actif d'une folie communiquée à sa mère.*

Mme C. Marie, âgée de 46 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. Son père, alcoolique avéré est mort de

[1] Cette observation, qui a été le point de départ de cette étude, a été prise pendant notre année d'internat dans le service de notre maître, M. Magnan.

maladie indéterminée. Sa mère, prédisposée alcoolique a été internée en même temps que la malade pour des phénomènes délirants nés sous l'influence de ceux de la fille.

Dans ses *antécédents personnels* on relève une érysipèle et de légères habitudes alcooliques. Rien de particulier dans son enfance et dans son adolescence, elle a toujours été une instinctive. Mariée assez jeune, elle a eu trois enfants dont deux sont morts en bas âge, l'un de convulsions, l'autre de gastro-entérite; le troisième, âgé de 26 ans, est au bagne.

Son examen somatique ne présente rien de particulier, c'est une femme grande et bien musclée, qui n'a ni troubles cardiaques ni phénomènes pulmonaires. Elle a des stigmates physiques de dégénérescence, entre autre une asymétrie faciale marquée.

Au point de vue intellectuel, c'est une femme d'une intelligence moyenne, mais d'un caractère vif et énergique, d'une instruction rudimentaire.

Depuis l'année 1899, elle habite avec sa mère qui, ancienne cuisinière, est venue auprès d'elle pour lui faire son ménage, pendant qu'elle travaille à la maison de son métier de couturière. C'est au mois de janvier 1900 que les premiers troubles apparaissent sous l'influence des habitudes alcooliques apportées dans le ménage par la mère, et aussi des soucis que lui donne son fils condamné aux travaux forcés, mais qu'elle dit innocent.

Les phénomènes délirants ont commencé par des interprétations fausses basées sur des illusions, puis rapidement des hallucinations multiples apparurent. Les idées de persécution deviennent de plus en plus marquées avec légère systématisation. « Ce sont des voisins qui habitent au-dessus d'elle qui font du bruit exprès; elle les entend dire en descendant l'escalier: « nous allons faire des misères aux bonnes femmes qui sont en bas et la police ne viendra pas nous chercher ici. » Ces individus font partie d'une véritable association de souteneurs et de filles publiques qui les persécutent, mais elle ne dit pas pourquoi.

Les hallucinations de l'ouïe deviennent de plus en plus intenses et s'accentuent surtout depuis le mois de mai 1900. « Les individus qu'elle entend, parlent de la tuer », et elle emploie des mots d'argot qui lui sont familiers. « Elle sera dure à chouriner, il faudra s'acharner sur elle à coup de scion. »

C'est à partir de cette époque, que la mère, qui jusqu'ici cherchait à la rassurer et à lui montrer la fausseté de ses idées, commence elle-même à être légèrement influencée, mais elle résiste encore. Les discussions qui eurent lieu à ce moment entre les deux femmes semblent avoir donné une nouvelle force aux phenomènes délirants de la malade. En effet, au mois d'août les troubles hallucinatoires augmentent et pour fuir ses persécuteurs, elle quitte son logement pour la nuit et va coucher à l'hôtel, car elle ne peut plus dormir.

Sa mère influencée la suit. Ses ennemis la suivent aussi et prennent la chambre au-dessus d'elle. En effet, la première nuit elle entend de nouveau des menaces de mort avec des insultes grossières. « Aussitôt que tu vas dormir, on va te crampser (tuer) avec ta vieille », et ajoute-t-elle, « ils veulent violer nos cadavres. »

Au mois de septembre elle commence à réagir en disant que *s'ils* continuent, elle mettra le feu à l'hôtel.

Au mois de novembre d'autres troubles sensoriels apparaissent ; ce sont des troubles du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale, l'activité du délire est à son apogée. Il lui semble qu'on lui met dans ses aliments du laudanum ou de la teinture d'iode. On a fait un trou au plafond que l'on bouche pendant le jour et par lequel on fait égouter sur son oreiller un liquide à odeur acre, etc. Il lui semble ressentir des piqures sur le sein gauche. — Pas d'hallucinations de la vue, pas de troubles génitaux.

Au mois de décembre, à la suite de troubles hallucinatoires plus actifs, elle réagit de nouveau ; elle entend dire « qu'on va chouriner son mari et plusieurs autres personnes dont elle cite les noms » ; elle entend la cuisinière du restaurant qui se trouve en bas de chez elle, dire « Oh ! elle n'en a plus pour longtemps ». C'est alors qu'elle porte plainte au commissaire de police, ce qui motive son arrestation et son transfert à Sainte-Anne, où elle entre le 25 décembre 1900 dans le service de notre maître M. Magnan.

La mère qui avait suivi sa fille dans son évolution délirante, était entrée dans le même service la veille.

Le certificat du médecin de la Préfecture de police porte : Délire mélancolique avec prédominance d'idees de persécution, hallucinations multiples, insomnies, excès alcooliques. Paraît être l'agent actif d'une folie à deux.

Signé : Dr Legras.

Certificat d'entrée : Dégénérescence mentale avec illusions, hallucinations, interprétations délirantes et idées de persécutions.

Signé : Dr Magnan.

Cette malade est restée dans le service de M. Magnan jusqu'au 16 février 1901, puis a été transférée à l'asile de Maison-Blanche. Pendant ce séjour les phénomènes délirants sont toujours très intenses, les troubles hallucinatoires dominent avec de nombreuses interprétations délirantes sous l'influence desquelles elle s'excite par intervalles. Elle présente en outre quelques idées de richesse : « On l'a fait enfermer ici avec sa mère, dit-elle, parce qu'elle doit faire un héritage d'un million d'une tante de Honfleur. »

Elle sait en effet, que sa mère a été internée, mais elle en a été complètement séparée et ne l'a vue que deux fois intentionnellement.

Les deux visites n'ont eu aucune action sur les phénomènes délirants, si ce n'est quelques interprétations nouvelles et un peu de dépression mélancolique, surtout après la deuxième visite qui eut lieu à la fin de janvier et pendant laquelle la mère a essayé de la raisonner. Les idées de persécution restent aussi actives, mais elle ne désigne pas ses persécuteurs, c'est toujours *on*! ou *ils*! — C'est dans cet état qu'elle quitte le service de l'admission, le 16 février 1901.

[1] Jusqu'au mois de janvier 1902, moment où nous l'avons perdue de vue, cette malade est restée persécutée et hallucinée. De nouveaux troubles sensoriels sont apparus du côté des organes génitaux. « On la dénature au physique et au moral. » Au physique, on se livre sur elle à des attentats nocturnes, elle se relève la nuit en injuriant ses persécuteurs; protège ses organes génitaux avec des linges... pour mettre obstacle aux attentats, etc. On la dénature au moral en la faisant passer pour folle et en interprétant, dit-elle, comme une tentative de suicide, l'essai qu'elle a fait de se jeter dans le canal, ce qui, prétend-elle, n'était qu'un simulacre pour voir ce que feraient les infirmières. Elle ne désigne toujours pas ses persécuteurs, elle les dénomme « *ils*! » ou « ceux qui étaient au-dessus de chez elle. » — A la fin de l'année 1901, elle prétend que ses persécutions sont moins fortes qu'au début. Elle se rappelle que sa mère pendant un certain temps la raisonnait à ce sujet, en lui disant de n'y pas faire attention. Si on lui demande ce qu'elle est devenue, elle dit que le médecin lui a annoncé son transfert, mais elle a entendu dire qu'elle était toujours à l'asile. Elle a bien reçu des lettres de sa mère qui est à Dun, mais elle ne sait que croire. Malgré ses affirmations, ses idées de persécution persistent. Son état général est resté bon, mais elle présente des troubles vasomoteurs de la face et des mains.

La malade qui fait le sujet de cette observation présente un délire de dégénéré banal. Un point sur lequel nous appelons l'attention, c'est qu'elle n'a jamais eu d'hallucinations de la vue. Elle devient le sujet actif d'une folie qu'elle communique après plusieurs mois à sa mère qui est une prédisposée alcoolique chronique avec commencement d'affaiblissement intellectuel. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que l'on y retrouve tous les éléments que doit présenter l'agent actif suggestif, dans toute folie communiquée. Elle nous montre aussi l'évolution rapide du délire sous l'influence de la résistance du sujet passif et son évolution ultérieure après la séparation des deux malades.

[1] Les renseignements suivants sont dûs à l'amabilité de mon collègue et ami, le Dr Ameline.

II. — *Agent passif. Alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel, hallucinations de l'ouïe et de la vue et idées de persécution. Agent passif d'un délire communiqué par sa fille.*

Mme G..., cuisinière est âgée de soixante-quinze ans.

Antécédents héréditaires. Son père est mort à quatre-vingt ans Sa mère est morte à quarante-neuf ans de tuberculose pulmonaire. Parmi ses frères ou sœurs, deux frères sont morts en bas âge, une sœur s'est suicidée (asphyxie au charbon); une autre sœur est morte à quarante ans d'affection indéterminée.

Dans les antécédents personnels, on ne relève pas de maladies infectieuses, mais de nombreux excès alcooliques. Mariée à un individu alcoolique avéré, elle a eu quatre enfants dont trois sont morts : un à douze mois de variole, un a quinze mois et un autre à huit jours de convulsions. Le quatrième est l'agent actif de cette observation.

Mme G..., s'est toujours bien portée; elle fut placée comme cuisinière et a toujours travaillé régulièrement jusqu'au commencement de l'année 1899, époque à laquelle elle vient habiter avec sa fille qui travaille chez elle. Elle fait de loin en loin encore quelques extra, mais reste la plupart du temps auprès de sa fille dont elle fait le ménage.

Elle a toujours été d'un caractère assez doux, mais influençable; par intervalles elle est violente et irritable, sous l'empire sans doute de ses habitudes alcooliques.

Elle vivait donc depuis un an déjà avec sa fille lorsque cette dernière commença en janvier 1900 à présenter des troubles mentaux. Pendant les quatre premiers mois, elle cherche à la rassurer en tâchant de lui montrer l'inanité de ces persécutions imaginaires. Mais plus elle cherche à la raisonner, plus les conceptions délirantes prennent de force et elle-même au mois de mai 1900 commence à avoir les mêmes préoccupations.

Elle se demande d'abord si sa fille n'a pas raison, s'il n'y a pas effectivement des persécuteurs autour d'eux. Frappée de plus en plus par ce qu'elle lui entend dire, elle résiste cependant encore pendant tout le mois de mai, mais au mois de juin les hallucinations font leur entrée en scène et viennent donner corps à ses préoccupations.

Le délire de Mme G. est copié sur celui du sujet actif; ce sont les mêmes idées de persécution, les mêmes hallucinations avec les mêmes mots d'argot, les mêmes interprétations; à cela s'ajoute le cachet particulier de la malade qui est alcoolique et dont l'intelligence commence à s'affaiblir. Nous relevons des phénomènes d'ordre purement alcoolique, des hallucinations de la vue et des troubles somatiques; d'autre part son affaiblissement intellectuel

donne aux interprétations délirantes une allure plus mièvre et plus naïve.

C'est le même genre d'*idées de persécution* : « C'est un voisin, se disant livreur au chemins de fer, qui habite au dessus, qui a commencé à les persécuter. Il est venu s'installer au début de l'exposition et court toute la nuit avec sa femme. Parfois il ramène plusieurs femmes avec qui il fait du bruit toute la journée. Ils sont ainsi toute une bande qui ne se montre pas et qui les suit partout. Ils pénétrent chez elle quand elle sort avec sa fille, défont les lits, salissent leur eau etc. » Comme le sujet actif, elle conclut qu'elles ont affaire à une bande de souteneurs et de filles publiques qui s'entendent pour les faire arrêter et veulent les faire disparaitre.

Les hallucinations de l'ouïe sont semblables : « elle entend ces individus frapper au plafond ; » c'est l'homme en question qui dit derrière sa fille : « j'ai tout ce qu'il faut pour la servir, elle ne sera pas manquée » ou d'autres grossièretés. Une autre fois, elle les a entendu dire « il faut les crampser parce qu'elles en connaissent trop. » Le mot crampser dont elle ne connaît pas la signification est emprunté au sujet actif. Elle les a entendu aussi se vanter d'avoir couché avec sa fille après l'avoir endormie avec du chloroforme, etc...

L'influence de l'agent actif se faisant sentir d'une façon continue elle présente des troubles du goût et de l'odorat. « Ses persécuteurs lui envoyaient de mauvaises odeurs, ils introduisaient dans le mur toutes sortes de saletés qui sentaient l'urine, la viande ou les œufs pourris. Ils ont essayé de l'empoisonner aves des grains de pavot réduits. »

A ces différents troubles calqués sur ceux du sujet actif viennent s'ajouter ceux qui dépendent de son terrain particulier. Elle a des insomnies, des cauchemars, des craintes et des frayeurs, elle rêve qu'on court après elle pour la tuer ; elle a des hallucinations de la vue assez intenses. Il lui semble voir au clair de lune un fantôme qui la regarde, elle décrit ses vêtements (il avait un gilet noir et une chemise blanche) et elle ajoute : « J'ai fait le signe de la croix et il s'en est allé en vapeurs. » Elle aperçoit pendant la nuit des lumières rondes de couleurs variées (violet, jaune, vert) ; elle n'a jamais eu de zoopsie.

Depuis l'apparition des hallucinations, elle ne combat plus les idées délirantes de sa fille ; l'une et l'autre se communiquent leurs persécutions, mais tandis que celles de la fille s'incorporent au délire de la mère, la fille reste indifférente à celles de sa mère. C'est ainsi qu'elle n'a jamais eu d'hallucinations de la vue. Il semble même que cette communication des idées délirantes entre elles ait produit le même effet que la résistance de la mère au délire de la fille pendant les premiers mois. En effet, c'est à partir du mois d'août, moment où le délire du sujet passif est entré dans

une phase active, que le sujet actif commence à réagir : « il va d'abord coucher à l'hôtel huit jours puis menace d'y mettre le feu si les persécutions ne cessent pas. »

Jusqu'au mois de décembre, l'état morbide ne fait qu'augmenter, jusqu'au moment où la fille porte plainte au commissaire de police. La mère fait avec elle la même démarche qui la fait interner à Sainte-Anne le 24 décembre 1900.

Le certificat de la Préfecture de police porte : « Alcoolisme chronique, affaiblissement intellectuel, hallucinations, persécutions imaginaires. Signé : Dr Legras.

Le certificat d'entrée : Léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations, idées de persécutions, excitation passagère.
Signé : Dr Magnan.

A son entrée, Mme G..., présente à côté des phénomènes délirants que nous avons cités, de l'affaiblissement intellectuel caractérisé surtout par un défaut de mémoire assez prononcé. Elle connaît mal son âge et l'année; elle calcule très difficilement.

Légèrement excitée, dès qu'on l'interroge elle se met à pleurer, mais avec instabilité dans l'état émotif. Il est facile de la distraire de ses préoccupations par quelques paroles banales et alors elle sourit et se confie d'une manière enfantine.

En somme, apathie intellectuelle avec excitation légère sous l'influence de ses hallucinations. Elle a des étourdissement et des crampes dans les bras et les jambes depuis dix mois, du tremblement des doigts.

Séparée de sa fille dès le premier jour, elle présente après la première semaine une cédation assez marquée dans l'acuité des phénomènes délirants; l'excitation est complètement tombée, les hallucinations de l'ouïe sont un peu moins intenses et lorsqu'on lui parle de ses idées de persécution, elle met toujours en avant sa fille dont elle raconte toutes les misères. Ses hallucinations de la vue et ses frayeurs persistent encore mais faiblement grâce à la privation d'alcool.

Le 8 janvier le certificat de quinzaine porte : Léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations et idées de persécution en voie de décroissance. Signé : Dr Magnan.

L'excitation étant tombée, elle commence à s'occuper dans le service. A cette époque on lui fait voir intentionnellement sa fille avec laquelle elle reste une matinée presque entière. Remise ainsi sous l'influence de l'agent suggestif toujours aussi délirant, ses idées de persécution reprennent plus d'acuité ainsi que ses hallucinations de l'ouïe. Elle nous dit dans la soirée de ce même

jour « qu'elle a entendu une voix qui sortait du plafond lui dire : « on va couper les mains de ta fille, etc. » Les hallucinations de la vue restent au contraire toujours très faibles et semblent de plus en plus s'atténuer.

Sous l'influence de cette visite, les phénomènes délirants ont repris un peu plus d'acuité et l'empêchent de s'occuper pendant deux jours. Puis peu à peu elle reprend son travail, les hallucinations deviennent de plus en plus rares, mais elle conserve toujours les mêmes idées de persécution. A la fin de janvier après une deuxième visite à sa fille, elle présente une nouvelle crise hallucinatoire qui dure quelques jours, les idées de persécution sont les mêmes. Ainsi les deux visites de l'agent actif semblent avoir influencé l'agent passif et donné une nouvelle force à ses phénomènes délirants. Mme G..., est transférée à l'asile de Maison-Blanche le 16 février 1901 en même temps que sa fille. Le certificat de transfert porte : Léger affaiblissement intellectuel avec idées de persécution. Signé : Dr MAGNAN.

D'après les renseignements que nous avons eus, la malade est restée cinq mois à l'asile de Maison-Blanche, puis a été transférée le 14 juillet 1901 à la colonie de Dun-sur-Auron où elle a été suivie par notre collègue et ami le Dr Truelle de qui nous tenons les renseignements qui suivent :

Pendant son séjour à Maison-Blanche Mme G..., a toujours été séparée de sa fille qu'elle ne voyait que de temps à autre pendant une demi-heure. Ses persécuteurs ne l'y ont pas suivie, mais elle conserve les même idées de persécution. Elle a quelques idées délirantes nouvelles qu'elle puise dans son propre fonds : « Les infirmières commandaient les folles de la battre, du moins elle le pense car elle les voyait rire ; on lui laissait exprès les croisées ouvertes pour la rendre malade, etc. « Les hallucinations de l'ouïe et de la vue ont disparu.

Elle entre le 12 juillet 1901 à la colonie de Dun. A *son entrée* elle raconte « que depuis sept mois elle est sous les verrous ; qu'on lui a volé son linge et ses meubles, qu'on lui garde son argent. On lui a pris son petit-fils et sa fille ; C'est la police. » Elle conserve ses premières idées de persécution. Elle met toujours sa fille en avant dans le récit de son délire.

Séjour à la colonie. — Pendant les premiers jours, elle demande des nouvelles de sa fille qu'on martyrise, et qui est peut-être morte là-bas. On la rassure et on la distrait facilement car elle conserve toujours la même instabilité dans l'état émotif. Elle écrit souvent à Maison-Blanche pour avoir des nouvelles de l'absente. Facile à diriger, elle se plaît assez à la colonie, mais réclame de temps à autre sa sortie sans grande suite dans les idées.

Au mois de décembre 1901, elle est tout à fait acclimatée, parle moins de sa fille. Il faut l'interroger à ce sujet, elle n'en parle plus guère spontanément comme avant. Son état intellectuel semble avoir baissé, la mémoire est plus défectueuse et elle est satisfaite d'elle-même. Affectivité et raisonnement débiles. A cette époque, elle reçoit des nouvelles de sa fille et apprenant qu'elle a peur, toujours peur, elle répond : « Que tout le monde a ses peines sur la terre, que chacun a sa voix, que sa fille se mette à aller bien et tout le monde sera tranquille. »

Elle raconte son ancien délire comme par le passé en y mélangeant l'histoire du cadavre découpé, trouvé aux environs du Père-Lachaise dont elle a entendu parler. Elle croit toujours à la réalité de ses anciennes persécutions, mais elles n'ont pas continué et depuis son séjour à la colonie il n'en est pas né de nouvelles. Elle conclut : « ici on est bien tranquille, si ma fille était là, on travaillerait toutes les deux dans la lingerie ».

Ce cas de folie communiquée fait bien ressortir la pathogénie et l'évolution clinique de cette affection. Il met en évidence l'influence réciproque des deux sujets et la nécessité de leur séparation.

Influence du sujet passif sur le sujet actif, qui par sa résistance augmente et fait évoluer plus rapidement le délire du sujet actif.

Influence du sujet actif sur l'agent passif : 1° par le réveil de la prédisposition héréditaire et acquise du sujet passif, qui élabore, comme peut le faire un alcoolique chronique, un véritable délire qui évolue avec ses éléments principaux puisés chez l'agent actif (idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, etc.) et ses éléments surajoutés puisés dans son propre terrain d'alcoolique (hallucinations de la vue, frayeurs, etc.) ; 2° par la réviviscence des troubles délirants du sujet passif sous l'influence suggestive de l'élément actif.

A la folie communiquée on doit rattacher la folie induite ou transformée des auteurs étrangers, qui n'est qu'un cas particulier de cette dernière forme.

C'est l'influence suggestive morbide d'un aliéné sur un autre aliéné. Le sujet actif transmet ses conceptions délirantes, ses hallucinations, ses réactions à un ou plusieurs sujets passifs déjà délirants. Le phénomène pathologique est identique à celui de la folie communiquée et ses conditions pathogéniques sont les mêmes; nous ne nous y arrêterons pas.

V. — Au point de vue du traitement des folies par contagion, sans nous arrêter à la thérapeutique des phénomènes délirants, variables pour chaque cas, il nous semble que la seule indication importante est l'isolement, la séparation des codélirants, indication qui a sa raison d'être dans toutes les formes que l'on a décrites.

Nous avons vu, en effet, qu'elles relèvent des mêmes conditions pathogéniques; que l'action des impressions suggestives se faisait sentir tant que les malades étaient en commun, en donnant une plus grande acuité aux phénomènes délirants et en augmentant la puissance de la prédisposition.

Dans les folies imposées, les sujets passifs ne délirent que sous l'influence de la suggestivité morbide des sujets actifs. Leur séparation fera disparaître très rapidement chez les premiers les phénomènes délirants qui ne sont que des phénomènes de suggestion.

Dans les folies communiquées, bien qu'on ait à faire à des sujets passifs véritablement aliénés, et dont le délire évolue même après la séparation, celle-ci fait tout au moins disparaître l'influence de la continuité de la suggestion morbide qui a, comme nous l'avons vu, de fâcheux résultats sur les sujets passifs.

Quant aux folies simultanées, dont nous n'avons pu observer de cas, sans vouloir émettre une opinion d'accord avec nos idées, il serait intéressant de voir si la continuité de l'action suggestive réciproque des codélirants n'a pas une action sur l'acuité et l'évolution de leur délire. Il semble donc bien que l'indication importante dans le traitement des folies par contagion, soit de soustraire les sujets à leur influence morbide réciproque.

VI. — Sans étudier longuement les considérations médico-légales que peut faire naître la question des folies par contagion, il est un fait cependant qui demande à être approfondi. C'est la condition médico-légale des sujets passifs, dans les cas de folie imposée.

Tous les auteurs, sauf récemment M. Nina Rodrigues[1], les considèrent comme responsables de leurs actes. Com-

[1] Nina Rodrigues. *Loc. cit.*

ment, cependant, considérer comme responsables de leurs actes des individus qui, sous l'influence suggestive d'autres individus, perdent le libre jeu de leurs facultés, et par conséquent de leurs déterminations, à tel point qu'ils sont incapables, pendant un certain laps de temps, de corriger les idées qui leur sont imposées et qui peuvent les entraîner à des actes légalement répréhensibles.

C'est ainsi que, dans l'observation de folie imposée que nous avons rapportée, le jeune homme, sous l'influence suggestive de sa maîtresse, aurait pu aussi bien frapper un de ses voisins, plutôt que d'aller se plaindre à son propriétaire des persécutions dont il était l'objet. Dans ce cas, il nous semble que cet individu était parfaitement irresponsable de l'acte qu'il aurait pu commettre.

Nous croyons, en effet, que dans les folies imposées, les sujets passifs doivent être considérés comme étant en état suggestif, état qui aliène pendant le temps seulement où ils sont sous l'influence suggestive leurs facultés directrices et leur puissance de correction. Pendant ce laps de temps, ils doivent être, au point de vue médico-légal, considérés comme absolument irresponsables.

Dans les folies simultanées et communiquées, la question n'est pas à discuter, puisque les codélirants sont aliénés.

Conclusions. — 1° Les folies à deux doivent être comprises dans une dénomination plus générale, celle de *folies par contagion ou suggestion morbide.*

Cette appellation s'appuie sur la pathogénie de ce groupe de troubles mentaux et a l'avantage de comprendre dans un même terme, tous les cas de phénomènes psychiques qui ont comme point de départ la suggestion morbide, depuis les folies communiquées jusqu'aux folies des foules; 2° il y a nécessité de séparer les codélirants dans toutes les formes de folie par contagion; 3° il y a nécessité de considérer, au point de vue médico-légal, les sujets passifs des folies imposées comme étant en état suggestif et par conséquent irresponsables tant qu'ils sont dans cet état.

PATHOLOGIE MENTALE.

Des obsessions et impulsions[1] (Syndromes épisodiques chez les dégénérés).

Par le Dr SOUTZO (fils), de Bucarest.

La dégénérescence, décrite par Morel, mais surtout bien définie de nos jours grâce aux travaux de M. Magnan et de son école, se traduit au dehors par un certain nombre de signes physiques et psychiques classiques, généralement groupés sous la dénomination commune, des stigmates.

Le rôle dévolu aux stigmates psychiques, tel qu'il a été envisagé par le savant aliéniste de Sainte-Anne, constitue aujourd'hui une vérité doctrinale d'une importance incontestable. Ces stigmates se présentent comme des épisodes survenant dans la vie de l'individu dégénéré, mais faisant cependant corps avec son état mental. M. Magnan leur a, à juste titre, donné le nom de *syndromes épisodiques*.

Nous croyons nécessaire de rappeler dès à présent que sur ce point les avis des aliénistes sont encore partagés ; quelques-uns considèrent ces phénomènes morbides comme des troubles liés à une forme spéciale de neurasthénie (Kraepelin) (Régis) ; d'autres, comme un symptôme intellectuel *de la pathologie générale*, au même titre que le délire (Pitres), d'autres encore, et en plus grand nombre, comme autant d'entités morbides nettement définies (Falret père, Legrand du Saule) (paranoia rudimentaire de Mendel et Morselli).

A l'heure actuelle, pour nous et pour la plupart des cliniciens, ces différentes manières de voir ne peuvent guère être admises, étant donnée la coïncidence fréquente de ces divers tableaux cliniques.

[1] Travail fait dans le Service de M. le Dr Magnan (Asile clinique Sainte-Anne), qui avec une extrême bienveillance et amabilité nous a permis de suivre de près les malades qui font l'objet de cette étude.

Quelles que soient les manifestations extérieures occasionnelles, pourrait-on dire, de ces syndromes morbides, ils se caractérisent en effet par un nombre limité de mécanismes psychiques devenus classiques, qui sont : les obsessions, impulsions, inhibitions, perversions de l'instinct et troubles délirants divers, toutes fonction de la déséquilibration des départements cérébraux.

Sans examiner en détail ces variétés syndromiques, nous voulons montrer dans un aperçu succint, les principaux caractères de ces troubles; les observations ultérieures suivies de leur analyse, montreront d'une façon indubitable le rapport de ces phénomènes avec l'état de déséquilibre mental, et la manière dont ces syndromes doivent être envisagés aujourd'hui en clinique.

« L'obsession, dit M. Magnan, est un mode d'activité cérébrale, dans lequel, un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit, en dehors de la volonté, mais sans malaise, à l'état normal, avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique; d'autre part l'impulsion est l'acte que l'obsession tenace, tyrannique rend irrésistible par l'intensité de la douleur morale qu'elle provoque. »

L'impulsion est à l'acte, ce que l'obsession est à l'idée. On peut donc distinguer : idée obsédante, obsession, impulsion et acte impulsif.

La première, qui se trouve ailleurs, à l'origine des délires proprements dits, n'est pas plus l'obsession que l'état mélancolique n'est la mélancolie. De même l'acte impulsif est secondaire, c'est une réaction; tandis que l'impulsion est primitive; cette dernière est une tendance à l'acte, un ordre donné par les centres moteurs en état d'éréthisme, mais sans pour cela que l'acte soit fatalement accompli. On soutient quelque fois, il est vrai, que l'impulsion ne peut exister sans l'acte, c'est-à-dire que du seul fait qu'elle est née, l'impulsion amène forcément après elle l'acte impulsif. Mais c'est une erreur, la vérité d'ailleurs est mise en lumière dès nos premières observations. Il est d'autre part important de connaître les limites entre l'obsession physiologique et l'obsession pathologique. La première se rencontre le plus souvent chez les individus normaux : elle se manifeste comme une idée qui occupe le cerveau à un faible degré, pour disparaître aussitôt sans laisser de trace; mais qu'une semblable idée

surgisse à l'esprit dans d'autres conditions, avec tendance à devenir plus tenace, trahissant une irritation plus grande du cerveau, à la faveur, par exemple, d'un état spécial du sujet tel qu'un état d'émotivité, et qu'enfin en outre le taux normal de la volonté se trouve surpassé, l'obsession prend le caractère pathologique ; la différence est une simple question de degré, mais cette question de degré est sous la dépendance d'un état défectueux du cerveau : la dégénérescence. Plus l'obsession est tenace et plus fertile est la cause à la suite de laquelle elle apparaît, plus elle indique un état dégénératif grave.

L'obsession et l'impulsion décomposées par l'analyse comprennent deux éléments : un centre entrant tout à coup en fonction, isolément, sans y être sollicité *par le besoin du mouvement;* et une impuissance momentanée de la volonté à chasser le phénomène qui s'impose (Magnan). Il y a rupture de l'harmonie des centres cérébraux et exubérance d'un certain nombre d'entre eux.

Tous les syndromes psychiques dans leurs manifestations extérieures s'accompagnent des signes devenus classiques : lutte angoissante, irrésistibilité, exagération des signes physiques de l'émotion, répétition et persistance des phénomènes, en dernier lieu soulagement à la suite de la satisfaction donnée au centre en état d'éréthisme.

Mais dans cet enchaînement des manifestations persistent *la lucidité de la conscience et l'intégrité de la volonté.* La part que prend cette dernière dans le mécanisme des obsessions a été interprétée dans ces dernières années d'une façon particulière. M. Artaud, au Congrès de Limoges 1901, soutient dans sa communication, que l'obsession au point de vue psychologique est une maladie de la volonté ; que l'élément aboulie joue le rôle fondamental dans la genèse du syndrome et que les éléments intellectuel et émotif n'y interviennent que secondairement.

Sans commenter longuement cette manière de voir, qui demanderait certainement des détails psychlogiques relatifs au mécanisme intime des opérations volitives, nous croyons cependant pouvoir affirmer que l'élément volitionel n'a aucune action dans la genèse de l'obsession. Celle-ci, comme nous l'avons montré à l'occasion du mécanisme des syndromes en général, demande le premier rôle à l'élément

intellectuel, l'idée, qui apparaît dans des conditions spéciales, conditions réalisées par le cerveau anormal, déséquilibré. Comme nous le verrons, tout se passe en dehors de la volonté et si celle-ci paraît intervenir, c'est dans l'impulsion seulement, mais dans ce cas elle paraît simplement suspendue, annihilée momentanément, par suite de la lutte qu'elle oppose contre une force bien supérieure, force due à *l'exagération* d'un ou de plusieurs centres psychiques en état d'éréthisme.

La série des phénomènes morbides se présente de mille manières, de telle sorte que chez le dégénéré type on assiste à une véritable ataxie cérébro-spinale, selon l'expression de M. Magnan, ataxie de la pensée, des sentiments, de la volonté, des fonctions psychomotrices, automatisme médullaire, en rapport avec les différentes manifestations des syndromes. Reste un fait capital : la présence d'états névropathiques : hystérie, épilepsie, neurasthénie, n'implique nullement un rapport de causalité avec des manifestations psychiques précédentes, mais seulement une coïncidence de ces mêmes états développés sur un même terrain. Et si les névroses sont susceptibles d'engendrer des troubles mentaux analogues ; cependant on peut y reconnaître des caractères distinctifs et spéciaux pour chacune d'elles.

Ainsi, les impulsions épileptiques, sont inconscientes, automatiques, le malade n'a aucun souvenir des actes accomplis. Chez les hystériques, elles constituent une série d'actes désordonnés, nés d'un désir bizarre, d'un caprice inexplicable, qui ont impressionné une volonté faible et incapable de résister ; dans la plupart des cas, à la base de ces impulsions existe une hallucination, très rarement une obsession. Bref, le malade est l'esclave de ses sensations et de sa maladie.

De même, chez les dégénérés impulsifs, les idées sont libres par elles-mêmes, nullement subordonnées aux faits antérieurs, comme cela se passe chez le mélancolique et le délirant chronique, chez lesquels les actes délictueux sont adéquats à leur délire ou à leurs troubles sensoriels.

L'idée obsédante chez les dégénérés naît avec l'individu, reste longtemps latente jusqu'au moment où une cause appréciable la fait éclater ; c'est alors que croissant petit à petit, elle arrive à un maximum et constitue les troubles

morbides, appelés syndromes épisodiques. En clinique la succession et l'enchaînement de ces phénomènes morbides se présentent de mille manières. C'est ainsi qu'on rencontre souvent chez un même malade soit une seule obsession ou impulsion, qui se répète à titre d'épisode aux différentes périodes de sa vie, soit un nombre plus ou moins considérable de ces troubles, qui coexistent à certaines époques de sa maladie, ou se succèdent et se suppléent à des époques plus ou moins éloignées ; soit enfin des crises paroxystiques de ces syndromes alternant de temps à autre avec les diverses manifestations morbides liées à la folie des dégénérés, principalement avec les innombrables couleurs des états délirants.

L'explication de toutes ces manifestations telle, qu'elle se présente en clinique, n'est que l'image fidèle de l'histoire complète du malade ; grâce à celle-ci seulement, nous arrivons à éclairer la relation qui existe entre les syndromes et le substratum commun : la dégénérescence. Donc, nous nous demandons comment pourrait-on scinder ces modalités syndromiques pour arriver à donner à chacune d'elles le caractère particulier d'entité morbide, selon les idées de certains aliénistes? Ce serait de scinder leur substratum commun et par suite à amputer le corps du malade même. Voilà à quelles considérations nous mèneraient de pareilles vues erronées.

Nos observations, qui ont porté sur un certain nombre d'états syndromiques : idées homicides, idées de suicide, doute, vol, perversions, etc., viennent en effet à l'appui de notre unité de conception et élucider ces considérations.

Obs. I.— *Dégénérescence mentale, obsessions et impulsions conscientes à l'homicide, craintes, onanisme, idées mélancoliques de suicide, secondaires.*

Marque B..., âgée de trente-trois ans, entre dans le service de l'Admission de Sainte-Anne le 13 novembre 1901. Ses antécédents témoignent d'une hérédité assez chargée, qui montre nettement le degré de dégénérescence, dont elle est imprégnée.

Une grand'mère paternelle a présenté de graves troubles mentaux. Après avoir vu à l'âge de vingt ans, une folle gesticulant dans un puits de la maison, elle-même a présenté, entre vingt-cinq et trente ans, des idées de suicide, sans tentative. Vers cinquante-cinq ans, mêmes idées également, sans exécution. Enfin, vers

soixante-quinze ans, mêmes idées encore, qui ne l'ont plus quittée jusqu'à sa mort à quatre-vingt-quatorze ans. Elle conservait ces idées le plus secrètement possible, mais ne pouvait les chasser, elle exigeait seulement, ne voulant pas y céder, qu'on se tienne constamment auprès d'elle, sans fournir aucune explication de cette exigence.

Un grand-oncle maternel a eu, d'autre part, cinq enfants arriérés et l'un d'eux a été réformé, à cause de ce défaut cérébral, du service militaire. Le père de la malade est lui-même mort à l'âge de soixante-quatre ans, albuminurique. Auparavant, à la suite d'une attaque d'apoplexie, il était resté paralysé ; il se mettait parfois en colère, mais il avait la force de se maintenir.

La mère est morte à l'âge de vingt-huit ans à la suite d'une fluxion de poitrine ; elle était de tempérament nerveux.

La malade, enfin, a eu cinq frères et une sœur ; trois frères dont deux jumeaux morts en bas-âge. Un frère professeur, est nerveux. Une sœur bien portante s'intéresse particulièrement à la malade.

La malade, elle-même, n'a pas fait de graves maladies dans son enfance, et n'a jamais eu d'accidents convulsifs. Cependant elle a toujours montré un certain degré d'instabilité ; d'un caractère mobile, elle paraissait en même temps nerveuse, sensible et émotive. En pension et au couvent elle aimait beaucoup lire les récits de descriptions fantastiques. Elle adorait surtout la littérature et la poésie, idéalistes, imaginatives. A cette époque, elle se livrait déjà à l'onanisme ; une force irrésistible, dit-elle, la poussait à cet acte. Après quelques années elle arriva à réprimer en partie cette habitude, mais continuait tout de même à s'y adonner pendant la nuit, malgré son désir d'y résister ; enfin pour s'en débarrasser complètement, elle finit par porter une ceinture qui couvrait les organes génitaux et l'empêchait jusqu'à un certain point d'y porter la main ; malheureusement ses parents la lui firent enlever. Elle se demande actuellement si cette perversion de l'instinct sexuel ne serait pas la cause éfficiente de la maladie, dont elle souffre.

Outre cet état mental instable, cependant déjà dès l'âge de douze ans elle souffrait physiquement : douleurs à l'estomac, bouche pâteuse et d'autres sensations à l'état d'ébauche, toutes de nature à faire soupçonner des troubles hystériques. A l'âge de quatorze ans elle eut ses premières règles ; c'est à la suite de cet événement et à la faveur de déceptions d'ordre moral, ennuis, chagrins, misère, que le premier accès véritablement psychpathique de sa maladie actuelle, éclata. Des troubles profonds se montrèrent, troubles imputables à ces deux états maladifs : hystérie d'un côté, déséquilibre psychique de l'autre, tous deux d'ailleurs fonction de la dégénérescence. Deux mois après sa première apparition, la menstruation s'arrêta, et de graves troubles physiques ouvrirent

la scène : douleurs gastriques, ballonnement du ventre, inappétence, bouffées de chaleur, douleurs dans la région ovarienne et une sensation douloureuse qui, partant de l'estomac, montait à la gorge et y provoquait une vive constriction avec sensation d'étouffement (boule hystérique) ; quelquefois, ces douleurs arrivaient à un tel point que la malade s'évanouissait, d'autres fois des crises de larmes la soulageaient. C'était la véritable crise hystérique, qui avait fait son apparition d'une façon évidente. D'autre part, du côté de sa mentalité surgit l'idée tenace d'homicide, qui commence dès lors et d'emblée à l'obséder : c'est l'idée de tuer tous ceux qui se trouvent autour d'elle ; mais en même temps et comme par un retour naturel cette obsession s'accompagne d'une vive crainte de tout ce qui est capable de donner la mort : couteaux, aiguilles, épingles, etc. Ce cortège de manifestations constituait le premier accès de la maladie.

Ces idées, à la longue, préoccupaient moins l'esprit de la malade ; celle-ci gardait l'espoir de s'en débarrasser et pouvait continuer ses études. Puis brusquement elles surgirent de nouveau dans son esprit et la tourmentèrent à tel point que la série des troubles réapparut dans son entier : second accès paroxystique, cette fois à l'âge de vingt ans.

L'éclosion de celui-ci eut lieu à la suite de deux événements : 1° Un trouble moral, un dommage considérable causé par un prêtre à toute la famille de la malade, à tel point que l'évêque dût s'en mêler ; 2° la circonstance suivante : son père, instituteur, faisait à cette époque une conférence sur les allumettes ; lorsqu'il en vint à dire que le phosphore, qui entrait dans leur fabrication était un poison énergique, la malade qui était présente, se troubla, sentit une vive émotion et une profonde douleur du côté du ventre : elle dit qu'à ce moment sa matrice a dû faire un énorme mouvement de recul.

A dater de ce moment, elle tomba dans un état déplorable ; sa santé physique était profondément atteinte : vives douleurs dans le ventre, hyperesthésie dans la région des ovaires, boule hystérique, crises nerveuses, évanouissements et tremblements musculaires généralisés. Parallèlement à cet état physique, l'idée obsédante d'homicide qu'elle présentait auparavant, mais fugace, se montra exacerbée et prit des proportions plus fortes. L'impulsion de tuer tous ceux qui se trouvaient autour d'elle et d'autant plus qu'ils lui sont plus chers, spécialement son père, ne la quittait plus ; à la vue de celui-ci, l'idée surgissait dans son esprit et elle avait beaucoup de peine à la dominer ; de même, l'idée de mettre du poison dans les aliments ; et par suite, comme la fois précédente, se réveille encore la crainte de toucher à tout ce qui est en état de donner la mort. A la cuisine, la vue d'un instrument tranchant réveillait l'idée d'homicide, mais l'idée d'y toucher la faisait

fuir. Elle luttait pour maîtriser ces pensées obsédantes et cette lutte se traduisait par des manifestations objectives réactionnelles : angoisse extrême, respiration entrecoupée, tremblements généralisés, troubles vasomoteurs, rougeur de la face, sueurs sur le front, etc., à la longue la volonté et le jugement arrivaient à repousser ces idées d'une manière lente, mais elles n'étaient pas sans laisser des traces.

Son père, qui connaissait ces souffrances physiques et morales, veilla pendant trois mois, nuit et jour auprès d'elle. Cet accès dura environ six mois ; très fort pendant les trois premiers, beaucoup moins pendant les derniers, où elle n'avait que de vagues idées d'homicide, qui la tourmentaient bien encore continuellement, mais d'une façon moins intense. Puis, de nouveau, jusqu'à vingt-cinq ans, tout alla bien, sauf quelques idées fugitives qui l'obsédaient de temps à autre. A cette époque, le troisième paroxysme survint lentement sans cause apparente et fut d'ailleurs moins bruyant.

A vingt-cinq ans, elle entre dans un couvent, chargée de l'instruction des enfants. Elle était contente de sa situation, et sa santé était excellente, à part quelques troubles nerveux de nature hystérique, quand, tout à coup, l'obsession refait son apparition ; à la vue des enfants, elle sent un vif désir de les tuer ; elle a cependant l'énergie nécessaire pour lutter et peut continuer à faire la classe. Après quelque temps d'intervalle, on s'aperçut de son état d'inquiétude et on lui donna congé. Tout rentra dans l'ordre avec le changement de milieu et ses idées obsédantes, cette fois, disparurent un matin subitement sans laisser aucune trace, elle put même reprendre ses occupations du couvent.

A vingt-six ans, quatrième accès épisodique dont la cause occasionnelle fut une pleurésie, qui dura sept mois. C'est dans la convalescence de cette maladie, que les idées obsédantes, impulsions homicides et idées d'empoisonner les aliments, réapparurent ; pendant huit jours, elles furent très tenaces, et, d'après le dire d'une amie, il y a quatre ans, la malade alla même jusqu'à raper des allumettes dans du civet de lièvre et sentait de nouveau un désir de tuer les jeunes enfants, qui se trouvaient venir auprès d'elle.

Ensuite vinrent des idées mélancoliques et quelques idées de suicide, mais sans que la malade fasse de tentative véritable ; d'autre part elle souffrait toujours du côté physique ; mais ces souffrances l'inquiétaient moins que les obsessions maladives. Des distractions et des promenades améliorèrent encore son état, elle ne conserva que des douleurs dans les ovaires et un certain degré de ballonnement du ventre.

Il y a deux ans, une maladie de son père fut une nouvelle cause pour l'éclosion de la cinquième poussée maladive. Pendant

que celui-ci était malade, M. B... était chargé de lui donner les soins nécessaires ; elle était bien portante du côté mental, mais soudainement s'éveilla de nouveau en elle l'idée obsédante de tuer son père ; toutes les fois qu'elle se trouvait en sa présence, elle éprouvait une envie irrésistible soit de le tuer avec un instrument, soit d'empoisonner ses aliments. Elle avait conscience de cet état et en souffrait ; finalement, pour éviter tout dénouement malheureux, elle s'empressa de quitter son père pour céder la place à sa sœur.

Peu de temps après, son père mourut, et la malade souffrant énormément, rentra à Paris consulter le Dr Soucques. Les soins de celui-ci l'améliorent relativement.

Au printemps dernier, elle se trouve de nouveau sous l'empire des idées noires, et dans un état physique déplorable, elle part pour Lourdes, croyant par ce voyage rétablir sa santé, mais n'y réussit pas. Cependant, un peu remise, elle va vivre à la campagne chez sa sœur ; la vie au grand air et le calme la soulagent, mais petit à petit les vagues troubles physiques commencent à prendre une allure manifeste, s'aggravent de jour en jour, finissent par la décider à rentrer de nouveau à Paris consulter un médecin. Il y a de cela sept semaines, quand, au moment de partir dans ce but, un matin sans cause apparente, en dehors de son état physique maladif, éclatent les idées obsédantes ; cette fois avec un cortège plus bruyant et tel qu'elle remarque une moindre résistance de son esprit, moins de capacité à les dominer, moins d'énergie dans la volonté qu'elle possédait auparavant. Ces idées la rendaient en même temps mélancolique. Arrivée à Paris, elle consulte le Dr Charpentier, qui lui conseille d'entrer dans une maison spéciale.

C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'asile clinique dans le service de M. Magnan. A l'asile, la malade présente une attitude triste qui indique des souffrances profondes. Inquiète et découragée, elle nous répète souvent des phrases comme : « Je souffre terriblement, ma tête est lourde, pourquoi donc ? Je sens ne plus avoir de courage ni de volonté pour résister à mes idées, je suis dans un cercle d'où je ne crois pas pouvoir sortir. » Elle raconte toute sa vie telle que nous l'avons décrite. Elle présente un caractère mobile et émotif. Les idées d'homicide et la crainte des objets qui donnent la mort, la préoccupent spécialement d'une façon continuelle et la tourmentent nuit et jour ; cette fois, elle se croit prête à leur céder, ce qui la pousse à nous demander, si jamais, commettant quelque acte délictueux, elle serait considérée comme responsable. Ces idées envahissent totalement le champ de sa conscience ; elle s'en rend parfaitement compte, et jamais l'impulsion n'est poussée jusqu'à l'acte. Mais par intervalles, les impulsions sont plus fortes, et la malade se trouve alors dans un état d'anxiété

extrême, mais elle résiste et lutte avec beaucoup de force. Ces accès paroxystiques s'accompagnent de troubles assez graves : rougeur de la face, pouls rapide (118), respiration accélérée, grand état émotif, maux de tête, etc. Il y a des jours au contraire où ces idées sont moins intenses, où la malade paraît calme. Dans ces intervalles, Marque B... est vive, son visage s'épanouit, aussi essaie-t-elle de se donner du courage et de se distraire par la lecture des vers d'André Chénier, Boileau, Heine ; tous ces moyens lui sont d'un grand secours contre ses singulières pensées.

Simultanément, elle souffre aussi du côté physique : des douleurs atroces et continuelles dans les régions ovariennes, des troubles gastriques divers, la bouche mauvaise, quelquefois une sensation d'étouffement, sans la réelle constriction à la gorge ; ce sont les stigmates somatiques inhérents à l'hystérie ancienne ; pendant son séjour à l'asile, elle n'a d'ailleurs jamais eu de vraies crises complètes comme auparavant.

Peu à peu, et graduellement on remarque des rémissions de plus longue durée ; le traitement moral qu'on lui fait tous les jours la rend plus confiante en elle-même, lui donne le courage de lutter avec plus d'espoir d'être bientôt rétablie.

Dernièrement, elle a été soumise à deux séances d'hypnotisme.

Dans la première, la durée du temps nécessaire à l'endormir a été plus longue (quinze minutes). Pendant l'état d'hypnose, surtout au début, elle était excitée, et prononçait automatiquement des paroles incohérentes :

« Pourquoi... malade... oh ! non... je ne guérirai pas... mon Dieu... je ne veux pas faire du mal », finalement, elle tomba dans un sommeil, calme qu'on prolongea environ une heure. La suggestion dans cet état l'a rendue à son réveil plus gaie et moins inquiète ; ses idées obsédantes furent moins persistantes, la nuit assez calme et elle a bien dormi. A la seconde séance, elle s'endormit plus vite. De nouveau, excitée au début : « Oh !... le cerveau... ça monte... non... ce n'est pas possible ». Elle se calma bientôt. Les nuits et les jours de tranquillité qui succédèrent encore cette fois, durèrent plus longtemps. Par intervalles ses idées font bien derrechef leur apparition, mais beaucoup plus vagues et pour disparaître ensuite. Malheureusement elle se décourage, ses troubles physiques, qui continuent à persister, la crainte que sa maladie va de nouveau éclater, consécutivement à la rémission présente, attristent la malade, exagérant d'ailleurs ses souffrances.

Finalement cependant, les distractions, la lecture et surtout une alimentation assez abondante, joints au traitement moral journalier, amendent son état, de sorte qu'actuellement il ne lui reste que quelques troubles somatiques (douleurs abdominales et mal de tête).

L'examen somatique de la malade ne révèle aucun stigmate physique de dégénérescence, mais il fait découvrir en revanche des signes bien nets d'hystérie : douleurs à la pression dans la région des ovaires, légère boule hystérique ; troubles de la sensibilité ; zônes d'hyperesthésies mammaire et ovarienne ; pas d'hémianesthésie, abolition du reflexe pharyngien, pas de troubles oculaires, sauf un certain degré de myopie.

L'intérêt clinique de cette observation réside dans le particularités suivantes : 1° Le syndrome homicide éclate chez la malade par des accès paroxystiques à la suite des causes occasionnelles et se répète à plusieurs reprises à titre d'épisode. Dans les dernières périodes maladives, le syndrome devient plus accentué, mais sans cesser de se maintenir cependant sous forme d'impulsion (tendance) sans jamais amener fatalement l'acte, contrairement à ce que prétendent certains cliniciens ; 2° A côté du syndrome principal, un état hystérique, et tous deux suivent une marche distincte, n'ayant aucune relation de cause à l'effet que leur origine commune : le terrain dégénératif.

Obs. II. — *Impulsion consciente au suicide (unique syndrome). — Idées mélancoliques secondaires par intervalles.*

Souché, J..., âgée de trente-quatre ans, entre au service d'admission à Sainte-Anne, le 18 décembre 1901. Les renseignements sur ses antécédents, quoique incomplets, sont tout de même suffisants pour mettre en relief le rôle de l'hérédité.

Son père, alcoolique, est mort à un âge avancé à la suite d'une fluxion de poitrine. Sa mère vit, est bien portante, nerveuse. Une sœur est morte à la suite d'une paralysie survenue subitement. Un oncle maternel aurait eu des idées noires ; parfois sans cause, il devenait triste pendant plusieurs jours. La malade ne peut pas nous fixer davantage sur ce point.

Dans les antécédents personnels de la malade on ne trouve ni convulsions, ni maladie fébrile, ni trouble mental nettement caractérisé. Elle a fréquenté régulièrement l'école jusqu'à l'âge de douze ans ; elle était d'un tempérament doux, devenait cependant parfois mélancolique. Mariée à dix-neuf ans, elle eut 6 enfants et deux fausses couches : la première de deux mois et l'autre de six semaines. Ses enfants sont bien portants.

Au mois de decembre 1900, M. Souché a perdu un garçon de seize ans, qui s'est suicidé à la suite d'une fièvre typhoïde. Ce malheur l'attrista au point d'inquiéter son mari, qui lui fit consul-

ter un médecin. Les soins de celui-ci l'améliorèrent et bientôt, dans une parfaite santé, elle reprit ses occupations.

Enfin il y a cinq mois, sans cause appréciable, sans qu'aucune émotion ou ennui, soit domestique soit d'autre nature, puisse en faire découvrir la genèse, brusquement, l'idée du suicide surgit dans le cerveau de la malade. Cette idée obsédante n'avait aucune relation avec le souvenir douloureux de la mort de son enfant, elle s'éveilla tout à coup, la poursuivit pendant toute une nuit et dès le lendemain, d'une façon automatique, elle passait à l'acte, sans lutte, sans résistance.

Le syndrome ainsi caractérisé se présenta trois fois, et chaque fois la malade tenta de se suicider.

La première fois, il y a cinq mois, la malade en parfaite santé, donnait des soins à ses enfants, lorsque subitement, l'idée de se tuer lui vint, elle trouve par hasard dans la maison un flacon de laudanum et en avale le contenu; le médecin appelé en toute hâte lui prodigue les soins et la sauve.

Elle reprend son travail; mais il y a deux mois, l'idée de suicide germe de nouveau, subite, impérative; c'était la nuit, au matin elle sort de chez elle pour exécuter son idée; elle veut se jeter à l'eau; en route ses réflexions et l'idée de ses cinq enfants la détournent un moment de sa préoccupation obsédante, absurde, et le soir à quatre heures, elle rentre chez elle.

Enfin, il y a trois semaines, toujours sans cause et en parfaite santé, elle quitte brusquement son logis, parce que cette même idée de suicide la tenaille à nouveau; elle marche longtemps sans savoir de quel côté elle se dirige et arrive dans une forêt (qu'elle sut être plus tard près de Versailles); elle y resta sans manger pendant cinq jours, espérant mourir de la sorte. Des gendarmes l'ayant rencontrée et questionnée, l'amenèrent à Paris.

Elle fut admise à l'asile le 18 décembre 1901. A l'entrée, la malade est triste, rêveuse, indifférente. Assez intelligente, elle répond avec précision et lucidité à nos questions, de sorte que rien ne trahit un trouble quelconque des facultés mentales. Lorsqu'on lui demande le motif qui l'a poussée à l'acte pour lequel elle a été amenée à l'asile, elle répond : « Je ne sais pas, l'idée de me tuer m'est venue tout d'un coup sans raison aucune; c'est plus fort que moi. » Cette phrase indique clairement que l'apparition de l'idée obsédante a lieu dans son esprit d'une façon brusque, que son exécution suit sans lutte ni réflexion préalable.

A la suite de nos questions sur l'idée qui s'est emparée de son cerveau, la malade commence à pleurer et finit par s'étonner elle-même des idées bizarres et absurdes qui l'accaparent à certains moments et de l'impuissance où elle se trouve à les maîtriser.

Elle est calme pendant son séjour à l'hôpital, cependant à deux reprises, pendant la nuit, elle a eu de nouveau des idées noires ;

elle pleure, mais n'y donne pas suite. Elle n'a pas présenté d'hallucinations. Son état mélancolique ne s'explique que par le trouble moral auquel elle est sujette : se donner la mort alors qu'il n'existe nulle cause, nul motif appréciable. Finalement, après dix jours d'observation, la malade, moins inquiète, est envoyée à l'asile de Maison-Blanche, dans un état d'amélioration sensible.

Chez cette seconde malade, nous remarquons que le syndrome suicide existe seul ; l'idée obsédante survient d'une manière brusque, sans nulle réflexion antérieure, et pousse la malade à l'exécution de l'acte instantanément ; aucune résistance ou lutte n'existe de sa part.

Pour en finir avec ce genre d'impulsions, nous devons rappeler que de pareils individus ne sont guère responsables de leur crime. A ce titre donc, les syndromes s'imposent à l'expert comme un acte d'aliénation mentale et au magistrat comme un fait marqué d'irresponsabilité.

Obs. III. — *Dégénérescence mentale*; *obsessions et impulsions morbides, doute, crainte, perversion sexuelle.*

Marie Ange C..., âgée de quarante-un ans entre à l'admission de Sainte-Anne le 11 mars 1899.

On trouve dans ses antécédents une morbidité bien manifeste.

Une tante maternelle vésanique morte dans un asile à Rennes ; la mère morte paralysée. Son père, faible d'esprit, mort à la suite d'une attaque d'apoplexie. Ses deux sœurs nerveuses excentriques. Son frère faisant une bouffée de délire avec des idées de persécution ; il disait qu'on voulait lui faire du mal et lui prendre son poste ; à cause de ses idées, il dut quitter le service pour rentrer se soigner chez lui ; actuellement il est rétabli.

La malade a été bien portante pendant son enfance. Elle n'a jamais eu de fièvres graves ni de convulsions. Seulement à l'âge de vingt ans, elle fit une fièvre typhoïde. En outre, elle avait un caractère bizarre ; parfois elle devenait sombre et par moments présentait des crises de rires et de larmes sans motif.

A l'âge de douze ans, elle se livra à la masturbation. L'idée lui vint de la manière suivante. A l'école pendant qu'elle allait au cabinet, étant obligée d'attendre son tour, de peur d'uriner sur son linge, elle mettait sa chemise, jupe et robe entre ses cuisses, de sorte que le tout touchait les parties génitales ; puis elle serrait les cuisses l'une contre l'autre avec force en les frottant et les remuant continuellement. Petit à petit, elle éprouvait du plaisir et une jouissance charnelle, à la suite desquels, quelques gouttes mouillaient son linge. Depuis cet instant elle continuait à exercer

cette manœuvre plusieurs fois par jour et souvent pendant la nuit ; jamais la malade n'exerçait l'onanisme digital.

A dix-sept ans, elle cherchait à se procurer des sensations voluptueuses d'une autre façon ; elle se suspendait aux arbres et se frottait ses cuisses, tenant sa chemise serrée entre ses jambes. A l'âge de vingt ans, la malade eut les premiers rapprochements sexuels. De vingt-un à vingt-sept ans, elle cessa subitement sa mauvaise habitude. A vingt-sept ans, elle la reprit de nouveau. Cette fois, pendant qu'elle se livrait à cet acte pervers, elle cherchait à s'exciter par toutes sortes d'idées que créait son imagination, idées liées aux sensations qu'elle avait éprouvées lors de son premier coit.

La malade, par suite de l'onanisme répété, éprouvait du prurit vulvaire. Les lèvres de ses organes génitaux étaient devenues violacées et semées de petits boutons. Enfin une sécrétion blanchâtre s'écoulait de ses parties sexuelles.

A trente-huit ans, Marie-Ange C... se maria, mais tout de même continua son ancienne mauvaise habitude, car elle affirmait que les rapports sexuels lui donnaient moins de sensations voluptueuses que l'onanisme exercé à sa manière.

Toujours à la même époque, elle était devenue plus irascible, se mettait souvent en colère pour peu de chose ; c'est alors que son excitation génésique augmentait et qu'elle se livrait avec plus d'acharnement à la masturbation.

En même temps, la malade se sentait poussée à des actes extraordinaires : une impulsivité de casser la vaisselle, casser des épingles, des aiguilles ; dans la rue, une force irrésistible la poussait à lancer avec les pieds les pierres qui se trouvaient sur son passage, à donner des coups aux personnes qui passaient à côté d'elle. Elle était consciente de toutes ces idées bizarres, mais elle ne pouvait pas s'en rendre maîtresse.

Il y a trois ans, pendant qu'elle était concierge, et elle devait rendre les comptes au gérant, un jour, elle crut avoir donné une somme inférieure à celle qu'elle devait. Depuis ce moment, elle est triste, préoccupée, inquiète, elle doute à chaque instant si elle n'a pas égaré quelques billets de banque. Puis l'idée que des billets de banque existent partout et une véritable crainte pour ceux-ci, s'emparent de son cerveau et marquent dès lors l'idée obsédante principale de son état maladif.

Comme contre-partie de ce doute et crainte de voler des billets de banque, elle éprouvait une vive impulsion à s'emparer des portefeuilles des gens pour voir s'ils n'en contenaient pas. Ainsi, dans la rue, elle était poussée à fouiller dans les serviettes et poches des gens croyant qu'ils y contenaient des billets avec et malgré sa crainte de les leur arracher et de les déchirer. Pour éviter tout incident elle luttait pour arriver à traverser le trottoir. Son unique

désir était de déchirer les billets et surtout de leur enlever les quatre numéros des coins. Dans sa crainte de le faire, elle ramassait des ordures, légumes ou autres objets, les rongeait et les examinait en détail pour se convaincre qu'ils ne contenaient pas de billets de banque.

Toutes ces manifestations morbides lui causaient des troubles physiologiques qui accompagnent généralement tous les syndromes : angoisse extrême, palpitations, congestion de la face, obnubilation de la vue ; pour pouvoir lutter et résister, elle serrait les mains, croisait les bras, mais surtout elle frottait ses cuisses, de sorte qu'elle excitait de nouveau son ancienne mauvaise habitude.

Il y a deux ans, à la suite de ces troubles, il lui surgit l'idée obsédante qu'elle ne voit plus clair et surtout qu'elle ne peut plus distinguer les couleurs; souvent alors elle demandait à son mari de la conduire chez un médecin afin de l'examiner et la rassurer de la maladie dont elle souffre du côté des yeux.

A la longue, des états secondaires alternatifs de dépression et d'excitation apparurent graduellement, et son état allait s'aggravant. Elle ne voulait plus manger, négligeait totalement son intérieur ; tout ce changement se rapportait à l'obsession, aux idées de doute et de crainte qu'elle éprouvait pour les billets de banque. Son physique laissait aussi à désirer : fatigue générale, inappétence, constipation, sensation générale de faiblesse et de douleur le long de la moelle épinière.

Dans cet état, la malade est amenée à Sainte-Anne. A l'asile, elle est triste, déprimée, anxieuse. Tous ces troubles morbides remontent à une époque ancienne et ont suivi les étapes successives que nous avons détaillées. La perversion instinctive du début n'étant que la première manifestation saillante de l'état psychopatique plus marqué et plus tenace, qu'elle devait présenter plus tard.

Tous ces troubles maladifs actuels pivotent autour de l'idée obsédante du doute et des billets de banque. Elle croit les apercevoir partout. A la vue des billets. elle est vivement impressionnée, ressent une forte angoisse, sa face rougit et elle recule vivement, craignant de les toucher. Parfois, elle se sent poussée à fouiller dans les lits des malades pour voir s'il n'y existe pas des porte-monnaies, afin de se persuader qu'ils ne contiennent pas des billets de banque.

Dans les premiers jours, elle repousse les aliments, petit à petit elle les accepte, mais les examine attentivement, les coupe en petits morceaux, car elle doute si elle ne va pas y rencontrer des billets. Quelquefois elle refuse de manger du pain. « Le pain me fait pourrir le sang et les miettes me sautent aux yeux, dit-elle ». Par ses réponses, elle cherche à cacher la vérité, mais en réalité

c'est qu'elle craint la présence des billets même dans le pain. Aussi prétend-elle ne pas voir clair et ne pas distinguer les couleurs, mais tout cela se réduit à une même cause : la crainte des billets; il ne suffit pas qu'on lui nomme la couleur, elle veut aussi qu'on lui écrive, parce qu'elle doute si au milieu du bruit fait par les malades elle n'a pas entendu le nom de la couleur, et que cela pourrait être des billets de banque, qui se trouveraient là et dont elle ne distinguerait pas la couleur.

La malade met trois heures à s'habiller et déshabiller, examine en détail son linge tonjours de peur d'y trouver caché des billets de banque ou des porte-monnaies.

Parfois, la malade est agitée, profère des invectives surtout quand elle ne peut s'endormir; elle a aussi des excitations génitales après les douches. Petit à petit, elle devient plus calme et moins anxieuse; le traitement moral du médecin influence énormément sur l'état de la malade; enfin, au bout de seize mois elle arrive à se rétablir complètement.

Actuellement, M. A. C... est lucide, ne présente plus aucune idée obsédante, elle regarde et touche sans émotion des billets de banque. Bref, elle constate l'absurdité des singulières idées, qui s'étaient emparées d'elle il y a quelques mois.

Chez cette malade, nous constatons donc une coexistence d'un certain nombre d'obsessions et impulsions. La folie du doute est associée non seulement au délire du toucher, mais aussi à une foule d'autres phénomènes syndromiques. Tous ceux-ci apparaissent petit à petit et se succèdent dans une période de cinq années, époque qui marque le début de ses troubles. La maladie a duré longtemps et a fini par la guérison. Ce mode de terminaison se rencontre généralement. Nous verrons ultérieurement les opinions qui existent sur la folie du doute et les différentes objections dont elles sont susceptibles au point de vue clinique.

Obs. IV. — *Dégénérescence mentale; impulsions au vol et au suicide, perversion de l'instinct accompagnant l'acte délictueux; crises hystériques.*

Marie-Louise F..., âgée de quarante-cinq ans entre à l'admission de Sainte-Anne le 17 février 1902.

Son casier héréditaire est manifestement chargé. Le grand père maternel était alcoolique. Son père, hystérique, est mort à la suite d'une crise; était porté souvent aux idées noires et restait des semaines entières sans parler. Sa mère, morte à quatre-vingts ans à la suite d'une attaque d'apoplexie; avait des idées de suicide,

mais n'a fait jamais aucune tentative. Une sœur de la malade s'est suicidée à l'âge de vingt-quatre ans. Elle avait des crises hystériques et à la suite d'une de ces crises elle s'est noyée. Une autre est morte phtisique.

La malade ne commença à parler qu'à l'âge de cinq ans et avec grande difficulté; deux ans après, elle eut une fièvre cérébrale qui lui est survenue à la suite d'une frayeur causée par un individu qui courait après elle dans la rue, l'accusant de lui avoir volé un petit chien. Dans son enfance, la malade était triste, craintive et cherchait la solitude; avait souvent des maux de tête et par intervalles devenait irascible. Elle alla à l'école jusqu'à l'âge de quinze ans; c'est à cette époque que les crises hystériques firent leur apparition. Elles étaient précédées d'un état d'énervement, de sensations de fourmillements dans les bras, elle devenait anxieuse et finalement la crise éclatait.

Elle se caractérisait par un gonflement et une douleur dans le ventre, une sensation de boule hystérique avec étouffement et ensuite elle tombait raide. L'apparition de cette névrose hystérique n'est marquée par aucun événement important. Petit à petit les crises se répètent plus souvent et la rendent incapable de continuer l'école. C'est alors que la malade commença la couture. En même temps, Marie-Louise F... avait des idées vagues de tristesse et ne demandait qu'à mourir.

A dix-sept ans, elle eut ses règles pour la première fois. A cette époque elle fit une fièvre typhoïde grave, qui dura huit mois, à la suite de laquelle survint la danse de Saint-Guy. Tout son corps tremblait et même la bouche, dit la malade, ce qui lui créa une certaine difficulté pour s'exprimer.

A l'âge de vingt ans, à cause de ses crises hystériques répétées et de chorée, la malade fut internée à l'asile de Bron (Lyon), d'où elle sortit améliorée.

A trente-huit ans, elle quitte Lyon pour venir à Paris où elle reprit la couture; mais bientôt, le maniement de la soie l'énervait énormément et lui provoquait des crises presque chaque semaine. Toujours à cet âge elle fit une seconde fièvre typhoïde plus forte que la première; à la suite de celle-ci, elle devint plus obtuse, et à la même époque lui surgit l'idée de l'impulsion au vol. Cette impulsion lui apparaissait brusquement et était suivie toutes les fois par l'accomplissement de l'acte; la lutte de sa part était presque nulle.

L'impulsion au vol présentait deux particularités : l'objet de l'acte impulsif qui était toujours la soie et de préférence la soie rouge; ensuite l'accomplissement de l'acte qui s'accompagnait de l'orgasme génital. Ce genre d'éréthisme sexuel s'exécutait d'une façon brusque au moment où elle touchait la soie et s'exagérait même par le froissement de celle-ci; progressivement, elle était

prise par une sorte de convulsion génitale, des sensations voluptueuses suivaient et finalement elle se sentait mouillée. A la suite de ces phénomènes, survenait le soulagement (l'acte impulsif étant accompli) et une fatigue générale (à la suite du plaisir sexuel).

Pendant que la malade travaillait la couture, elle volait la soie du magasin où elle était employée; plusieurs fois sa fille, qui connaissait son habitude, reportait la soie le lendemain à la patronne. Depuis deux ans, elle est simplement vendeuse dans les magasins, ne travaillant plus la soie qui la rendait nerveuse et lui provoquait des crises répétées.

Malgré tout, elle restait sujette à l'impulsion du vol. Le plus souvent, l'acte était commis aux Magasins du Bon Marché. A la suite d'un vol commis dans ce magasin, la malade *fut condamnée à six mois de prison*. Elle accomplissait cette peine, quand, à la suite des crises répétées qui la rendirent trop malade, elle fit voir ses habitudes maladives, et fut mise en liberté. A part ces impulsions au vol, la malade présentait continuellement des idées vagues de suicide qui par intervalles devenaient telles, qu'elles poussaient celle-ci à l'acte. C'est à la suite de ces idées qu'en 1899, elle se coupa à la main droite avec un couteau ; puis, elle tenta à plusieurs reprises de s'étrangler et de se jeter par l'escalier. Toutes les fois qu'elle se trouvait près d'une fenêtre, elle se sentait poussée à s'y jeter; l'espace m'attire, nous dit-elle.

Il y a un an elle fut amenée à l'asile clinique à la suite d'une chute qu'elle fit volontairement par une fenêtre du deuxième étage de la maison qu'elle habitait. Transportée à l'asile de Maison-Blanche, elle y resta trois mois.

Un jour du mois de janvier dernier, elle fut reprise par l'idée de suicide, survenue à la suite d'une crise hystérique. Elle sortit de chez elle et se dirigea vers la ligne du chemin de fer de ceinture ayant l'intention de se jeter sur les rails au passage d'un train. Sa fille, qui comprit son dessein, courut après elle et arriva à temps pour l'empêcher de mettre à exécution son funeste projet; à la suite de cet événement elle devint triste jusqu'au lendemain, quand tout à coup se substitua à l'idée précédente, l'impulsion au vol qui s'empara de son esprit subitement. Elle sort à l'instant, prend une voiture, sans même être complètement habillée et se dirige vers le magasin du Printemps, y entre et vole un paquet de soie. L'acte accompli s'accompagne de sensations volupteuses habituelles. Ensuite, fatiguée, elle s'assied sur un banc qui se trouvait à proximité; c'est à ce moment qu'elle fut arrêtée pour être amenée à l'infirmerie et de là à Sainte-Anne.

La malade présente une faiblesse marquée du côté intellectuel et principalement de la mémoire ; lucide d'ailleurs, elle nous raconte très nettement tous ces incidents. Du côté physique, elle

présente des signes hystériques manifestes : un rétrécissement du champ visuel très net surtout de l'œil droit ; diplopie avec amblyopie, et quelquefois les objets lui dansent devant les yeux ; douleur à la pression dans la région épigastrique et ovarienne, hémianesthésie du côté droit.

La malade à l'asile a parfois des idées noires ; elle se sent énervée, frotte constamment ses mains, ne peut rester en place, pleure par intervalles.

M. — Louise F... a deux enfants dont une fille de quatorze ans, nerveuse, souffre de douleurs dans le ventre et par moments s'évanouit; a la même maladie nerveuse que sa mère ; un fils, faible d'esprit, est porté aux idées noires ; il a l'air de réfléchir continuellement, dit sa mère[1].

Cette observation constitue un exemple frappant de la coexistence possible d'une complexité des troubles mentaux syndromiques et névrosiques qui, tant variés qu'ils se présentent, apparaissent et se répètent aux différentes époques de la vie de la malade. Tous sont greffés sur un même terrain : la dégénérescence, créée d'une part par une hérédité chargée, et de l'autre par des maladies fébriles surtout la fièvre typhoïde qui viennent renforcer cet état dégénératif héréditaire.

Obs. V. — *Coexistence des troubles variés chez une dégénérée survenant à différentes époques de sa vie : syndromes épisodiques, délire mélancolique, délire mystique.*

Zoé-Constantine M... entre pour la troisième fois à l'Admission de Sainte-Anne le 25 février 1902. Les renseignements sur ses antécédents héréditaires sont incomplets, mais son histoire trahit suffisamment l'état dégénératif manifeste. Le début de sa maladie remonte à l'âge de trente-quatre ans. Jusqu'à ce moment, la malade était bien portante sauf le caractère un peu triste et assombri qu'elle présentait dès son enfance même.

En 1890, date de son premier épisode morbide, elle devint tout d'un coup scrupuleuse, craintive et douteuse. Ces phénomènes insolites prirent des proportions telles que petit à petit ils se transformèrent en véritables obsessions morbides. Elle avait la crainte des aiguilles, du verre et du feu ; elle ne pouvait pas voir une bougie allumée sans avoir peur de voir s'allumer un incendie. La malade avait surtout la crainte de blesser sa fille ou une personne

[1] Cette malade, selon les renseignements du M. le Dr Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie du Dépôt, aurait subi en tout 16 condamnations à la suite des nombreux vols commis dans les magasins.

de son entourage chaque fois qu'elle ouvrait une porte. Quand elle se trouvait dans la rue, elle redoutait d'être écrasée par les voitures qui passaient près d'elle ; toutes les fois qu'elle se trouvait près d'un arbre elle avait la crainte de ne pas s'accrocher à lui, et quand elle s'éloignait, elle se retournait, demandant à sa fille qui l'accompagnait s'il ne lui était rien arrivé. De même en achetant un objet, après l'avoir payé, elle doutait si elle n'avait pas donné moins que la somme due. Toutes ces obsessions de doute et de crainte s'accompagnaient des troubles physiologiques : palpitations, angoisse. A la longue, elle était devenue anxieuse et souvent pleurait, sentant elle-même la bizarrerie de ses idées. C'est dans ces conditions qu'elle fut internée à l'asile pour la *première fois* il y a treize ans. Après un séjour de trois mois, complètement remise, sans aucune trace de ces troubles, elle quitta l'asile.

Après un intervalle de onze ans, en juin 1901, dans un état de parfaite santé, elle fut prise d'une bouffée de troubles délirants tout différents des premiers ce qui causa son *second internement*.

C'était un état de dépression mélancolique avec hallucinations multiples de l'ouïe et de la vue, idées de culpabilité et de persécution, et quelques anciennes idées de doute. La malade s'imaginait que des assassins étaient cachés dans le grenier de la maison où elle habitait, qu'elle les entendait marcher, que son mari la faisait suivre par la police ; amenée peu après à l'asile, elle croyait que des gens se trouvaient au-dessous de son lit, exprès pour la surveiller ; elle entendait leurs pas. Elle se croyait criminelle et demandait qu'on la punisse de suite pour le crime dont on l'accusait. Trente jours après, la malade est sortie complètement guérie. Elle alla passer deux mois à la campagne, et revint à Paris au mois d'octobre 1901. Petit à petit apparurent dans son cerveau de nouvelles idées encore différentes des autres. Celles-ci s'accentuèrent et arrivèrent à constituer son troisième accès maladif. Elle devint au début très religieuse, allait chaque jour à l'église (auparavant, elle n'y allait pas même le dimanche). Elle restait longtemps sans parler, négligeait son intérieur pour aller à la messe ; elle n'y amenait jamais ses enfants. Toutes les fois qu'elle passait devant une église, elle y entrait. Un jour elle dit à son mari qu'on l'empoisonnait, qu'on l'électrisait, qu'elle sentait l'odeur du soufre ; plus souvent elle criait au secours ; et la nuit elle ouvrait les fenêtres non pour se jeter, mais pour se donner de l'air, disait-elle, car elle étouffait. Elle lisait continuellement son livre de messe et à haute voix ; faisait des prières, implorait Dieu. Elle n'a jamais tenté de se faire du mal. Ses troubles s'aggravèrent et on l'interna à l'asile Sainte-Anne *pour la troisième fois* le 25 février 1902. La malade à l'entrée présente cette fois des idées mystiques qui prédominent dans le tableau morbide ; en outre des préoccupations hypocondriaques

et quelques idées mélancoliques, elle se plaint d'étouffements, battements de cœur, ses nuits sont agitées de visions nocturnes, elle s'imagine qu'on veut lui faire du mal, à la suite d'une entéroclysme, elle accuse des douleurs dans le rectum et qu'elle n'est plus en état d'aller à la selle. Ces troubles diminuent sensiblement et, au bout de trois jours la malade devient lucide ; tout avait disparu, elle ne sentait plus qu'une fatigue générale.

Analysant cette observation, nous saisissons ces faits caractéristiques : La malade a présenté, dans l'intervalle de treize années, trois épisodes morbides avec des troubles nettement distincts, qui se sont montrés à des époques variables.

Premier épisode : Des obsesions et impulsions morbides : doutes, craintes, scrupules.

Dans le *second*, un état de dépression mélancolique avec hallucinations, idées de culpabilité et de persécution ; enfin pour le *dernier* : délire mystique avec préoccupations hypocondriaques marquées.

Voilà donc que la clinique nous montre trois espèces de troubles qui, quoique en apparence différents pour chaque époque maladive, au fond appartiennent tous à une même base commune : *la dégénérescence*.

Relativement au terrain, jamais on ne pourrait considérer ces troubles comme trois maladies distinctes adéquates aux trois périodes, car dans ce cas il faudrait créer trois états différents qui seraient liés à chacune de ces périodes morbides.

De cet exposé enfin, tel qu'il nous est montré par la clinique, nous croyons devoir faire ressortir quelques particularités concernant un certain nombre de syndromes importants.

Le groupe des obsessions et impulsions à l'homicide et suicide présente quelques caractères spéciaux. L'idée obsédante est plus tenace, la lutte de la part du sujet est accrue par la volonté qui s'oppose avec une plus grande énergie, enfin la torture morale arrive au maximum. En ce qui concerne l'exécution de l'acte nous devons ajouter, et avec beaucoup de justesse, que M. Magnan distingue deux variétés d'impulsions.

Dans la première variété, la décharge est brusque, automatique, sans nulle résistance ou réflexion antérieure du

sujet (*seconde observation*) ; dans la seconde, l'individu se rend longtemps maître de son idée obsédante, ou bien, à l'instant même où il se voit sur le point d'y céder, il a recours à l'appui d'un parent ou à un autre moyen quelconque ; « il prévient son entourage », selon l'expression de M. Magnan (*seconde observation*).

Enfin au point de vue médico-légal, les individus qui commettent les crimes sous l'influence de ces impulsions morbides, ne sont pas responsables ; et de pareils individus de même que le prétendu criminel-né de Lambroso, ne sont, comme nous l'avons vu, que des déséquilibrés appartenant à la grande famille des dégénérés.

Le second syndrome, la folie du doute, demande aussi quelques commentaires à cause des différentes interprétations qu'il a reçu de la part des aliénistes.

Falret père, qui décrivit la folie du doute pour la première fois, d'une façon admirable, commit cette grande faute de trop l'isoler. Il fit du syndrome une maladie distincte avec une marche progressive et un pronostic défini : l'incurabilité.

Legrand du Saule dans sa monographie, l'associe au délire du toucher ; pour lui, ce rapport intime existe nécessairement et l'apparition du délire du toucher marque le début d'une seconde période dans l'entité morbide formée par cette association. A l'heure actuelle, il y parmi les cliniciens un certain nombre d'entre eux qui embrassent encore ces idées. Pour M. Magnan et pour nous, nous sommes loin d'envisager la folie du doute sous un pareil aspect ; elle ne constitue qu'un syndrome qui peut exister en clinique, soit isolément, soit parfois associée au délire du toucher, et cela de préférence seulement, car on peut la rencontrer aussi avec d'autres états syndromiques.

Le pronostic est habituellement favorable, mais à la condition capitale de ne jamais négliger le malade, de l'avoir chaque jour sous les yeux, de lui instituer un traitement médical et moral continus.

Cette dernière manière de voir est d'ailleurs justifiée par toutes nos observations.

Enfin, les autres syndromes relatés dans nos cas donnent une idée nette des caractères généraux indiqués au commencement de ce travail.

Bref, comme conclusion, nous estimons pouvoir affirmer que cette étude nous montre une fois de plus que les syndromes épisodiques, quelque variés qu'ils soient, appartiennent au même fond : *la dégénérescence mentale* ; d'autre part, elle nous permet de nous placer sur le terrain solide de la clinique dans l'appréciation médico-légale des actes délictueux et criminels accomplis, par des individus appartenant à la grande classe des dégénérés.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. **Une observation de sein hystérique** ; par le Dr Lannois. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901).

Gonflement considérable du sein droit chez une femme à petites crises. Ce gonflement s'exagère sous l'influence des émotions, diminue dans l'état de calme et sous l'action d'une simple bande de flanelle. Plusieurs médecins conseillent l'ablation. Un chirurgien refuse d'intervenir. Intérêt du diagnostic au point de vue du traitement.

II. **Paralysie du nerf cubital et contracture consécutive « Main en pince »** ; par le Dr de Léon, (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901.)

Deux observations de déformation de la main, selon le type décrit par Duchenne, de Boulogne, dans la rétraction de l'arcade palmaire : le premier cas, chez une femme dont la paralysie du nerf facial se manifesta au réveil chloroformique, après une laparotomie. Un mois plus tard, la main présentait la déformation en pince. La genèse exacte de cette paralysie, affirmée par l'examen électrique, n'a pas pu être éclairée ; le deuxième cas, chez un homme qui, de longues années avant, avait reçu une balle dans l'avant-bras ; traumatisme suivi aussitôt de la paralysie de la main.

III. **Un cas d'ostéite déformante de Paget avec mélanodermie ; autopsie** ; par L. Hudelo et J. Heitz. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901.)

Observation clinique suivie d'un examen nécropsique et histologique méticuleux de tous les organes, et, en particulier des os

lésés (fémurs et os de la jambe). Les particularités de cette observation, qui la distinguent d'autres cas similaires sont : l'intégrité des os du crâne, la profonde altération des os de la jambe, allant d'un côté jusqu'à la fusion à peu près complète du tibia et du péroné. L'absence de lésion cardiaque, malgré un degré très avancé d'artério-sclérose généralisée, l'intégrité de l'appareil circulatoire du cerveau et de la grande pituitaire, l'altération profonde du corps thyroïde, du foie, de la rate, des reins et des capsules surrénales. Les auteurs passent en revue les différentes hypothèses mises en avant jusqu'à ce jour pour expliquer la pathogénie de la maladie de Paget : lésion médullaire ; lésion d'une glande vasculaire sanguine, athérome de l'artère nourricière de l'os, et concluent que la lésion initiale de cette affection reste obscure.

IV. **Sur le trophœdème** ; par Henry Meige. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901).

L'auteur rappelle les différentes observations d'œdèmes dystrophiques antérieurement publiées, particulièrement les plus récentes, de Vigoureux, Prathon, Rapin, Hertoghe, Mabille, et qui, sous des appellations différentes, peuvent être, comme il l'a proposé lui-même, rangées dans un groupe spécial, sous le nom de trophœdème, « caractérisé par un œdème blanc, dur, indolore, occupant un ou plusieurs segments de l'un ou des deux membres inférieurs, et persistant la vie entière, sans préjudice notable de la santé, pouvant être tantôt isolé, tantôt héréditaire et familial et peut-être congénital ». La nature, l'origine et les causes de cette dystrophie particulière, sont encore incertaines et ne pourront être éclairées que par des constatations anatomiques qui sont à faire.

V. **Contribution à l'étude du trophœdème chronique** ; par Hertoghe. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901.)

Trois observations de trophœdème intéressant, dans deux cas, un membre inférieur, dans le troisième, la face, avec caractères d'hypothyroïdie. L'auteur signale cette *parenté* entre l'appauvrissement thyroïdien et le trophœdème : et aussi l'inefficacité du traitement thyroïdien employé par lui. Il est porté à attribuer cet insuccès à l'insuffisance des méthodes suivies jusqu'à ce jour.

VI. **Observation de trophœdème** ; par Mabille. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901).

Œdème chronique considérable des deux membres inférieurs tout entiers chez une femme de dix-huit ans. Ayant évolué lentement, depuis l'âge de dix ans, à la suite d'un traumatisme crâ-

nien compliqué de troubles choréiques et d'hémiplégie gauche. Dans toutes les observations qui précèdent, l'œdème présente les caractères décrits plus haut par Meige.

VII. **Sur une forme d'hypertrophie des membres**; par E. Rapin. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901.)

Trois observations de trophœdème intéressant : l'une (enfant de vingt mois) le membre inférieur gauche, la deuxième (femme de cinquante-deux ans) le membre inférieur gauche avec début à l'âge de quatorze ans, la troisième (femme de trente ans), les deux membres supérieurs et la moitié droite de la face avec début congénital.

VIII. **Nouveaux détails sur la paralysie asthénique, dont une observation avec autopsie**; par S. Goldflam. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.)

Gros mémoire réparti entre les numéros 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 de ce journal, qui se décompose en trois parties. La première traite d'une observation avec autopsie et des lésions possibles de la maladie. La seconde étudie sept cas. La troisième expose la nosographie.

La meilleure dénomination serait celle qui est usitée dans le titre *supra*, parce qu'elle ne préjuge ni du siège, ni de la nature de l'affection et qu'elle indique le symptôme dominant. Elle est de Fajersztajn. (Voyez *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 501. 1897. 2e série.)

On l'a aussi appelée : paralysie bulbaire sans lésions, névrose bulbaire, paralysie myasthénique (Oppenheim), myasthénie grave pseudoparalytique (Jolly), paralysie bulbaire asthénique (Strümpell), myasthénie générale grave (Laquer), lassitude pathologique des muscles, myasthénie tout court (Unverricht.)

Elle est plus fréquente que la paralysie bulbaire de Duchenne.

I. — L'auteur fait remarquer que ce travail constitue le complément de celui qu'il a fait paraître dans la *Deutsche Zeitschre. f. Nervenheilk*, 1893, IV. Aussi plusieurs de ses observations ne seront-elles que résumées.

Telle est la première observation complétée par la *nécropsie*. On trouva un gros lymphosarcome au poumon droit et des métastases dans les muscles. Le thymus était probablement pris. Planches à l'appui. Ce cas, avec celui de Weigert (tumeur maligne du thymus), porte à deux les exemples de myasthénie caractérisée par l'intégrité du système nerveux, et par l'existence de néoplasmes en dehors de celui-ci, avec métastases dans les muscles. En revanche dans la plupart des cas de myasthénie avec autopsie on ne constatait ni tumeurs, ni autres altérations. Par suite il conviendrait

de penser que les relations qu'on a voulu établir entre les néoplasmes et la paralysie asthénique sont hypothétiques, et que les théories édifiées là-dessus sont caduques.

On a d'ailleurs trouvé aussi des néoplasmes bénins : pour ceux-ci on ne voit pas comment, après être demeurés pendant plusieurs années latents, ils auraient occasionné un beau jour, par sécrétion d'une substance toxique spéciale, de la paralysie asthénique, Tel est le cas des lipomes des reins, et des kystes dermoides congénitaux de l'ovaire.

La présente observation est elle-même assez suggestive. Un premier accès de myasthénie guérit totalement en 6 mois, pendant cinq ans rien de semblable. Puis, sans cause appréciable, récidive par de la faiblesse des abducateurs du maxillaire inférieur qui présente le cachet de la lassitude. A cet instant lassitude de même genre des jambes sans la réaction myasthénique. Tendance à la fatigue des membres. En peu de semaines les extrémités, le tronc et la nuque témoignent du même syndrome et de la Mya R. Le premier accès se traduisait surtout par des phénomènes bulbaires et des symtômes oculaires. Cette fois pas de blépharoptose permanente, pas de parésie des muscles des yeux, pas de diplopie, pas de régurgitation des liquides, intégrité du voile du palais, de la voix, de la déglutition; il n'y a de bulbaire que l'état du maxillaire inférieur, et il ne s'y joint que des troubles du côté des adducteurs et des muscles rotateurs en dehors. Les accidents sont aussi moins intenses, moins étendus, moins tenaces. Enfin, c'est près d'une année après qu'apparaissent les phénomènes thoraciques émanés du néoplasme. Les deux processus semblent avoir évolué indépendamment l'un de l'autre ; la physionomie, la marche des accidents asthéniques ne semblent pas avoir été influencés par la présence de la tumeur dans la cavité thoracique.

La mort a eu lieu subitement. L'asthénie avait alors rétrocédé ; des symptômes d'asphyxie se sont montrés.

La répartition des troubles est la suivante : prédominance sur le maxillaire inférieur ; atteinte du tronc et de la nuque plus que des jambes, des jambes plus que des bras, des parties avoisinant le tronc plus que de celles qui en sont éloignées.

La réaction myasthénique, radicalement absente pendant les cinq années qui ont séparé le premier accès du second, faisait défaut au début de la récidive : elle n'est apparue qu'un mois plus tard, et non dans tous les muscles myasthéniques. Cette réaction est indépendante du symptôme-fatigue; une fois, la force de la contraction au courant faradique a paru plus faible dans les muscles préalablement épuisés par l'action de la volonté.

II. — Nous arrivons maintenant, à la suite des observations II à VIII, aux principaux caractères nosographiques.

La *lassitude du muscle* en est la note fondamentale. Il suffit que

celui-ci fonctionne un peu pour que se produise une paralysie complète. L'épuisement du territoire paralysé se répercute sur d'autres territoires en repos. Ainsi s'expliquent les exaspérations vespérales, les améliorations matutinales.

Les *variations d'intensité* sont la règle lorsque le patient ne succombe pas au premier accès. Ces variations s'étendent à des années au besoin. S'il est rare qu'il y ait rémission absolue, en revanche, au cours même de l'accès, il y a des fluctuations, des phénomènes. La *durée* de dix ans est rare (Observ. I et III.) Souvent le malade succombe au premier accès (Observ. IV.) Pendant la rémission, la lassitude musculaire disparaît ou décroît énormément ; la réaction anormale aux courants faradiques peut même faire place à l'état normal.

La *réaction myasthénique de Jolly* décelée chez cinq sujets sur les six examinés à cet égard, apparaît le mieux quand on se sert des excitations faradiques de longue durée, se succédant rapidement les unes aux autres, tétanisantes. Elle peut être très étendue (Observ. V) ; elle succède à la lassitude musculaire (Observ. I). L'épuisement par les impulsions volontaires n'exerce pas d'influence sur l'excitabilité faradique ; inversement les muscles dont les contractions ont presque cessé du fait de l'action directe ou indirecte du courant faradique peuvent tout de suite après obéir à la volonté. Le temps de repos indispensable pour réobtenir l'excitabilité faradique originelle est d'environ une minute.

L'étude minutieuse de l'ensemble des éléments qui précèdent et des signes différentiels entre la paralysie asthénique et la polio-encéphalo-myélite aiguë entraîne M. Goldflam à localiser la maladie dans les *centres corticaux moteurs*. Si le foyer purement mental du mouvement volontaire semble intact, la paralysie musculaire survient quand le malade lance à plusieurs reprises des impulsions volontaires. Il y a donc dans ces centres une modification, anatomiquement insaisissable, qui détermine leur épuisement, sous l'influence de la volonté. Cette modification pourrait bien être le fait des produits de dénutrition (Mosso.) Cela cadrerait avec les rémissions et les intermittences susceptibles de durer des années. Le mécanisme reste à chercher.

Le *traitement* repose sur le calme et le repos absolu, l'absence d'émotions, l'alimentation prudente, la respiration artificielle en cas de dyspnée, les toniques, la substitution de l'examen galvanique à l'examen faradique, 0,50 centi. par jour de thymus si l'on veut.

P. KERAVAL.

IX. **Un nouveau symptôme de l'épilepsie** ; par C. CENI. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII, N. F. XI, 1900.)

Il s'agit d'un abaissement considérable et passager de la température qui survient à n'importe quel moment du jour, et dure

une demi-heure à une heure. On constate 36°, 35° et même 34°. C'est en réalité une forme d'attaque, qui quelquefois revient trois-quatre fois et plus dans les vingt-quatre heures, mais d'ordinaire se montre à des intervalles de quelques jours, ou de quelques semaines, soit avec pauses très irrégulières, cas le plus habituel, et apparition tantôt le matin, tantôt l'après-midi, soit sous la forme d'intermittences régulières et retour au même moment de la journée. Ni le phénomène, ni sa fréquence ne sont en constant rapport avec la gravité de la maladie; l'hypothermie ne coïncide pas non plus avec d'autres aecès d'épilepsie. Par ci, par là, néanmoins, elle précédera une attaque d'une heure ou deux, coïncidence qui n'est point constante du tout.

L'accident en question est manifestement d'origine vasomotrice; il est probablement déterminé par la même cause que celle qui engendre les autres symptômes de l'épilepsie, et fournit un solide appui à la théorie de la nature auto-toxique de cette névrose. Il se rattache en particulier à l'hypertoxicité du sang des épileptiques : on se rappelle l'hypothermie des animaux auxquels on a injecté du sang de ces malades (Ceni). Travail complet en préparation. P. Keraval.

X. **Observation d'aphasie avec agraphie**; par M. Stadelmann. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII. N. F. XI. 1900.)

Il s'agit d'une adulte en convalescence d'une fièvre typhoïde. Elle est incapable de désigner verbalement les objets concrets, leurs qualités, leurs couleurs, incapable de répéter. Elle ne peut réciter spontanément des chansons qui lui sont familières, son *Pater*, et n'a à son service que des locutions toutes faites telles que « je ne peux pas », les noms propres de ses parents, des gens de son entourage, ceux des objets usuels qu'elle voyait chaque jour comme le sucre, le café. Elle comprend encore la parole et l'écriture. C'est une aphasie motrice corticale accompagnée des troubles graphiques en rapport avec celle-ci. Elle peut écrire les mots qu'elle peut dire, et inversement. Elle essaie de trouver en écrivant les mots qu'elle doit ou veut dire. Ceci indique à quel genre de traitement il convient de s'adresser. C'est aux exercices d'écriture. P. Keraval.

XI. **L'épilepsie corticale**; par W.-I. Wassiliev. (*Obozrénié psichiatrii*, V. 1900.)

Observation, avec autopsie, d'un homme de cinquante-cinq ans. Les accidents paralytiques et les phénomènes convulsifs témoignent d'une lésion des régions motrices de l'hémisphère droit. Il n'y a ni traumatisme, ni altérations cutanées cépheliques ou crâniennes; il n'y a rien aux papilles optiques; il n'existe pas de

douleurs de tête ; la syphilis est catégoriquement niée. Reste l'hypothèse de lésions vasculaires, les vaisseaux accessibles étant durs. Une intervention chirurgicale est réclamée par la famille, mais le malade succombe à une pneumonie dont il présentait les prodromes à son arrivée à l'hôpital.

Autopsie. — Sclérose des os du crâne, intégrité de la dure-mère. Pie-mère de l'hémisphère droit trouble et épaissie : à gauche, elle est trouble le long des vaisseaux. A droite, au niveau de la partie supérieure du lobe pariétal, cette membrane est infiltrée par une hémorrhagie récente du volume d'une pièce de un rouble-argent : elle s'enlève aisément. L'écorce semble ne présenter aucune anomalie, mais, quand on écarte les ascendantes, on trouve dans la *profondeur du sillon de Rolando*, à peu près à la *partie moyenne* de celui-ci, un *foyer* rouge-foncé gros comme un gros pois : limité à l'écorce, il occupe presque également la frontale ascendante et la pariétale ascendante, lésant les territoires 53, 54, 59, 61 du schéma d'Exner. C'est un foyer apoplectique.

L'auteur envisage l'embarras dans lequel se serait trouvé le chirurgien qui eût opéré. Il analyse aussi les phénomènes cliniques en rapport avec cette localisation. Il pense que la destruction d'une certaine portion des régions motrices ne détermine pas chez tout le monde un égal désordre de la sensibilité, au point de vue de l'intensité ou de l'étendue : il est même probable, suivant lui, qu'elle ne détermine pas, chez tous, un degré identique de paralysie. Il croit que le degré de ces désordres dans les affections corticales dépend notablement de la manière de vivre, des occupations, de la culture et du sujet, de sa complexion psychophysique générale. La destruction de la région corticale qui préside aux mouvements du bras droit chez un manœuvre, un musicien, un savant de cabinet, se traduira par des troubles moteurs et sensitifs dissemblables ; dissemblables surtout les derniers : leur évolution sera distincte. P. KERAVAL.

XII. **De l'étiologie du tabès dorsal** ; par M. Z. WAINSCATEIN. (*Obozrénié psichiatrii*, V, 1900.)

Etude critique du travail de M. Motschoutkowsky intitulé : *Recherches clinico-statistiques sur le tabès dorsal* du *Woenno-méditzinsky Journal*. P. KERAVAL.

XIII. **Deux cas de nystagmus chez la mère et la fille** ; par M. JACQUEAU. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 27 février 1901.)

M. Jacqueau présente deux sujets, la mère et l'enfant atteints de nystagmus congénital des deux yeux sans autres lésions. La première a quarante-sept ans, la seconde sept ans. Pas d'antécédents pathologiques nets dans la famille.

C'est le même type de nystagmus avec oscillations rythmiques horizontales et mouvements de la tête. Il ne diffère chez les deux malades que dans la rapidité et l'amplitude des oscillations. Chez la mère, les oscillations sont de 120 à 130 par minute, chez l'enfant de 70 à 80.

M. Jacqueau insiste sur trois faits intéressants : 1° L'hérédité ; — 2° Les mouvements associés de la tête et des yeux ; — L'absence de toute lésion oculaire.

Ces deux cas viennent à l'appui de la théorie cérébrale du nystagmus. Knies définit le mystagmus congénital, l'insuffisance d'innervation corticale des muscles volontaires des yeux. Cette définition paraît juste. La vision binoculaire, fonction acquise, ne peut s'exécuter normalement qu'avec l'intégrité de l'appareil conducteur et récepteur des cellules de l'écorce ; qu'il y ait un développement défectueux de ces cellules, il en résultera un vice d'innervation centrale en vue de la coordination des mouvements oculaires ; le nystagmus pourra devenir ainsi fréquemment l'aboutissant de ce défaut de coordination. G. C.

XIV. **Paralysie asthénique d'Erb** ; par M. Josserand. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 27 février 1901.)

M. Josserand présente un cas typique de l'affection qu'Erb a décrite sous le nom de paralysie bulbaire asthénique. Elle se caractérise surtout par des signes bulbaires comparables à la fois à ceux de la paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne et à ceux de la polieucéphalite supérieure de Wernicke. Elle diffère de ces deux affections par l'absence de lésions des noyaux bulbaires, par ses rémissions et par un pronostic-moins sévère. Elle en diffère aussi par le mode de fonctionnement des muscles qui sont atteints de parésie, de fatigue précoce, plutôt que de paralysie ; par l'absence d'atrophie, par la participation du facial supérieur, par celle des muscles masticateurs et des muscles de la nuque.

G. C.

XV. **Méningite cérébro-spinale au cours d'une endocardite infectieuse pneumococcique. Valeur du signe de Kernig** ; par MM. Josserand et Lesieur. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 6 mars 1901.)

MM. Josserand et Lesieur présentent le cœur d'une malade ayant succombé à une méningite cérébro-spinale, au cours d'une endocardite infectieuse subaiguë ayant évolué en sept mois. Le pneumocoque a été trouvé dans le sang pendant la vie, dans le pus des méninges cérébrales et spinales, dans les végétations de l'endocarde et de la pulpe splénique après la mort. Le signe de Kernig a permis de faire un diagnostic et un pronostic exacts

d'une façon très précoce en l'absence de tout autre signe de méningite. Le signe de Kernig est important; rare dans la méningite tuberculeuse, ce signe se rencontre fréquemment dans les autres méningites, notamment dans la méningite cérébro-spinale. G. C.

XVI. **Paralysie radiculaire totale du plexus brachial gauche et paralysie temporaire des membres inférieurs du même côté**; par M. Duplant. (*Société nationale de Médecine de Lyon*, 20 mai 1901.)

M. Duplant présente un malade qui, immédiatement après un grave accident, eut une paralysie flasque du membre supérieur et du membre inférieur ganches. On constate, en même temps, un enfoncement de l'œil, une chute de la paupière du myosis; pendant quelques jours, les paralysies sont restées flasques, puis il y eut des fourmillements et un retour de la motilité dans le membre inférieur, La paralysie du membre supérieur est restée flasque avec légère amyotrophie et des douleurs au niveau de l'épaule. Il y a eu, en outre, une anesthésie complète du membre supérieur; il n'y a pas de paralysie faciale; le malade craint la lumière; voit bien les objets éloignés et mal les objets rapprochés.

Il s'agit, en somme, de paralysie radiculaire totale avec phénomènes oculaires et démarche spasmodique. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est la coïncidence d'une paralysie médullaire et d'une paralysie périphérique. On peut admettre un arrachement des racines coïncidant avec une lésion de la moelle.

M. Duplant pense que certains cas de maladie de Little peuvent être attribués à des cas semblables. Ici, l'existence d'une hématomyélie cervicale semble inadmissible, il s'agit probablement d'un hématorachis. G. C.

XVII. **Syphilis médullaire et bulbaire précoce**; par M. Collet. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 12 juin 1901.)

M. Collet rapporte l'observation curieuse d'une malade qui, en résumé, a présenté les phénomènes suivants : de la paralysie ou de la parésie dans le domaine des VII, IX, X, XI et XII^{e} paires craniennes; de la parésie des membres supérieurs et inférieurs, de la parésie du diaphragme, et des troubles incontestables de la déglutition et de la phonation, pas de paralysie oculaire ni de troubles sensoriels ou sensitifs. Les lésions nucléaires bulbaires ont donc intéressé tous les noyaux du bulbe et de la moelle situés au-dessous de la VI^{e} paire.

M. Collet pense qu'il s'agit ici d'une lésion systématique de la substance grise, de la moelle et du bulbe, d'une polyomélite avec polieucéphalite circonscrite.

La syphilis est la raison très probable de ces lésions. Les antécédents spécifiques ne sont pas discutables. Le traitement a amené

l'amélioration immédiate des symptômes; et son interruption, une rechute immédiate qui a cédé à une reprise du traitement.

G. C.

XVIII. **Paralysie agitante avec tremblement limité aux membres supérieurs**; par M. COLLET. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 26 juin 1901.)

M. Collet rapporte une observation de paralysie agitante avec tremblement limité aux membres supérieurs, mais étendu à la face, à la langue, au maxiliaire.

Le malade, cultivateur, est âgé de cinquante-neuf ans et n'a jamais été malade. Il se plaint seulement de tremblement, de raideur des membres et de la colonne vertébrale. Les mouvements débutèrent par la main droite et s'étendirent ensuite au bras droit. Depuis six mois, la face, la paupière, la langue et le maxiliaire inférieur tremblent. Il ne s'agit pas de mouvements transmis mais bien de mouvements propres à ces régions.

Les membres supérieurs sont intacts.

Pas de tremblement du larynx.

La marche se fait à petits pas. Le malade présente l'attitude classique de la maladie de Parkinson.

Pas de troubles oculaires.

Il fut traité sans succès par l'hyoseine, puis par la nicotine à la dose de 0,001, puis de 0,002.

L'auteur fait remarquer que la paralysie agitante atteint exceptionnellement la face. Il cite quelques observations de tremblement facial dues à Grasset, Rosenthal, Demange. Wollenberg cite deux cas de tremblement des paupières; Westphall un cas de tremblement des lèvres; Frédérick Müller un cas de tremblement des muscles du larynx.

G. C.

XIX. **Radiographies d'arthropathies tabétiques**; par DESTOT. (*Société des sciences médicales de Lyon*), 10 juillet 1901.

M. Destot présente quatre cas d'artropathies tabétiques étudiées par la radiographie.

Il insiste sur l'existence d'une période préataxique osseuse chez les tabétiques, caractérisée surtout par l'existence de formations ossifiantes dans les muscles et dans quelques tissus. Chez les tabétiques avancés, on observe par contre de véritables fontes des extrémités des os.

G. C.

XX. **Vertige d'origine nasal**; par COLLET (*Société des sciences médicales de Lyon*), 16 octobre 1901.

M. Collet présente l'observation d'un homme d'une trentaine d'années qui, brusquement, a présenté les phénomènes suivants :

Picotement dans les fosses nasales suivi ou non d'éternuement, douleur vive à la nuque, puis chute en avant sans perte absolue de connaissance, affirme-t-il. Il avait eu une fois quelques mouvements convulsifs. La face est congestionnée pendant quelques secondes, puis devient pâle pendant quelques minutes avec transpiration abondante durant un quart d'heure. Pendant l'examen, le pouls battait à 116. Le malade reste somnolent et abattu pendant la soirée qui suit les accès. La muqueuse nasale présente une sensibilité exagérée au niveau d'un éperon de la cloison.

Cet incident a des analogies avec l'ictus laryngé; mais l'auteur pense, bien que la pathogénie soit obscure, qu'il s'agit d'une excitation s'irradiant de la deuxième branche du trijumpeau qui a ici une susceptibilité anormale, vers divers centres bulbaires, par exemple vers le centre modérateur du cœur, vers le centre vasomoteur etc. L'anémie cérébrale en résulterait.

On peut penser aussi à une crise d'épilepsie larvée, dont le picotement nasal serait l'aura. Jusqu'à plus ample informé, M. Collet propose le terme : « vertige d'origine nasal. » qui n'a aucune prétention pathogénique. G. C.

XXI. **Paralysie hystéro-saturnine du nerf radial**; par Josserand. (*Société des sciences médicales de Lyon*), 20 novembre 1901).

M. Josserand présente un jeune homme de vingt-neuf ans sans antécédents pathologiques (ni syphilis, ni alcoolisme, ni cardiopathie, ni albuminurie) qui subitement fut pris au milieu de son repas d'une paralysie des extenseurs de l'avant-bras droit, et cela, sans ictus.

— C'est un ouvrier typographe; il ne présente pas le liseré de Burton, mais il présente, sur la face interne des joues des taches ardoisées, comme celles que Gublec a décrites chez les ouvriers qui manient le plomb. Le diagnostic de paralysie radiale, d'origine saturnine paraissait probable. Mais elle présente de nombreuses anomalies : l'unilatéralité, le début apoplectiforme, la paralysie du long supinateur. Les fléchisseurs sont atteints; le médian est intéressé. Les interosseux sont paralysés par suite le cubital. Les troubles de la sensibilité consistent en une anesthésie profonde complète et cylindrique de tout l'avant-bras. Le sens musculaire est conservé ainsi que les réflexes. Pas de douleurs, pas d'atrophie.

Devant ce tableau, M. Josserand songe à une paralysie hystérique. La distribution de l'anesthésie est caractéristique; le malade présente en outre une zone hystérogène dans le flanc droit et un rétrécissement du champ visuel. Le saturnisme ne semble pas étranger à cet état. Il s'agirait alors d'une hystérie symptomatique toxique. G. C.

XXII. **Paralysie asthénique bulbo-spinale**; par Leclerc (*Société nationale de médecine de Lyon*, 2 décembre 1901).

M. Leclerc présente une malade avec le sydrôme de paralysie athénique bulbo-spinale. A ce propos, il rappelle que l'appellation de paralysie asthénique bulbo-spinale a prévalu sur celle d'asthénie bulbaire; car ehez beaucoup de malades, l'asthénie musculaire occupe non seulemet les muscles innervés par les nerfs crâniens, mais aussi les muscles du tronc et des membres tributaires des nerfs rachidieus.

L'examen histologique a toujours été négatif avec les méthodes actuelles. Dans les cas de Charcot, de Déjerine, de Thomas, les lésions sont disparates, ne peuvent pas expliquer les symptômes chimiques constatés et ne permettent pas de conclure.

Au point de vue pathogénique, il n'y a que des hypothéses, ou il faut admettre qu'est une entité morbide caractérisée par un simple trouble fonctionnel, une altération encore invisible des cellules motrices, abolissant leur fonction motrice et respectant leur fonction trophique, puisque l'atrophie musculaire fait défaut, ou bien comme le disent Déjérine et Thomas, le complexus symptomatique est un syndrôme abritant sous son nom des affections de nature et d'origine différentes. M. Leclerc ne prend parti ni pour l'une, ni pour l'autre hypothése, devant les opinions si diverses émises sur la question; il cite, en effet, un cas publié récemment par Laquert et Weigert où ils trouvèrent à l'autopsie une tumeur du thymus. De ce cas et de deux autres analogues, ils concluent que ce syndrSme peut être l'effet d'une intoxication dûe à une lésion du thymus. G. C.

XXIII. **Note sur un cas de sclérose cérébrale infantile d'origine hérédo-syphilitique. L'hérédo-syphilis et les encéphalites chroniques de l'enfance**; par Pic et Piery (*Province Médicale*, Lyon, janvier, février 1901, nº 4. 5, 8, 9, p. 37, 50, 80, 100.

MM. Pic et Piery publient l'observation avec autopsie d'une jeune fille, qui examinée pour la première fois en 1895 présentait une hémiplégie spasmodique infantile. Cette affection avait débuté à l'âge de huit ans et s'était accompagnée ultérieurement d'hémiathélose et de crises épileptiques. D'après les antécédents trouvés du côté des parents et de la malade, on employa à cette époque (août 1896 à mai 1897) le traitement spécifique qui eut un très heureux résultat : amélioration de l'état général, apparition de la puberté, disparltion des crises épileptiques maintenue pendant huit mois consécutifs. Les auteurs portèrent, dès ce moment, le diagnostic de syphilis héréditaire.

En octobre 1897, la malade présentant de l'affaiblissement des

facultés intellectuelles avec crises d'épilepsies jaksoniennes, entra de nouveau à l'hôpital où le diagnostic de kyste du cerveau consécutif à un traumatisme ancien. On décida une trépanation, qui mit, en effet, en évidence l'existence d'un kyste. L'amélioration consécutive fut passagère et la malade rentra en juillet 1898 à l'hôpital présentant : de l'hémiplégie spasmodique avec hémiathétose, affaiblissement des facultés intellectuelles et crises d'épilepsie jaksonienne. Elle contracta alors une broncho-pneumonie mortelle. A l'autopsie, on constata, à la surface de l'hémisphère gauche, l'existence d'une zône de sclérose cérébrale. Au niveau d'une région répondant fort exactement au territoire d'irrigation de la sylvienne, le manteau de l'hémisphère est réduit à une mince lame scléreuse, déprimée, simulant une porencéphalie. Les artères sylviennes droite et gauche sont atrophiées, sclérosées et partiellement oblitérées.

L'examen microscopique montre l'existence de lésions d'astérites sur les sylviennes et les vaisseaux intra-cérébraux. L'autopsie et l'examen microscopique montrèrent en somme qu'il s'agissait d'une sclérose générale fort accentuée, accompagnée de la dégénérescence habituelle du faisceau pyramidal correspondant et de l'atrophie de l'hémisphère homolatéral du cervelet.

Le parallélisme entre la distribution des lésions scléreuses et celles du réseau artériel, la constatation directe de l'altération des vaisseaux, prouvent à l'évidence l'origine vasculaire du processus qui, pour les auteurs, ne peut être ici que la syphilis.

Les notions récentes acquises au point de vue étiologique, clinique et anatomo-pathologique, semblent prouver en effet, dans le plus grand nombre des cas, l'origine hérédo-syphilitique des scléroses cérébrales dont la traduction clinique répond au diverses affections spasmo-paralytiques infantiles. G. C.

XXIV. **De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent**; par Lyonnet et Vincens (*Lyon médical*. 10 février 1901. n° 6, p. 189).

M. Lyonnet étudie les troubles gastriques qui accompagnent le symptôme aérophagie. L'aérophagie est constituée par la déglutition de l'air atmosphérique. Cette déglutition peut être volontaire ou indépendante de la volonté. L'aérophagie involontaire est d'ordre pathologique et a été étudiée en détail par M. Bouvent. Elle est ordinairement de nature hystérique ; le début est souvent brusque, à la suite d'une cause occasionnelle quelconque. Il y a deux phénomènes bien distincts quoique très rapprochés : 1° la déglutition d'un ou ou plusieurs bols gazeux accompagnés de bruits pharyngés, spasme classique du pharynx d'après M. Bouveret 2° des éructations sonores. La femme est le plus souvent atteinte, l'homme peut l'être aussi.

La conséquence de cette déglutition incessante d'air est une distension gastrique qui peut entraver les fonctions de l'estomac. La paroi stomacale est flasque, la sonorité gastrique est augmentée, il y a clapotage ; la palpation est douloureuse et amène une recrudescence des spasmes pharyngés. On trouve souvent de l'entéroptose, de la chute des reins, des battements à l'épigastre.

Comme troubles fonctionnels, l'insuffisance de la motricité rend imparfaite la chymification et retarde l'évacuation de l'estomac avec pesanteur et tension à l'épigastre etc. La constipation est la règle, l'appétit est diminué, les vomissements sont rares; le sommeil est mauvais.

Il y a des troubles fonctionnels du système nerveux, céphalée, vertiges, asthénie neuro-musculaire etc... On peut rencontrer des formes sévères où la nutrition est gravement atteinte.

Ce tableau symptomatique se rapproche de celui de la dyspepsie nerveuse, mais les troubles gastriques, comme le fait remarquer M. Lyonnet, sont ici consécutifs à l'aérophagie qui n'est pas un symptôme concomitant.

Le diagnostic se fera par l'examen attentif du malade, cependant au premier abord, on peut croire qu'il s'agit de dyspepsie flatulente.

La marche est irrégulière comme dans toutes les manifestations de l'hystérie. La durée est variable. Les troubles gastriques ont en général, un pronostic bénin. L'auteur pose trois indications pour le traitement de l'aérophagie et des troubles qui en dépendent.

1° Traiter l'état général hystérique.

2° Faire cesser le spasme du pharynx, soit par des moyens locaux (badigeonnages cocaïnés, révulsion, cravate de Piorry), soit par les antispasmodiques, soit par la suggestion.

3° Traiter les troubles dyspeptiques : l'indication principale est d'augmenter la tonicité et la contractilité de la tunique musculaire de l'estomac. G. Carrier.

XXV. **Syndrome de Bénédikt**: par les Dr[s] Vigouroux et Lavastine.

Intéressante observation concernant un garçon de dix-sept ans qui présente une paralysie totale et complète du moteur oculaire commun gauche, avec une paralysie partielle du moteur oculaire commun droit (complète pour les nerfs du sphincter irien, incomplète pour le nerf du droit inférieur) et une perturbation dans le fonctionnement du faisceau pyramidal droit, caractérisée par une parésie du facial inférieur, de l'hypoglosse et des membres, avec hémitremblement. C'est là le syndrome de Weber, avec hémitremblement, ou syndrome de Bénédickt. Ce cas porte à sept le nombre des cas actuellement publiés du syndrome de Bénédikt. (*Revue neurologique*, août 1901.) E. B.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. **Des résultats positifs et indiscutables que l'anthropologie criminelle peut obtenir à l'élaboration ou l'application des lois**; par MM. Lacassagne et S. Martin (de Lyon). (*Journal de Neurologie* 1901, n° 21.)

Cette note est l'exposé des principaux résultats récemment mis en lumière par les études d'anthropologie criminelle. Ces résultats peuvent être condensés dans les propositions suivantes :

Parmi les individus poursuivis comme *criminels*, il existe un nombre considérable de dégénérés et de déséquilibrés à côté des délirants proprement dits, qui tous sont plus ou moins irresponsables et appartiennent au domaine de la psychiatrie.

Seuls doivent être considérés comme des *criminels proprement dits* les individus qui ne présentent pas de tares physiques ou psychiques. L'enquête médicale doit donc faire partie intégrant de tout dossier d'affaires criminelles, en particulier lorsqu'il se rapporte à des crimes étranges ou familiaux.

Au point de vue social, on peut dire que les sociétés sont responsables en quelque sorte des actes criminels qu'elles subissent puisque la plupart des dégénérescences physiques ou mentales sont créées par l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, etc., autant de fléaux contre lesquels elles ont le devoir de se défendre.

G. Deny.

II. **La loi et les ivrognes, avec remarques sur le traitement de l'ivrognerie**; par Joseph Collins. (*The New York Medical Journal*, 4 mai 1901.)

Exposé très concis, mais assez complet et très intéressant, des lois contre l'alcoolisme dans les principaux pays. R. M. C.

III. **Conceptions impératives**; par Hugh T. Patrick. (*The New-York Medical Journal*, 7 septembre 1901.)

L'auteur désigne sous ce nom, ou sous l'appellation synonyme d'« idées impératives », des idées, des impressions mentales ou des émotions, presque toujours pénibles ou désagréables, morbides à la fois par leur intensité et par la persistance avec laquelle elles se reproduisent contre le gré du sujet, contre sa volonté même, et contre son raisonnement, qui demeure intact. Sauf de rares exceptions, les cas de ce genre peuvent se diviser en deux

catégories : 1° les phobies ; 2° la psychose du doute ou de l'incertitude. Ce travail est accompagné de 19 observations que nous ne pouvons naturellement analyser ici ; nous nous bornerons à reproduire quelques remarques de l'auteur, relatives au pronostic et au traitement.

Le pronostic est influencé par trois facteurs : 1° le caractère de la conception impérative ; 2° son degré d'intensité ; 3° le caractère et les dispositions du sujet ; la folie du doute disparaît rarement ; les phobies au contraire sont susceptibles de guérison ou tout au moins de notable amélioration. L'hérédité névropathique est naturellement une condition défavorable qui aggrave sensiblement le pronostic. Le traitement est varié et doit être prolongé et patient comme celui de toutes les habitudes vicieuses ; on peut prendre pour modèle, en variant le procédé et en l'adoptant aux phénomènes psychiques, le traitement que Brissaud conseille pour la guérison de tics musculaires. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. **De l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal** ; par le Dr BRIAND. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1899.)

L'auteur, dans un rapport des plus intéressants, pose, devant la Société de médecine légale, la question de savoir si l'on est autorisé, dans certains cas, à tenter une opération à l'insu d'un aliéné ou malgré lui, avec ou sans l'assentiment de sa famille ?

Les exemples cités montrent que la solution est loin d'être simple et qu'on ne saurait tirer de conclusion ferme en restant dans les généralités.

En ce qui concerne les malades internés d'office, c'est-à-dire sans que les parents aient eu à intervenir dans la détermination prise par l'autorité administrative, M. Briand estime que le chirurgien, appelé en consultation par le médecin traitant, n'a pas à provoquer l'avis des parents qui sont légalement ignorés du médecin. Il ne s'inspirera, dans sa détermination, que de l'état mental de l'aliéné et de la gravité des lésions matérielles qui mettent en question son intervention. E. B.

V. **Des degrés de la responsabilité** ; par le Dr HOSPITAL. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1899.)

Lorsqu'un homme sain d'esprit commet un crime, il est inévitablement responsable ; à l'autre extrémité de l'échelle des responsabilités, on trouve des méfaits perpétrés par des aliénés avérés n'ayant plus conscience d'eux-mêmes ; mais, entre les deux extrêmes, ne peut-on pas placer des nuances ? S'il est prudent de ne pas être prodigue de responsabilités limitées, il y a des cas où elles sont absolument indiquées : d'abord dans ceux où il est éta-

bli que l'individu s'est trouvé dans un déséquilibre momentané, dans un instant d'égarement, facteurs sans le secours desquels il serait condamné au maximun ; dans ceux de dégénérés initiaux, de tempéraments fous, qui apprécient tout de travers ; ceux des *minus habentes* dont l'entendement n'est pas assez développé ; dans ceux de suggestion morale, où un fort domine un faible ; dans ceux de maladies nerveuses, où l'individu ne se possède pas assez ; dans les cas douteux, doute dont le prévenu, dans l'axiome de droit, doit bénéficier.

En confirmation de ces idées, l'auteur apporte une importante statistique de deux cents cas médico-légaux dans lesquels il eut à faire un rapport, 170 hommes et 30 femmes. E. B.

VI. **L'article 1384 du Code civil et la responsabilité des directeurs médecins d'asiles d'aliénés** ; par le Dr S. Garnier.

Il est impossible que le directeur d'un asile public d'aliénés, qui gère de son mieux les intérêts du département, enserré qu'il est dans des règlements dont il ne peut sortir, et obligé de subir souvent des situations de fait qu'il ne lui appartient pas de modifier, puisse, à un moment donné, être personnellement inquiété, comme l'a été l'auteur, sous prétexte que, commettant de ses gardiens, il est responsable de leurs agissements délictueux. Il est nécessaire que la loi future fixe les conditions absolues de cette responsabilité civile, laissée à l'arbitraire du juge. E. B.

VII. **La responsabilité civile des aliénés** ; par le Dr Giraud. (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1899.)

La jurisprudence se prononce à peu près unanimement en France dans le sens que les personnes atteintes de démence ne sont pas responsables, même civilement, des dommages qu'elles ont causés.

On signale, toutefois, un arrêt en sens contraire, de la Cour de Montpellier du 31 mai 1866.

Dans cet arrêt, la Cour de Montpellier a posé en théorie que, dans l'application des principes de la responsabilité civile, la loi ne tient compte ni de la volonté, ni de l'intention, et que, par conséquent, les personnes atteintes de démence sont civilement responsables du dommage qu'elles ont causé par leur fait.

Le tribunal du Havre, dans un jugement du 13 février 1873, a été d'avis que le principe de la responsabilité restait applicable quand la partie lésée établissait que l'état de folie sous l'empire duquel a été commis l'acte qui lui est préjudiciable était le résultat, non du pur hasard ou d'une force irrésistible, mais d'habitudes volontaires de débauche et d'excès alcooliques. Il s'agissait

d'un capitaine de navire de commerce qui avait blessé d'un coup de feu un des hommes de son équipage.

L'armateur fut mis en cause et jugé civilement responsable des actes de son capitaine, d'après l'article 1384 du Code civil par lequel « on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde ».

Les personnes désignées par l'article en question sont : le père et la mère pour leurs enfants mineurs demeurant avec eux ; les maîtres et commettants pour leurs domestiques et préposés ; les instituteurs et artisans pour leurs élèves et apprentis. E. B.

VIII. **La législation récente sur les aliénés : progrès ou régression** ; par William Graham (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1901).

Etude très spéciale, consacrée à une législation qui ne ressemble que de loin à la nôtre, et que nous devons nous borner à indiquer. R. M. C.

IX. **Le fonctionnement de la loi sur l'ivresse ;** par John Carswell (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1901).

X. **La législation sur l'ivresse ; en Angleterre, principalement au point de vue de la loi de 1898** ; par William Cotton.

Ces deux mémoires visent et discutent, au point de vue de leur fonctionnement et de leurs effets, des textes de lois qui sont multiples et que nous ne connaissons guère en France où leurs dispositions ne seraient pas applicables, au moins actuellement.

R. M. C.

XI. **Responsabilité criminelle** ; par Henry Lyle Winter. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901.)

Ce travail est un commentaire ou une discussion des mémoires publiés par M. Whiteway, en octobre 1899 et par M. Mercier, en avril 1900, mémoires dont il a été rendu compte à cette place. L'auteur croit à une diminution de la puissance de résistance morale chez les sujets à hérédité névropathique, mais il déclare que ce n'est qu'une simple opinion. Quant à l'existence de la paralysie générale au début dans les prisons, c'est une question discutée, mais qui ne lui paraît pas avoir de rapport avec celle de la responsabilité telle qu'on la conçoit actuellement. Le cas cité par M. Whiteway n'est qu'un fait particulier, plus que regrettable, mais facile à éviter dans l'avenir. Le diagnostic de la paralysie générale au début n'est pas tellement difficile que l'on ne puisse

sûrement éviter que les malades de cette nature soient victimes d'injustices. On a formulé depuis quelques années beaucoup d'assertions qui ont paru prématurées ou hasardées, en matière de criminologie; mais tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que les criminels se distinguent de la foule par une manière d'être physique et morale aussi tranchée que celle qui sépare les fous des gens raisonnables. Pour des motifs divers, cette opinion est repoussée par beaucoup de médecins. L'opinion de l'auteur se résume en ceci : il faudrait faire pénétrer dans l'esprit des magistrats une idée qu'ils admettent difficilement et qui, pourtant est fort logique, et qui consiste à ne pas réserver toute son attention au crime, et à considérer non moins soigneusement le criminel; l'adoption de cette méthode constituerait un grand bienfait pour la société, sans aucun danger pour la justice.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XII. **Un cas d'homicide épileptique**; par R. PERCY SMITH. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1901.)

L'histoire de ce crime (assassinat d'une femme par son mari et d'un petit enfant par son père) est assez banale en elle-même, et si l'auteur donne une relation détaillée du procès criminel, c'est que, dans ce cas, où il s'agissait d'une épileptique ayant commis son double meurtre en état de parfaite inconscience et sans en garder ensuite aucun souvenir, le juge, contrairement aux errements ordinaires de la magistrature anglaise, a laissé à la défense la plus entière liberté de rechercher et de faire valoir les antécédents névropathiques de l'accusé, s'est prêté à toutes les recherches dirigées dans ce sens, et s'est montré, dans son résumé, nettement favorable à l'admission de l'irresponsabilité. L'accusé a été reconnu coupable, mais aliéné, et, par suite, interné dans un asile.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Une blanchisseuse, Mme Marie Perrot, âgée de quarante-six ans, demeurant 79, rue de Seine, se présentait, hier matin, au guichet de la gare de la place Saint-Michel, demandant un billet pour la Patagonie. « Je suis, glissa-t-elle confidentiellement dans l'oreille de la préposée, Ève Humbert, et je désirerais prendre rapidement la fuite. » Des employés remirent la pauvre folle entre les mains des agents, qui la conduisirent devant M. Payaud, commissaire de police du quartier de la Monnaie. Mme Perrot a été envoyée à l'infirmerie du dépôt. (Le *Journal*, 28 décembre 1902).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 juillet 1902. — Présidence de M. MOTET

Contribution à l'étude du cyto-diagnostic dans la paralysie générale.

MM. Guiard et Duflos communiquent trois cas de paralysie générale, assez difficile à diagnostiquer : dans le premier on pouvait penser à un simple délire alcoolique, mais la présence de lymphocytes fit craindre une paralysie générale ; en effet, ce pronostic ne tarda pas à se réaliser.

Le second cas est relatif à un homme présentant les symptômes de l'excitation maniaque. On aurait pu croire à un accès de paranoïa aigu ou de manie intermittente. La constatation des lymphocytes confirma le diagnostic de paralysie générale, caractérisée d'ailleurs, par de l'inégalité pupillaire et de l'hésitation dans la parole. Ce malade était syphilitique.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une confusion mentale simple, simulant la paralysie générale. Le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas de lymphocytes.

M. Joffroy considère l'examen du liquide rachidien, par ponction lombaire, comme un élément considérable de diagnostic de la paralysie générale. La présence des éléments est un signe de début. Ils apparaissent avant l'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll.

Elle permet de diagnostiquer la paralysie générale de l'alcoolisme chronique et constitue un symptôme pathogénomique des paralysies générales douteuses.

M. Legrain croit que la paralysie générale n'est pas la seule affection dans laquelle on constate l'envahissement du liquide rachidien par les lymphocytes.

M. Vigouroux a toujours eu recours à la ponction lombaire pour faire des diagnostics difficiles.

M. Toulouse demande si ces éléments ne se rencontrent pas dans l'alcoolisme chronique.

M. Joffroy. — On en trouve parfois, mais rarement.

M. NAGEOTTE. — La lymphocytose a une importance considérable dans le diagnostice précoce de la paralysie générale. Cependant on trouve aussi des lymphocytes dans toutes les encéplalopathies syphiliques. Or, toutes les formes de syphilis cérébrales ne se terminent pas par la paralysie générale.

M. JOFFROY espère qu'un jour le cyto-diagnostic permettra de prévoir les rémissions de la méningo-encéphalite diffuse.

M. NAGEOTTE. — Il en sera peut-être de la paralysie générale, comme il en est du tabes, dont nous connaissons des formes frustres.

M. LEGRAIN croit que plusieurs intoxications peuvent provoquer la lymphocytose.

M. NAGEOTTE. — La lymphocytose ne peut constituer un phénomène important, qu'à la condition d'être permanente. En effet, on peut la constater transitoirement dans le zona.

M. VIGOUROUX. — Les lymphocytes, bien que permanentes dans la paralysie générale, se présentent en nombre peu variable.

M. B.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 15 janvier 1903. — PRÉSIDENCE DE M. P. RICHER

Sur une forme clinique et anatomo-pathologique de méningo-encéphalite tuberculeuse.

MM. ANGLADE et CHOCREAUX (d'Alençon). Le malade avait subi un violent traumatisme à huit ans, puis s'était bien porté. A dix-neuf ans, il est pris de crises convulsives épileptiformes, suivies de confusion mentale, et continue pendant six ans à revêtir le type complet de l'épileptique vulgaire avec délire, ce qui nécessite son internement. Il meurt enfin en état de mal sans avoir jamais présenté de phénomènes méningitiques. Par contre, à l'autopsie, son cerveau est parsemé de foyers de ramollissement inflammatoire au niveau desquels on trouve des tubercules. Il existe des tubercules dans les poumons. L'examen microscopique révèle une prolifération névralgique intense envahissant la substance blanche sous les foyers de ramollissement. Cette sclérose névroglique est en rapport évident avec la production des phénomènes épileptiques.

Autopsie d'un géant acromégalique et diabétique.

MM. LAUNOIS et P. PROY rapportent les résultats détaillés de l'autopsie d'un géant de 2 mètres 12 centimètres, présenté par

MM. Achard et Lœper, le 3 mai 1900, et mort dans leur service en quelques heures à la suite de crises convulsives généralisées, subintrantes de caractère épileptiforme. Ils ont constaté notamment : 1° un volumineux *épithélioma du corps thyroïde*, ayant considérablement dilaté la selle turcique (diamètre transversal, 40 millimètres) et se prolongeant en haut par un pédicule qui passe entre les deux nerfs optiques, sans les comprimer, s'enfonce dans la scissure interhémisphérique et pénètre dans l'intérieur du lobe frontal, où il remplit entièrement la cavité très agrandie du ventricule latéral.

2° *Une hypertrophie simple énorme du corps thyroïde* (250 grammes) qui tend à confirmer les observations de Rapowich, Gley, Bryce, Bedlow, etc., sur les rapports de dépendance qui existeraient entre les deux glandes thyroïdienne et pituitiare.

3° *Un gigantisme viscéral* ayant doublé ou triplé le poids de la plupart des organes (foie, rate, reins, pancréas, etc.), mais non de l'encéphale, semblable à celui qui fut trouvé chez des géants et chez certains acromégaliques par divers auteurs.

La constatation d'une tumeur hypophysaire confirme ici non seulement le diagnostic d'acromégalie posé pendant la vie, mais encore celui de gigantisme : squelettes d'anciens géants à selle turcique très agrandie (Taruffi, Cuningham, Sternberg, Tamburini, etc.) ; autopsies récentes de géants à tumeur pituitaire (Dana, Hutchinson, Dallemagne, etc.). Enfin la glycosurie observée pendant la vie, trouve aussi là son explication. En outre, la symptomatologie, relativement silencieuse, par laquelle s'était traduite cette tumeur, montre la nécessité de pratiquer l'examen radiographique du crâne, non seulement chez les acromégaliques (Béclère) mais aussi chez les géants. C'est cet examen qui a permis récemment à MM. Launois et Roy, en montrant l'agrandissement de la selle turcique, d'affirmer l'acromégalie chez un géant infantile de 2 mètres 4 avant même qu'il eut réalisé les déformations caractéristiques de la maladie de Pierre Marie.

M. P. Marie n'a jamais vu de prolongement ventriculaire des tumeurs de l'hypophise. Cette marche rapide, évolution et mort en quatre ou cinq ans est caractéristique de la nature épithéliomateuse de la tuméfaction pituitaire.

Atrophie ponto-cérébelleuse.

M. Thomas présente les pièces de l'autopsie d'un malade pour lequel M. Touche et lui-même avaient posé le diagnostic de sclérose en plaques, maladie dont le sujet présentait exactement les signes, mais dont les centres nerveux ne portent aucune lésion. Il s'agit d'une atrophie ponto-cérébelleuse avec dégénérescence presque totale du pédoncule cérébral, sauf le second cinquième interne

et du faisceau pyramidal dans la moelle. Le tremblement intentionnel et le nystagmus ne sont donc pas, comme M. Babinski l'a déjà avancé, pathognomoniques de la sclérose en plaques et ne se produisent dans cette maladie qu'autant qu'il y a de plaques de sclérose sur le cervelet, la protubérance et l'écorce cérébrale, étant donnée la suppléance possible entre l'écorce, le cervelet et les centres labyrinthiques.

Sur un cas de paralysie alterne avec déviation conjuguée de la tête et des yeux.

M. Thomas rapporte l'histoire de ce cas dont la lésion siégeait au niveau du genou du nerf facial. La dégénérescence du faisceau pyramidal était légère au-dessous, par contre la dégénérescence de la substance réticulaire était intense au niveau du noyeau de Deyters, et seulement du côté de la lésion (fibres déjà entrecroisées). L'état des faisceaux dégénérés viendrait en outre à l'appui de l'origine olivaire du faisceau de la calotte.

Tics, stéréotypies, aérophagisme, catatonisme.

MM. Brissaud et Henri Meige, présentent une malade de cinquante-neuf ans, atteinte de mouvements singuliers de la tête, du tronc et des membres. Ces mouvements, à première vue, semblent indescriptibles et n'avoir aucune signification; cependant, il s'agit de tics et de mouvements stéréotypés en relation avec un état mental particulier, obsession nosophobique qui pousse la malade à exprimer par une mimique extrêmement dramatique, les douleurs dont elle se dit atteinte. En réalité, cette malade est incapable de préciser le siège de ses douleurs, qui d'ailleurs ne sont que l'hypertrophie mentale de sensations banales. Les accidents ont débuté par des clignements d'yeux à l'occasion d'une conjonctivite ; celle-ci a guéri ; le clignement a persisté sous forme de tic. Plus tard, sont survenus des mouvements grimaçants du visage, des hochements de tête et toutes sortes de contorsions du tronc et des membres.

Ces mouvements sont tantôt convulsifs, de forme tonique ou de forme clonique, tantôt, ce sont des gestes ou des attitudes stéréotypés non convulsifs ; ils cessent dès que l'attention de la malade est attirée ailleurs ; ils s'exagèrent dès qu'elle parle ou qu'on lui parle de sa maladie. Sensibilité cutanée normale ; les réflexes sont impossibles à trouver, par suite d'un état de raideur presque catatonique des membres ; enfin, cette femme est atteinte d'un tic aérophagique qui se manifeste par des efforts exagérés de déglutition de l'air, suivis d'éructation sonores et inodores.

L'intérêt de ce cas est de montrer la coexistence chez un même sujet, de tics toniques et cloniques avec des mouvements stéréotypés, et enfin, avec des phénomènes de catatonisme.

L'état mental de cette femme est manifestement troublé par des préoccupations nosophobiques, aujourd'hui, tous ses mouvements sont compréhensibles et n'ont qu'un but, traduire ses souffrances — *tics ou stéréotypes mimiques*, — ou bien ce sont *des gestes de défense* pour se protéger contre la douleur.

On peut présager, étant donné l'âge de la malade, cinquante-neuf ans, que son désordre mental et moteur ira croissant ; peut-être même est-elle menacée de tomber dans la démence. Ce jour-là, un observateur, qui n'aurait pas assisté au début des troubles moteurs de la malade, et qui n'aurait pu entendre les explications qu'elle donne de ses gesticulations outrancières, aurait grand peine à les interpréter.

Il en est pourtant ainsi de l'immense majorité des cas de tics et de stéréotypies observés chez les aliénés.

Les psychiâtres, M. Seglas en particulier, ont maintes fois, et avec raison, insisté sur cette pathogénie ; mais les cas où celle-ci apparaît avec évidence sont assez rares encore pour que nous ayons cru devoir en présenter cet exemple.

Micropsie chez un tiqueur.

M. Henry Meige rapporte l'observation d'un garçon de quinze ans, atteint depuis l'âge de sept ans de tic des paupières et de bégaiements, qui présente, en outre, un trouble singulier de l'accommodation. De temps en temps, sans cause, sans avertissement préalable, il voit les objets diminuer de grandeur, et demeurer ainsi plus petits pendant quelques minutes ; puis ceux-ci reprennent leurs dimensions normales. Malgré leur diminution, tous les objets restent parfaitement nets. Cette micropsie ne se produit qu'à la lumière artificielle et surtout lorsque le jeune homme fixe un certain temps un objet.

Des accidents analogues ont été signalés chez des hystériques. Cependant, ce jeune homme ne présente aucun signe d'hystérie.

On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'un *trouble convulsif de forme tonique*, intermittent, localisé sur les muscles de l'accommodation, trouble comparable à ces accidents toniques convulsifs, dont l'auteur a signalé la coexistence ou l'alternance avec les phénomènes convulsifs de forme clonique présentés par les tiqueurs. Il s'agit assurément d'un *trouble fonctionnel de l'accommodation*, et l'on sait que les tiqueurs sont particulièrement aptes à adultérer toute espèce d'actes fonctionnels. On peut dire qu'ils ont autant d'habileté à déformer les actes moteurs que d'autres en ont à les perfectionner. Aussi ont-ils toujours à bénéficier d'une discipline motrice méthodique.

M. Crouzon montre les moelles de *trois cas d'hémorrhagie cérébrale avec ponction lombaire*. Le lique des ponctions était rouge et

nettement sanglant; des suffusions sanguines existent le long des moelles.

Pathogénie du tabes.

M. G. Guillain et P. Marie. D'après MM. Thomas et Hauser, l'origine du processus tabétique serait une névrite portant spécialement sur les racines postérieures et plus dystrophique qu'inflammatoire. D'après M. Nageotte, ce serait un état inflammatoire des racines postérieures à la sortie de l'espace sous-arachnoïdien et faisant suite à une syphilose méningée. Pour MM. Marie et Guillain.

La lésion méningitique est, en effet, constante, elle porte sur la pie-mère de la région postérieure de la moelle, alors que la pie-mère de la région antérieure est indemne. Les lésions des racines ne sont pas des lesions de névrite radiculaire pure, elles sont continues à celles des méninges. Or, M. Guillain a trouvé dans des cas de tabes récent des corps granuleux disséminés dans les cordons postérieurs, plus encore que dans les racines. Cette coïncidence des lésions piemériennes et médullaires est due à un système lymphatique spécial et autonome dévolu à la région postérieure de la moelle et la partie postérieure de sa pie-mère, système lymphatique injectable sur le cadavre et sur l'animal vivant, système rigoureusement postérieur et n'ayant aucune communication avec les espaces lymphatiques de la région antérieure. C'est ce système lymphatique médullo-piemérien postérieur antonome qui est atteint primitivement dans le tabes, et, si l'on admet que les lésions de la syphilis sont avant tout lymphatiques, on peut dire que le tabes à son origine pathogénique est une *lymphangite postérieure syphilitique de la moelle.*

M. Déjerine conserve l'opinion qu'il a émise avec M. Thomas. Cette diffusion de corps, granuleux dans la moelle, est sujette à caution ; elle ne caractérise pas une myélite, mais elle se trouve dans la majorité des cas de cachexie même sans myélite. Les malades de M. Guillain n'étaient-ils pas des tabétiques cachectiques. Dans de tels cas, on trouve de ces corps granuleux même dans la région antérieure de la moelle.

M. Philippe, invité à émettre son opinion par M. Raymond, rappelle les cas extrêmement nombreux de tabétiques d'une part et de syphilis cérébro-spinales d'autre part, dont il a eu à examiner les lésions depuis plusieurs années. De cet ensemble imposant de matériaux, il conclut dans le sens déjà indiqué par les grands maîtres, tels que Vulpian, Charcot, Flechsig, et récemment encore par Erb. Le caractère essentiel et primordial du tabes est d'être par dessus tout systématique, non seulement par sa localisation exclusivement postérieure et radiculaire, mais encore par le choix même des fibres qui sont spécialement touchées dans la moelle et

les racines. Ces fibres sont électivement celles qui vont aux cellules motrices des cornes antérieures. C'est là une loi qui lui paraît irrévocablement acquise. D'autre part, conformément encore aux enseignements de Westphall, Vulpian, etc., la nature de la lésion de ces fibres spéciales dépend d'un processus atrophique sans altérations interstitielles ni vasculaires ; le tube nerveux est atteint primitivement. Inutile d'insister sur la différence énorme entre cet état et le caractère tout à fait diffus des localisations syphilitiques cérébro-spinales simples qui ne sont jamais systématisées ni en aucun sens électives. Les altérations tabétiques comme celles de la paralysie générale sont donc une *classe spéciale de lésions syphilitiques qu'il faut mettre absolument à part.*

M. Marie est d'accord avec M. Philippe sur le point de la systématisation ; mais il revient sur le processus qui détermine ces lésions systématiques et admet que la lymphangite syphilitique suive naturellement les espaces lymphatiques des bandelettes externes, espaces en rapport avec les racines postérieures.

M. Raymond voudrait savoir jusqu'à quel point est réelle la certitude sur ces voies lymphatiques spéciales.

M. Gillain répond que ses expériences et celles de M. Lépine établissent l'existence, les limites et la répartition élective de ce système lymphatique médullaire postérieur (injections de matières colorantes solubles et de granulations colorées insolubles sur le cadavre et sur le chien vivant).

M. Sicard n'a pas obtenu le même résultat avec des injections à l'encre de Chine. Dans l'espace sous-arachnoïdien, la répartition a été uniforme faisant manchon autour de la moelle avec maximum au niveau des racines aussi bien antérieures que postérieures, et diffusion dans l'épendyme. Sous la pie-mère les injections sont restées sur place.

Valeur diagnostique de l'épilepsie spinale.

M. Babinski obtient à volonté la trépidation épileptoïde du pied sur des sujets normaux par le moyen suivant : mettant le pied en demi-extension et faisant raidir les muscles du mollet, il percute un moment le tendon d'Achille. Cela fait, on obtient par le procédé habituel un clonus du pied qui peut durer longtemps selon qu'on a plus ou moins excité le tendon. Il présente à l'appui deux sujets atteints de troubles névropathiques purement fonctionnels et insignifiants sur lesquels le clonus est négatif par le procédé direct et assez intense par contre.

Après percussion du tendon. L'épilepsie spinale n'a donc pas de valeur absolue comme signe de lésion du système pyramidal, le phénomène des orteils est, à ce titre, beaucoup plus important.

M. Raymond a observé, en effet, à la clinique, des faits analogues et des phénomènes cloniques qu'on provoque chez des malades dits neurasthéniques, phénomènes plus ou moins complexes qui ne sont que des semblants d'épilepsie spinale.

Cécité et surdité verbales avec paraphasie par lésion droite du cerveau.

M. Joffroy montre les pièces d'un sujet chez lequel ces symptômes d'aphasie sensorielle étaient dus à une hémorrhagie située dans l'hémisphère droit, entre la 1re et la 3e temporales, et un foyer de méningo-encéphalite adhésive dans la région du pli courbe également à droite. L'hémisphère gauche est entièrement indemne. Touche, Kussmaul et d'autres ont publié deux ou trois cas de lésions droites ayant produit l'aphasie chez des gauchers. Le sujet dont il s'agit ici devrait être un gaucher rectifié.

Trophœdème segmentaire acquis.

MM. Laygnel-Lavastine et Sicard présentent une jeune fille de vingt-huit ans, qui, à la suite d'une entorse, a été atteinte d'un œdème blanc, dur, douloureux, progressif et accompagné d'amaigrissement musculaire, mais sans réaction de dégénérescence ni troubles des réflexes du membre inférieur, s'étendant du pied à la cuisse qu'il est en train d'envahir. Le traitement thyroïdien n'a rien donné. Il s'agit vraisemblablement d'un trophœdème analogue aux œdèmes trophiques congénitaux.

Les troubles psychiques dans la syringomyélie.

MM. Pierre Marie et Georges Guillain. En parcourant les traités de neurologie et les observations publiées, on peut croire que les troubles psychiques n'appartiennent pas à la symptomatologie de la syringomyélie qui, pour tous les médecins, est considérée exclusivement comme une affection de la moelle et parfois du bulbe.

Nous avons cependant observé qu'arrivés à une phase avancée de leur affection, les syringomyéliques présentaient des troubles psychiques dont la valeur pronostique, à notre avis, est importante à connaître. Deux de nos malades, plusieurs mois avant leur mort, eurent des idées de persécution, l'un d'entre eux devient véritablement dément, un autre, quatre mois avant sa mort, eut une psychose érotomaniaque, un quatrième malade eut un délire religieux, il s'est pendu. Nous observons actuellement un syringomyélique qui depuis deux mois à des hallucinations, un état d'excitation cérébrale très spécial.

Les troubles psychiques, dans nos cas, sont apparus dans la

syringomyélie plusieurs mois avant la mort, il nous semblent donc avoir souvent une signification pronostique incontestable. Ils peuvent d'ailleur avoir par eux-mêmes un pronostic grave, puisque un de nos malades s'est suicidé.

Ces troubles psychiqnes ne sont pas sous la dépendance de l'alcoolisme chronique, de l'urémie. de la glycosurie. Ils ne sont pas en rapport avec une maladie infectieuse, ni avec l'hydrocéphalie. Ils appartiennent à la symptomatologie propre de l'affection primitivement médullaire, ils sont un symptôme tardif et probablement plus fréquent qu'on ne l'a supposé dans la syringomyélie.

Contribution à l'étude de l'origine centrale de la paralysie saturnine. Observation avec autopsie.

MM. Cl. Philippe et de Gothard. Un homme de trente-sept ans, fait plusieurs séjours à la Salpêtrière en 1893, 1896, 1900, pour des accidents de paralysie amyotrophique. C'est un peintre-verrier qui a du saturnisme chronique depuis l'âge de vingt-quatre ans (crises fréquentes de coliques de plomb ; accidents d'encéphalopathie, avec accès épileptiformes, sans pertes de connaissance). C'est, en outre, un alcoolique (vin, absinthe, amers). Enfin, depuis de longues années, ce malade tousse aisément et il a des bronchites longues chaque hiver. Sa paralysie a débuté en 1893, arrivant en quelques semaines à abolir à peu près complètement les mouvements des pieds et des mains ; incomplètement ceux des jambes, des cuisses, des bras, des épaules. Un premier séjour à la Salpêtrière (mars, juin 1893), apporte une amélioration considérable à tel point que les mains sont complètement guéries, mais les pieds restent tombants. Surviennent une série de rechutes, avec améliorations de plus en plus incomplètes pendant les années suivantes. A noter de temps en temps quelques phénomènes douloureux (hyperesthésie cutanée; douleurs dans les poignets). A ses derniers séjours, la paralysie amyotrophique est surtout marquée aux extrémités, plus aux mains qu'aux pieds (conservation du long supinateur; — prise à peu près totale des muscles interosseux, etc.). — Réflexes tendineux plutôt exagérés. Réflexes cutanés exagérés. Pas de troubles objectifs de la sensibilité. Troubles oculaires (pupilles inégales avec mydriase gauche ; réflexes lumineux faibles ; réflexes accomodateurs énergiques; fond d'œil normal).

Plusieurs examens pratiqués par M. Huet, en 1893 et en 1896, ont montré des modifications électriques considérables, telles que : R. D. complètes dans le groupe musculaire-antibrachial, sauf le long supinateur, toujours resté indemne, dans tous les muscles de l'éminence thénar, y compris le muscle court adducteur du pouce et le 1er interosseux dorsal; R. D. partielle dans les muscles innervés par le sciatique poplité externe, bien que minime dans le mus-

cle jambier antérieur. Les troubles de la contractilité électrique sont allé en s'aggravant progressivement.

Le malade rentre en mars 1900 avec des signes indéniables de tuberculose pulmonaire à la période cavitaire, dans un état tel que tout examen devient impossible. Il meurt le 13 mars 1900. L'examen histologique, pratiqué à l'aide de toutes les nouvelles techniques (Nissl; Weigert-Pal; Marchi; coupes et dissociations) sur les pièces du système nerveux central et périphérique, démontre avant tout l'existence d'une poliomyélite antérieure subaigue (diminution de nombre des cellules; processus d'atrophie simple et exceptionnellement d'atrophie dite pigmentaire; sclérose des vaisseaux; sclérose névroglique légère), cette poliomyélite a évolué sans méningite, dans toute la hauteur de la substance grise, avec une prédominance marquée pour les renflements, en particulier pour le renflement lombaire et pour la moelle sacrée, en entraînant une dégénérescence secondaire des racines antérieures, fascicules par fascicules. Les cordons postérieurs, le restant de la moelle sont intacts. Les nombreux nerfs périphériques, dissociés ne présentent ni grosses granulations, ni corps granuleux, ni névrite segmentaire périaxile; leurs lésions sont histologiquement parlant d'ordre purement secondaire et dégénératif. Les muscles sont atrophiés sensiblement au prorata des altérations des grandes cellules d'origine.

Cette observation, qui appartient incontestablement à la paralysie saturnine, d'après les descriptions classiques, vient à l'appui de l'opinion des auteurs (Erb, Remak, Valpian, F. Raymond, Oppenheim, Jolly, etc.), qui ont toujours soutenu l'origine centrale de certaines formes de paralysie saturnine, notamment pour la forme généralisée et purement amyotrophique. Elle démontre à nouveau combien le diagnostc clinique de la névrite amyotrophique et de la poliomyélite antérieure reste difficile même à l'heure actuelle.

F. Boissier.

BIBLIOGRAPHIE.

Le dressage dans l'Education, par le Dr A. Bordier, directeur de l'école de médecine et de pharmacie de Grenoble (conférence faite à l'Ecole normale d'instituteurs).

Partant de ce principe que l'instinct est pour l'homme un guide plus sûr qu'une réflexion raisonnée, le Dr Bordier voudrait que l'éducateur s'efforçât de donner à l'enfant l'habitude du bien, afin qu'il en arrive à être brave, honnête et bon, sans avoir besoin de faire intervenir l'effort de la volonté.

Avec Spencer, il ne désespère pas de la venue d'un temps « où l'homme deviendra si organiquement moral qu'il accomplira par instinct, à la manière des fourmis, des actes d'héroïsme et de dévouement ». Plus tard, il sera possible de faire intervenir l'intelligence raisonnée pour faire naître le mérite, mais il faut d'abord l'habitude que crée l'instinct moral.

Cette conception ne peut s'harmoniser avec l'idée d'une morale absolue. Aussi le Dr Bordier considère-t-il la morale comme toujours en devenir; elle évolue avec la société qu'elle a pour but de consolider, et comme elle est avant tout la science de la vie pratique, elle doit bien s'accommoder aux lieux et aux temps. C'est cette morale utilitaire qu'on peut et qu'on doit transformer en instinct, en faisant vivre l'enfant dans un milieu d'êtres déjà dressés et en lui faisant subir la contagion de l'exemple. Il faudra, suivant le même principe, faire disparaître les instincts mauvais et améliorer ceux qui ne concorderaient plus avec les nécessités du moment. Pour ne pas faire entâcher d'utilitarisme outré ces principes de morale, le Dr Bordier estime que cette sorte de dressage ne constitue pas le seul but de l'instituteur; ce dernier devra couronner et compléter son ouvrage en redevenant, une fois son rôle de dresseur terminé, un éducateur intellectuel, en faisant comprendre à ses élèves la valeur morale des habitudes qu'il leur aura données.

Et l'auteur termine par quelques réflexions dont nous goûtons trop la justesse pour ne pas les relever. « Si l'éducateur, dit-il, ne doit être ni médecin, ni biologiste, ni psychologue, il doit cependant apprendre à sentir à quel moment il devra réclamer le secours d'une cure médicale pour obtenir ce que n'a pu donner une méthode éducatrice. Il faut qu'il connaisse suffisamment le domaine exploré par la physiologie et la médecine pour qu'il ait en quelque sorte l'empirisme de ces sciences; alors il substituera aux épithètes de paresseux, d'indolent, de vicieux, celles de lymphatique, d'anémié, de malade en un mot, et au lieu de sévir, il préviendra la famille et le médecin. » Le Dr Bordier ne pouvait mieux dire en s'adressant à de futurs éducateurs.

Que d'enfants seront sauvés de la maladie et peut-être du crime, si ses auditeurs se souviennent plus tard de cette belle conférence !

J. Boyer.

VARIA.

Ecole de psychologie. 49, *rue Saint-André-des-Arts*, 49 (Au siège de l'Institut psycho-physiologique)

COURS DE 1903

L'inauguration des cours a eu lieu le lundi 12 janvier, à cinq

heures, sous la présidence de M. le professeur Giard, membre de l'Académie des sciences, professeur à la Sorbonne. La leçon d'ouverture a été faite par M. Caustier, professeur au lycée Hoche sur *la méthode en psychologie zoologique*.

Hypnotisme thérapeutique. M. le Dr Bérillon, professeur. Objet du cours : 1° La thérapeutique des maladies de la personnalité, les lundis à cinq heures, à partir du lundi 12 janvier ; 2° Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie, les jeudis à cinq heures à partir du jeudi 15 janvier.

Hypnotisme expérimental. M. le Dr Paul Magnin, professeur. Objet du cours : L'hypnotisme chez les hystériques : Les anesthésies, les lundis et les jeudis à cinq heures et demie, à partir du lundi 12 janvier.

Hypnotisme sociologique. M. le Dr Félix Regnault, professeur. Objet du cours : L'hypnotisme dans les religions orientales : Le Coran, les vendredis à cinq heures, à partir du vendredi 16 janvier.

Psychologie normale et pathologique. M. le Dr Paul Farez, professeur. Objet du cours : La pathologie du sommeil naturel : Les insomnies, les mardis et samedis à cinq heures, à partir du mardi 13 janvier.

Psychologie du criminel. M. le Dr Wateau, professeur. Objet du cours : La femme délinquante et criminelle, les vendredis à cinq heures et demie à partir du vendredi 15 janvier.

Psychologie des foules et Folkore. M. le Dr Henry Lemesle, professeur. Objet du cours : Superstitions locales : Les petits pèlerinages, les mercredis, à cinq heures et demie, à partir du mercredi 14 janvier.

Anatomie et Psychologie comparées. M. E. Caustier, agrégé, professeur de l'Université. Objet du cours : L'évolution des sentiments et des fonctions psychiques dans la série animale, les samedis à cinq heures et demie, à partir du samedi 17 janvier.

Psychologie des animaux. M. Lépinay, professeur. Objet du cours : L'éducation et le dressage des animaux, les mercredis à cinq heures, à partir du mercredi 14 janvier.

Conférences de 1903

Au siège de l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, les vendredis à huit heures et demie du soir.

Vendredi 16 janvier, à huit heures et demie, *L'hypnotisme et l'orthopédie morale*, par M. le Dr Bérillon, médecin inspecteur des asiles d'aliénés (avec projections). Vendredi 23 janvier, à huit heures et demie, *La psychologie de l'enfant arriéré et la lutte contre la dégénérescence mentale*, par M. le Dr Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière (avec projections). Vendredi 30 janvier, à huit heures et demie, *Education scientifique et psychologie*, par M. Laisant, docteur ès sciences, examinateur à l'Ecole polytechnique. Vendredi

6 février, à huit heures et demie, *Le caractère dans les maladies : Le tuberculeux, le cardiaque, le dyspeptique*, par M. le Dr Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine. Vendredi 13 février, à huit heures et demie, *L'émotivité morbide : Le traitement psycho-thérapique de la timidité*, par M. le Dr Bérillon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés (avec projections). Vendredi 20 février, à huit heures et demie, *La suggestion collective : La discussion et la propagande*, par M. L. Le Foyer, vice-président de l'Association de la paix par le droit. Vendredi 27 février à huit heures et demie, *La certitude médicale : Influence des Rayons X sur les progrès de la médecine*, par M. le Dr de Bourgade la Dardye, directeur du journal *les Rayons X* (avec démonstrations de radioscopie). Vendredi 6 mars, à huit heures et demie, *Le rôle psychologique de l'officier français*, par M. le capitaine Villetard de Laguérie. Vendredi 13 mars à huit heures et demie, *La psychologie de l'éléphant*, par M. Caustier, professeur au lycée Hoche (avec projections). Vendredi 20 mars à huit heures et demie, *Les causes d'affaiblissement de la volonté : La thérapeutique des aboulies*, par M. le Dr Paul Joire (de Lille).

La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

Hotel-Dieu. — *Maladies du système nerveux.* — M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons cliniques (*Traitement des maladies nerveuses*), le Dimanche 1er février, à 10 heures (Amphithéâtre Trousseau), et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Consultation externe et policlinique, le samedi à 9 h. 1/2 (Salon de la Salle Sainte-Anne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Alombert Goget (J.-G.). — *L'internement des aliénés criminels.* In-8° de 208 pages. J.-B Baillière, éditeur.

Chipault (A.). — *Etat actuel de la chirurgie nerveuse.* T. Ier. In-8° de 800 pages avec 230 figures. Paris 1902. Rueff éditeur. Prix : 25 francs.

Deny (G.) et Roy (P.). — *La démence précoce.* In-18 de 96 pages (Actualités médicales). Prix : 1 fr. 50; J.-B. Baillière, éditeur.

Jennings (Oscar). — *La guérison de la morphinomanie sans souffrance.* In-18 de 232 pages. Prix : 4 francs.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 1-1903.

Vol. XV. Mars 1903. N° 87.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

Nouvelle contribution à l'étude des psychoses post-opératoires;

Par MM. Lucien PICQUÉ et Marcel BRIAND.

La communication que nous avons faite en 1898 à la *Société de Chirurgie* sur les *psychoses post-opératoires* est bien venue à son heure pour montrer tout l'intérêt qui s'attache à cette question. La longue discussion qui a été ouverte devant cette Société a fixé des points importants.

Des thèses ont été soutenues où les auteurs ont envisagé des côtés différents de la question[1], des leçons cliniques[2] sont venues consacrer d'une façon officielle les faits que nous avions indiqués. Des articles divers ont été écrits sur le même sujet[3]. Enfin le rapport important de Rayneau d'Orléans au Congrès d'Angers et la discussion qui en a suivi la lecture, ainsi que la discussion de la *Société de Médecine de Bordeaux* (*Bull. méd.*, 17 juillet 1898) démontrent suffisamment l'importance de ce sujet.

Notre intention en revenant aujourd'hui sur cette question

[1] Thèse de Truelle, 1898. — Thèse Margoliez, 1898. — Thèse Guyot, 1899.

[2] Professeur Joffroy (*Presse médicale*, 19 mars 1898). — Professeur Berger (*Médecine moderne*, 17 juin 1899). — Professeur Duplay (*Presse médicale*, 28 juin 1899).

[3] Callienzis d'Athènes et Montprofit d'Angers (*Ang. Médical*, 1898). — Batigne (*Gaz. des Hôp.*, 3 juin 1899. — Marandon de Monthyel (*Revue de Chirurgie*, 1898). — Maurange (*Gazette hebdomadaire*, 14 avril 1898. — Doléris (*Société obstétricale*, 8 juin 1898. — *Revue de psychiatrie*, août 1898). — Ozenne et Reynier (*Société de médecine et chirug. prat.*, 5 mai 1898). — Gallois (*Bulletin médical*, 1898).

est de montrer le chemin parcouru depuis cette époque, de fixer les points définitivement établis, de discuter ceux qui sont restés en litige, de mettre en lumière certains faits nouveaux à l'aide des documents personnels que nous avons pu recueillir au cours de ces dernières années.

Il nous restera enfin à montrer, en élargissant le problème, quel intérêt il y a pour le chirurgien et pour l'aliéniste à bien connaître les psychoses post-opératoires.

Restant fidèles à la définition que nous en avons donné à la *Société de chirurgie,* nous n'envisagerons sous la dénomination de *psychoses post-opératoires* que les troubles délirants qui se produisent dans la sphère de l'idéation seule.

Quelques auteurs qui ont écrit depuis sur ce sujet ont cru devoir y ranger tous les troubles nerveux qu'on peut observer à la suite des opérations. Maurange, dans un excellent article rempli d'ailleurs d'aperçus judicieux, Gallois dans son article sur l'état mental des ovariotomisées, n'ont pu se mettre en garde contre cette cause d'erreur et quelques-unes des observations qu'ils nous ont citées sont relatives à des neurasthénies simples qui pourraient être, pour certains, rangées dans le groupe qui nous occupe, mais dont nous devons réserver l'étude.

Dans un autre travail[1], nous avons montré que la neurasthénie post-opératoire existe bien réellement, et qu'elle est même fréquente. Nous avons insisté également sur sa valeur pathogénique au point de vue de la production d'un certain nombre de psychoses post-opératoires ; mais si le vrai délire peut naître dans certains cas, comme nous avons essayé de le prouver, d'un état neurasthénique, il est pratiquement préférable de ne pas les confondre et l'on doit les étudier séparément, réservant exclusivement au groupe des psychoses post-opératoires, les cas qui ressortissent à notre définition. Même en envisageant les faits de cette façon, l'accord n'est pas encore parfait parmi les cliniciens.

M. Régis a soutenu au Congrès d'Angers qu'il fallait ranger sous cette dénomination les délires d'intoxication que nous nous étions appliqués à distinguer des vrais délires sous le nom de faux délires post-opératoires.

[1] Picqué et Dagonet. *Neurasthénie post-opératoire* ; Piqué et Dagonet, *Recueil des travaux*, 2e volume, 1902, Masson.

Bien que notre très distingué collègue n'ait pas été, en cette circonstance, suivi par les autres observateurs, nous croyons utile d'insister à nouveau, sur la nécessité de séparer avec soin les deux catégories de délire, en nous servant d'arguments qui nous paraissent convaincants.

Certes au point de vue philosophique, ces deux variétés se produisant à la suite des opérations mériteraient de rentrer dans le cadre des psychoses post-opératoires ; mais cette classification n'est rationnelle qu'en apparence, elle a pour nous le grave inconvénient d'amener en clinique la confusion la plus regrettable en rangeant sous la même dénomination des éléments disparates, d'obscurcir la question de la prophylaxie qui au point de vue chirurgical doit tenir le premier rang, et aussi, de permettre au chirurgien d'échapper à la responsabilité de ses actes.

Nous désirons, avant d'aller plus loin, nous expliquer sur ces deux points. Lorsque nous avons commencé à rechercher dans la science, pour établir le groupe des vraies psychoses post-opératoires, des cas semblables à ceux que nous observions depuis de longues années dans les asiles, nous nous sommes heurtés à un certain nombre de faits d'intoxication septicémique évidente.

Nous avons été amené naturellement à les éliminer puisqu'il ne s'agissait en réalité que de délires transitoires (véritables délires d'hôpital), se terminant rapidement par la guérison ou par la mort, et nous ne pouvions nous résoudre à ranger dans le même groupe, deux variétés de délire qui diffèrent tant, au point de vue de l'étiologie, des symptômes et du traitement.

Si rationnellement il s'agissait bien de délires survenant après une opération, ils différaient tellement de ceux que nous connaissions, que nous ne pouvions évidemment songer qu'à établir deux groupes bien distincts de délires post-opératoires.

M. Marandon de Monthyel, dans son article critique de la *Revue de chirurgie*, a insisté également sur ces différences.

Alors que les premiers sont essentiellement transitoires, et doivent être soignés à l'hôpital, les deuxièmes sont permanents, ou tout au moins d'une durée plus ou moins longue et nécessitant l'internement dans un asile. En fait personne ne niera qu'il y a des opérés délirants après un

traumatisme opératoire qui sont envoyés à l'asile pour y guérir ou pour y rester ; tandis qu'il en est d'autres qui présentent des délires transitoires dus surtout à la septicémie, rarement au chloroforme ou aux autres agents médicamenteux.

On ne doit pas plus les confondre qu'on ne confond les cas de folie puerpérale qu'on amène à l'asile avec des délires puerpéraux transitoires dus à la septicémie. Les unes sont bien des délires d'asile, et arrivent seuls aux aliénistes ; les autres sont des délires d'hôpital. Ne voit-on pas l'intérêt considérable qu'il y a à les distinguer pour ne pas envoyer à l'asile et les traiter comme aliénés, des malades qui doivent guérir à l'hôpital ou y mourir.

L'un de nous a cité ailleurs des cas de délirants d'hôpital venus à l'asile comme aliénés, y mourir parfois rapidement, ou guérir quand il lui avait été possible d'intervenir à temps. Il a eu l'occasion de voir récemment dans un asile, une malade envoyée comme atteinte de psychose post-opératoire puerpérale et qui y est morte au bout de vingt-quatre heures en pleine septicémie puerpérale. Il a relaté d'autre part dans une communication à la *Société de Chirurgie* (1er mars 1898) l'exemple d'un malade envoyé en plein délire fébrile d'un service parisien, chez lequel il a pu reconnaître à temps une suppuration très étendue du genou et qui guérit de sa prétendue psychose par une amputation de la cuisse.

Parfois il est difficile de classer les faits dans l'une ou l'autre de ces catégories. C'est ainsi que dans le cas qu'a bien voulu me communiquer mon excellent confrère le professeur Walther de Gothembourg (Suède) et qui se trouve à la fin de ce travail (obs. IX), il est probable qu'il s'agissait d'un délire infectieux, sans qu'il soit possible de l'affirmer cependant.

Quoi qu'il en soit, cette observation est intéressante à connaître, car elle montre qu'il existe une gradation insensible entre les psychoses post-opératoires chirurgicales et psychoses d'asile post-opératoires ; et la question se complique encore de la doctrine infectieuse appliquée à toutes les variétés de psychoses.

Enfin, on observe souvent, ainsi que l'a démontré M. Magnan, des délires fébriles ou d'intoxications superposés à de véritables psychoses, les uns et les autres survenus consé-

cutivement à une opération; ce n'est qu'après la disparition de l'épiphénomène d'intoxication passagère, qu'on peut découvrir la coexistence d'une folie durable.

Les délires d'asiles, les vraies psychoses post-opératoires selon nous, celles que M. Marandon de Monthyel désigne plus spécialement sous le nom de folie post-opératoires pour les distinguer des délires transitoires précédemment étudiés ne sont pas par contre admis par tous les auteurs.

Notre distingué collègue de Bordeaux n'admet pas cette catégorie et il s'est prononcé formellemenî sur ce point au Congrès d'Angers. Nous tenons tout d'abord à répéter ce que l'un de nous a écrit dans un article du *Bulletin médical* (14 septembre 1898), que les malades auxquels il était fait allusion n'étaient pas des aliénés chez lesquels des opérations ont été pratiquées; mais des malades qui ont été opérés à l'hôpital et qui ne sont venus à l'asile que parce qu'ils ont présenté après l'opération des troubles cérébraux persistants.

Dans une première communication à la *Société de Chirurgie*, l'un de nous [1] avait présenté ces malades sans étiquette en se bornant à montrer que cette catégorie existe réellement. A la question posée : l'opération a-t-elle chez eux engendré le délire ? Chirurgiens et aliénistes ont répondu.

Les chirurgiens se sont appliqués à démontrer chez leurs opérés l'existence de psychopathies antérieures ou de prédispositions héréditaires.

Quant aux aliénistes, ils ont fixé définitivement ce point culminant de la question. M. Truelle, disciple distingué de M. Magnan, a indiqué que de toutes les causes indiquées pour expliquer l'apparition de la psychose post-opératoire, une seule était réelle et efficiente, à savoir la prédisposition héréditaire ou acquise.

M. le professeur Joffroy a soutenu la même opinion dans son intéressante leçon clinique. La plupart des aliénistes d'ailleurs déclarent que les malades qui délirent après les opérations sont des prédisposés vésaniques « dont le cerveau était en quête d'une occasion de délirer (*Marandon*) » et c'est encore là une raison de séparer ces formes de la forme

[1] M. Lucien Picqué. *Soc. de chirurgie*, 1897.

infectieuse ou septicémique où la prédisposition vésanique ne paraît pas nécessaire à certains aliénistes.

Voilà un point qui paraît solidement et définitivement établi, et tous les les cas survenus, chez des sujets indemnes de toute prédisposition héréditaire ou acquise, doivent être tenus pour suspects.

La malade G... (obs. I) était nettement une prédisposée ; il en était de même de la malade H... (obs. II).

Le premier malade de M. Dubousquet (obs. VI), présentait très nettement une dégénérescence mentale avec hystérie. La deuxième du même auteur était hypochondriaque (obs. VII).

Dans le cas de M. Vigouroux (obs. V), nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents héréditaires, et il en est malheureusement de même dans un certain nombre d'observations, et si nous avons cité un de ces cas, c'est pour bien montrer qu'il ne faut pas conclure de la présence de troubles après une opération, à l'existence d'une psychose post-opératoire vraie. Dans l'observation qui nous a été communiquée par M. Mignot, chef de clinique de la Faculté (obs. VIII), nous avons peu de renseignements sur l'histoire de la malade. En tout cas, il s'agit d'une débile et le délire post-opératoire s'explique aisément.

Ces observations viennent confirmer d'ailleurs celles publiées dans une deuxième communication [1]. Même dans les cas publiés par l'un de nous, où les troubles psychiques se sont greffés sur un état neurasthénique post-opératoire, il est évident que là encore, on ne saurait nier l'influence de ces prédispositions héréditaires ou acquises.

Dans un mémoire, l'un de nous a dit que les psychoses post-opératoires étaient une légende. Or, il a voulu viser les auteurs qui ont prétendu que l'opération pouvait à elle seule produire la psychose.

La psychose post-opératoire en elle-même est un fait qu'on ne saurait nier ; ce qui est une légende, c'est la doctrine de certains qui admettent le pouvoir qu'aurait l'opération de créer seule la psychose, puisque nous savons aujourd'hui, grâce à de nombreux travaux, que cette variété de psychoses ne peut se produire que chez les dégénérés ; nous

[1] Faite à la *Société de chirurgie*, du 2 mars 1898.

aurons à tirer de ces faits des enseignements importants au point de vue chirurgical.

Déjà en 1887, dans un travail intéressant lu à la *Société médico-psychologique* [1], M. Charpentier réservait son premier groupe aux idées morbides pouvant aller jusqu'au délire chez les traumatisés ou les opérés ; et, dès cette époque, l'auteur en appelait aux chirurgiens, leur demandant de rechercher les antécédents héréditaires. Il y voyait l'occasion de reprendre, pour le compte de la diathèse névropathique, les idées de Verneuil sur le réveil des diathèses.

Mais de ce que l'acte opératoire ne joue qu'un rôle occasionnel, au même titre qu'une perturbation physique ou morale quelconque, faut-il rejeter comme Régis cette classe de psychoses, ou les appeler comme M. Truelle « psychoses, dites post-opératoires » ? Je ne le crois pas pour ma part, malgré le peu de fixité des symptômes de la marche, du pronostic et du traitement.

La prédisposition héréditaire peut réagir selon un mode particulier à chaque cerveau et produire, comme nous le verrons plus loin, une forme de délire différente selon les cas.

L'importance de la donnée étiologique d'une part, les conséquences prophylactiques qui en découlent d'autre part, sont telles, que se trouve suffisamment justifiée, au point de vue pratique, la classe des psychoses post-opératoires.

Les malades qui en sont atteints avaient jusqu'alors échappé, grâce à des circonstances heureuses, à toute perturbation physique ou morale. Une seule paraît avoir agi : l'opération, et c'est cette opération qui a été véritablement le point de départ de la psychose.

Pourquoi vouloir la supprimer? Qu'on la fasse rentrer dans les psychose de dégénérescence, la chose va de soi, et le chirurgien ne pourra que se féliciter que les aliénistes aient fixé ce point de la question.

Il reste à trouver quelles sont les tares physiques ou les stigmates psychiques, suivant le mot si heureux de M. Magnan, de la dégénérescence mentale qui permet de penser que tel prédisposé pourrra délirer consécutivement à un traumatisme opératoire. En attendant, il suffira au chirurgien

[1] *Les idées morbides et les délires de persécution.*

de savoir que chez une classe de dégénérés, l'opération peut conduire à une psychose. Nous verrons plus loin que cette donnée bien connue de lui, lui permettra de restreindre de plus en plus le chapitre des psychoses en s'abstenant d'opérer certains malades.

M. Régis pense que dans ces conditions on doit invoquer une coïncidence. On pourrait alors se demander à bon droit, avec M. Marandon, pourquoi cette coïncidence ne serait pas invoquée lorsque la psychose apparaît chez un dégénéré à la suite d'une perturbation quelconque.

A titre de coïncidence, nous pouvons citer, d'ailleurs, l'observation du malade du Dr Legrain et qui se trouve à la fin de ce mémoire (obs. IV).

Un malade opéré de cure radicale présente quelques troubles psychiques après son opération : sa femme interrogée raconte qu'il avait présenté déjà quelques symptômes avant son opération. Quoi qu'il en soit, le malade devient paralytique général.

Il est certain que l'opération n'a pu produire une paralysie générale, c'est-à-dire une maladie à lésions anatomiques bien caractérisées. Tout au plus peut-on se demander si l'opération n'a pas fait éclater les symptômes cliniques jusqu'alors latents. Les mêmes réflexions peuvent être faites pour la malade Q... (obs. III).

Les opérations gynécologiques prédisposent-elles plus que d'autres, à l'éclosion du délire post-opératoire ? C'est un point qui, à diverses reprises, a exercé la sagacité des observateurs et qui aujourd'hui peut être considéré comme définitivement tranché. A part Ollier et Ledentu, qui au cours de la discussion que j'avais soulevée en 1898 à la Société de Chirurgie ont affirmé ce rapport de causalité, tous les chirurgiens sont unanimes à déclarer que l'intervention dans la sphère génitale de la femme ne prédispose pas plus à la psychose post-opératoire qu'aucune autre opération.

Déjà en 1891, les chirurgiens qui avaient pris part à la discussion du Congrès de chirurgie étaient arrivés à la même conclusion.

La confusion trop fréquente entre la neurasthémie simple et les psychoses délirantes est une des raisons qui ont probablement conduit les auteurs à admettre cette relation. On voit souvent des états neurasthéniques réveillés à la suite

d'interventions chirurgicales et comme le nombre des opérations pratiquées dans la zone génitale de la femme est aujourd'hui considérable, il semble que cette intervention y prédispose particulièrement ; mais comme, d'autre part, des troubles analogues se présentent aussi bien chez l'homme que chez la femme à la suite des opérations les plus diverses, on n'est pas autorisé à affirmer que les opérations abdominales chez la femme les prédisposent plus que d'autres aux vraies psychoses post-opératoires.

Les symptômes de la psychose post-opératoire sont des plus variables.

C'est en s'appuyant d'ailleurs sur cette variabilité des symptômes que quelques auteurs se refusent à grouper à part les psychoses post-opératoires ; aucun ne s'est d'ailleurs appliqué à fournir des arguments très décisifs en faveur de la suppression des psychoses post-opératoires. Il y avait néanmoins dans leur étude des notions bien précieuses à acquérir au point de vue des indications et contre-indications opératoires chez les aliénés.

Dans l'étude symptomatologique des psychoses post-opératoires il convient tout d'abord d'éliminer les formes qui ressortissent à des lésions anatomiques bien définies ; on ne saurait évidemment y faire rentrer le cas du malade cité plus loin et devenu paralytique général après l'opération ; il l'était probablement avant et on ne doit voir dans ce fait qu'une simple coïncidence. Tout au plus pourrait-on penser que l'intervention chirurgicale a réveillé une symptomatomatologie jusqu'alors latente ?

A quelle cause attribuer la variabilité des formes délirantes que l'on peut observer à la suite des opérations ? C'est la forme variable de la mentalité ou de la prédisposition qui crée la forme de la psychose, tout comme la variété de l'agent toxique crée les variétés du délire d'intoxication. Chez telle malade hystérique qui a présenté autrefois des accès de manie, l'acte opératoire pourra développer une psychose revêtant la forme de la manie hystérique. Chez telle autre, la psychose prendra les allures d'un délire de persécution dans lequel ne manqueront pas d'entrer parents et opérateurs qui auront sollicité ou pratiqué une opération dans le but de nuire au malade. Chez tel malade, l'opération pourra, par la perte de sang ou les préoccupations morales, détermi-

ner de la dépression mélancolique ou un véritable accès de délire mélancolique.

La nature même de l'opération pourra avoir sur l'opéré une influence déterminante, quant à la forme de la psychose. Les opérations pénibles, la perte d'un membre, du sein chez la femme, l'anus contre nature ou la fistule urinaire hypogastrique, les opérations entravant la puissance génésique de l'homme, engendrent plus particulièrement les formes mélancoliques. Et si ces formes sont fréquentes à la suite des opérations, ce n'est pas tant parce qu'elles constituent les formes les plus ordinaires de l'aliénation, que parce qu'elles sont provoquées par une catégorie spéciale d'opérations. Nous en avons constaté un grand nombre de cas, publiés ailleurs.

Il faudrait donc, pour expliquer les différences symptomatiques si considérables que l'on observe dans les psychoses post-opératoires, tenir compte de l'âge, des antécédents héréditaires, des formes de troubles mentaux présentés par la malade, surtout aussi du degré de prédisposition, enfin, de la nature, de l'importance et du siège de l'opération pratiquée, ainsi que des suites opératoires. Sous ce rapport, l'un de nous a eu l'occasion de voir récemment une malade, depuis longtemps hypochondriaque et mélancolique, présenter à la suite d'une hystérectomie abdominale qui avait demandé de longs mois à guérir, une crise de mélancolie aiguë avec tendance au suicide, qui disparut brusquement dès que la malade put se lever.

Le diagnostic découle des considérations qui précèdent. On ne se contentera pas de considérer comme psychose post-opératoire tout trouble de l'idéation pouvant succéder à une opération. Déjà en 1898, dans une première communication à la *Société de Chirurgie* (*Bull.*, 1er mars 1898), nous avions demandé qu'on éliminât de ce cadre les psychoses d'ordre médical pur, dépendant d'une affection antérieure du sujet, ainsi que des délires toxiques et médicamenteux.

L'expérience nous ayant démontré, depuis qu'on peut observer à la suite d'opérations l'apparition de maladies jusque-là méconnues, comme la paralysie générale, par exemple, dont le début réel remontait plus ou moins loin avant l'opération, il convient également d'en faire le départ.

De la sorte, on se trouve amené à n'avoir plus à considérer que deux délires post-opératoires : le délire septicémique et le vrai délire vésanique (délire d'Asile, proprement dit).

Cette distinction étant d'ailleurs justifiée par les considérations précédentes, il suffira, dans chaque cas du premier groupe, de rechercher l'existence du foyer infectieux causal.

Dans certains cas le foyer a pu exister, mais a diparu presque complètement : une observation du professeur Walther, de Gothemberg, nous montre la difficulté de classer ces variétés intermédiaires et l'on doit se demander si dans ce cas la forme même du délire ne pourrait pas fournir une indication utile. La confusion mentale que l'on tend à considérer aujourd'hui comme caractéristique d'un délire infectieux pourrait dès lors constituer un élément précieux de diagnostic. Quoi qu'il en soit, cette distinction est indispensable à établir pour le pronostic et le traitement.

Le *pronostic* diffère naturellement selon la variété du délire.

Dans le mémoire déjà cité (1er mars 1898) l'un de nous citait le cas d'un malade envoyé dans un asile pour un délire post-opératoire et qui guérit par l'amputation de la cuisse.

Depuis cette époque, il en a observé bien d'autres cas, et pense que, hormis les cas de septicémie généralisée, la guérison peut être considérée comme la règle.

Il en est tout autrement dans les cas de psychoses vraies post-opératoires qui relèvent de l'aliéniste seul. Là, cependant, il est encore nécessaire d'établir des catégories. Dans les variétés mélancoliques dépendant d'infirmités curables, le pronostic est relativement favorable et susceptible d'être amélioré par l'intervention chirurgicale. Dans les autres cas, il est absolument variable et dépend entièrement du degré de la prédisposition héréditaire ou acquise du malade.

Les considérations qui précèdent nous permettent d'être bref sur le *traitement* des psychoses post-opératoires.

Dans les formes septicémiques, l'indication est très nette. Rechercher le foyer infectieux et se comporter suivant les cas. Dans la psychose vraie, remplir l'indication chirurgicale chaque fois qu'elle se présente ; lorsque le trouble mental semble étroitement lié à la lésion. Or, les indications peuvent être nombreuses, car toute la chirurgie, ainsi que l'un de nous a eu souvent l'occasion de le voir, peut trouver

son application : tantôt, à la suite d'opérations, ce sont des ankyloses (chirurgie orthopédique), tantôt des fistules urinaires ou stercorales (chirurgie réparatrice). Tantôt des perforations de la voûte palatine, parfois les maladies des yeux, de l'oreille, du nez, et qui peuvent se guérir à la suite d'une nouvelle intervention.

De l'étude précédente nous pouvons tirer les conclusions suivantes ;

1° Sous la dénomination de psychoses post-opératoires, on ne doit comprendre dans la pratique que les troubles qui se produisent dans la sphère de l'idéation. Cette définition est indispensable pour séparer de ce groupe d'autres manifestations avec lesquelles les psychoses ont été abusivement confondues. La neurasthénie post-opératoire doit en être rigoureusement séparée et constituer un chapitre à part ; elle ne présente d'intérêt que comme élément pathogénique possible des psychoses.

2° Dans ce groupe ainsi délimité, on doit écarter les délires d'intoxication ou en former un chapitre à part. Si au point de vue nosologique pur, le rapprochement peut être soutenu, il ne saurait être de même dans la pratique. La réunion de ces deux variétés de psychoses vient obscurcir la question au point de vue de la prophylaxie de la symptomatologie, du pronostic et du traitement.

Les délires infectieux sont des délires transitoires qui doivent guérir à l'hôpital spontanément, ou après une intervention chirurgicale. Les envoyer à l'asile, comme on le fait malheureusement trop souvent, c'est leur imposer une séquestration inutile et les éloigner du milieu chirurgical où ils peuvent guérir. Les vrais délires post-opératoires, au contraire, sont des délires permanents qui ne peuvent être traités qu'à l'asile.

La pathogénie de ces délires varie dans les deux groupes. Dans le premier, le délire est, ainsi que nous venons de le dire, exclusivement sous la dépendance de l'infection et peut guérir par la suppression du foyer. Le cerveau peut, comme certains aliénistes l'ont soutenu, ne présenter dans ces cas aucune prédisposition héréditaire ou acquise.

Dans le deuxième, cette prédisposition constitue la principale cause efficiente (*Magnan et Truelle*).

Si dans certains cas, comme nous l'avons montré dans un

précédent mémoire (Picqué et Dagonet, *Recueil des Travaux*, 2e volume), la psychose peut se greffer sur un état neurasthénique, elle reste, même dans ce cas, tributaire de la mentalité des prédisposés.

La symptomatologie est très variable et dépend surtout de l'âge du malade, des antécédents héréditaires, du degré de la prédisposition, de la forme des troubles mentaux présentés antérieurement par les malades ; enfin, de la nature de l'opération pratiquée. Ce sera l'œuvre de l'avenir de déterminer d'avance les symptômes de chaque psychose, d'après les éléments précédemment indiqués.

Mais il reste encore des affections mentales coïncidantes dont la confusion, avec les psychoses post-opératoires, augmente encore cette prétendue variabilité des symptômes. Nous en avons montré des exemples.

Quoi qu'il en soit, cette variété apparente dans les symptômes ne doit pas d'ailleurs conduire, comme certains l'ont prétendu, à la suppression pure et simple du cadre nosologique, de cette variété de psychoses. Il suffit de la rattacher, conformément à la donnée pathogénique, aux psychoses de dégénérescence, dont elle constitue une variété qu'il importe au chirurgien de bien connaître.

Le diagnostic des formes est important à établir, puisqu'il conduit à des considérations utiles au point de vue du pronostic et du traitement. Presque toujours bénin dans les formes infectieuses locales, justiciables d'une intervention chirurgicale, il devient plus réservé dans les psychoses vraies. Mais là encore, le chirurgien peut rencontrer un nombre considérable de cas, où une opération pourra mettre fin aux troubles cérébraux.

Enfin, en terminant et comme conclusion générale, nous devons insister sur l'intérêt considérable qui s'attache à l'étude des psychoses, aussi bien pour le chirurgien que pour l'aliéniste.

Si elles existent réellement, telles que nous le comprenons, on doit tenir pour erronée l'opinion des auteurs qui, pour des raisons exposées ailleurs, les considèrent encore comme produites de toutes pièces et directement par l'acte opératoire.

Pour les chirurgiens, leur pathogénie est intéressante à connaître puisqu'en la connaissant davantage ils pourront

diminuer le nombre de ces psychoses en évitant d'opérer certaines catégories de prédisposés et en n'envoyant à l'asile que les cas qui ne relèvent pas de l'infection (voir thèse Mallet).

Pour l'aliéniste, la connaissance exacte des formes de la psychose le conduira à solliciter l'intervention du chirurgien dans les cas où elle reconnaîtra une origine infectieuse.

Observation I (communiquée par M. le Dr Febvré, médecin en chef de Ville-Evrard).

G..., trente-six ans, israélite, institutrice. Entre dans le service du Dr Febvré avec un certificat du Dr Séglas, daté du 15 mars 1899.

Atteinte de troubles intellectuels survenus brusquement à l'occasion d'une opération, d'ailleurs légère et sans gravité, les troubles intellectuels se caractérisent aujourd'hui par des idées hypocondriaques de décomposition des tissus, d'altération, de non existence des organes et surtout par l'idée fixe, incessante d'une mort prochaine et certaine.

Depuis quelques jours, la malade refuse même les aliments, se confine au lit et reste en proie à une agitation anxieuse continuelle, entrecoupée de soupirs, de larmes, de gémissements, de lamentations. Il n'existe pas de signes physiques contestables, tels que troubles pupillaires, tremblements de la langue, des lèvres, etc.

A son entrée dans le service, nous retrouvons tous les symptômes signalés dans le certificat de mélancolie anxieuse avec idées hypochondriaques « elle prie la mort » et idées de négation. Pendant vingt-quatre heures elle refuse les aliments, ne se décide ensuite que par crainte de la sonde. A ce moment, l'état physique est très précaire, elle est pâle, amaigrie, sans forces ; la langue est sèche, la soif est ardente ; pas de fièvre. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le mari interrogé nous fournit les renseignements suivants :

Le père de la malade, de constitution délicate, supporte très mal la boisson et s'enivre assez souvent ; il vit encore ainsi que sa femme et ont tous deux soixante-quinze ans. La malade a deux frères et une sœur très normaux. Une cousine est imbécile. Notre malade était très exaltée mais gaie et active ; elle a eu quatre enfants et deux fausses couches, la dernière survenue à la suite d'une chute était de deux mois, il y a six mois de cela.

Depuis cette fausse couche, elle a eu des métrorrhagies très abondantes et si répétées qu'elle a fini par garder le lit et par entrer à l'hôpital pour être curetée. Cette opération l'effrayait énormément, et de plus, par trois fois elle a été préparée à la subir, quant au dernier moment, des circonstances imprévues la faisaient remettre au lendemain

Quelques jours apres ce simple curetage, les troubles mentaux apparaissent.

Le 20 mars, M. le Dr Picqué trouve l'utérus dans l'axe ; rien aux annexes, col largement déchiré, la déchirure se prolonge à gauche jusque dans le cul-de-sac, lèvre postérieure du col augmenté de volume. Dans les premiers jours d'avril, on note une amélioration très rapide de l'état mental et de l'état physique ; la malade engraisse.

Le 20 avril, rechute. Les idées hypocondriaques sont moins nettes, ainsi que les idées de négation, mais les idées de culpabilité se surajoutent ; elle est cause de sa fausse couche, elle est indigne de vivre.

Comme le Dieu des chrétiens, elle va mourir sur la croix, elle l'a lu dans les journaux. Elle reconnait de ses parents parmi les malades. Des hallucinations menaçantes de l'ouïe la terrifient. Elle fait une tentative de strangulation.

Le 28 septembre 1899, la malade toujonrs émotive, pleure dès qu'on l'interroge. Les préoccupations hypocondriaques et les idées de négation ont disparu ; « je croyais être malade, c'était des idées... quand on n'a pas de cerveau, pas de cœur on ne peut pas vivre.

Les idées de culpabilité persistent. « Elle n'a pas été sage avant de se marier, ce n'est pas de sa faute, c'est la misère qui l'a poussée. Elle a aussi des idées de ruine, on l'abandonne, son mari, ses enfants, on va bientôt la guillotiner, la crucifier, elle l'a lu dans les journaux. On va la prendre à la place de Dreyfus, qui, lui aussi, est innocent ; c'est parce qu'elle est juive, on le lui dit assez d'ailleurs. »

Les idées de persécution sont plus nettes ; elle accuse de tous ses maux une certaine Lina ; alors elle cesse de pleurer, s'excite, se met en colère.

Mais toutes ces idées délirantes sont mal coordonnées, mal systématisées comme s'il y avait de l'affaiblissement intellectuel.

La malade fait en outre des erreurs de personnalité : elle croit reconnaître sa belle-mère dans une des malades, ses enfants dans ceux qui jouent dans les jardins ; elle dit elle-même que ce ne sont pas là les traits de ses enfants, de ses parents, mais ce sont eux quand même, et certainement, elle ne peut se tromper. « Elle sent là ses enfants comme le chien sent son maître. » Les sentiments affectifs sont toujours très marqués. L'état physique est excellent.

Réflexions. — Il s'agit d'une observation très nette au point de vue mental. La malade n'était avant l'opération qu'une simple exaltée non délirante. Elle présenta aussitôt après l'opération un délire mélancolique avec des idées de

négation, des hallucinations et des idées de suicide. Elle était d'ailleurs prédisposée à la folie ; car une cousine était aliénée et le père alcoolique.

Observation II (communiquée par M. le Dr Febvre, médecin en chef de Ville-Evrard).

H..., quarante-huit ans, couturière, est entrée dans le service de M. le Dr Febvre, le 30 juin 1899. Le père était normal ; la mère est morte d'un cancer, s'enivrait. La malade a eu à l'âge de dix-neuf ans une fièvre typhoïde. Mariée, elle a eu trois enfants, dont un est mort de convulsions. Toujours elle a eu des migraines et a présenté à quelques mois d'intervalle une paralysie faciale du côté droit et une hémiplégie du côté gauche.

Depuis quelque temps, elle était affligée de métrorrhagies abondantes et rebelles, et les premiers jours de mars elle a dû cesser tout travail à cause de sa faiblesse. Elle souffrait en outre de la constipation, dormait mal et son caractère était devenu méfiant et irritable.

A la fin de mai, elle entra dans un service où l'on décida l'ablation d'un fibrome par la voie abdominale.

La malade, qui avait déjà en terreur d'entrer à l'hôpital s'effraya encore davantage à l'idée de l'opération. *Environ* trois semaines après celle-ci, les troubles commencent, elle croit que ses voisines de lit, des gamines l'insultent, l'obligent à boire du thé, la persécutent ; son thé était du rhum, elle l'a bien senti, aussi elle est obligée de crier, de faire du bruit, d'empêcher chacun de dormir.

H... ne raconte ces détails que quinze jours après son entrée à l'asile. A son arrivée, elle est dans un état d'obnubilation intellectuelle qui empêche tout interrogatoire suivi. Elle semble comme endormie et il faut insister et la secouer pour obtenir une brève réponse. « Causer me fatigue ». Par moments, la mémoire lui échappe, puis revient. Quelques vagues idées de persécution se manifestent ; elle a des préoccupations hypocondriaques et des hallucinations auditives : « On lui dit qu'elle ne reverra jamais son mari, ni ses enfants, qu'il faudra encore l'opérer ».

Le 17 juillet, on note que le délire a disparu, mais l'intelligence est restée quelque peu affaiblie ; la mémoire présente des lacunes. L'état physique commence à s'améliorer ; mais la malade est toujours très anémiée, très affaiblie.

30 juillet. Le placement étant volontaire le mari emmène sa femme, d'ailleurs en convalescence.

Réflexions. — Il s'agit dans cette observation d'une malade méfiante avant l'opération, et très certainement déjà persécutée. Il est regrettable que les antécédents alcooliques

ne soient pas précisés et que d'autre part le diagnostic de la confusion mentale n'ait pas été discuté.

Observation III (communiquée par M. le Dr Boudrie, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche).

Q... (Félicie), née le 8 octobre 1858, à Paris.

Renseignements fournis par la malade. — Antécédents héréditaires : Père et mère d'origine normande. Père mort à soixante-trois ans de cachexie cancéreuse (cancer de l'estomac). Pas de troubles mentaux. Mère morte à soixante-treize ans, cardiaque, tombait fréquemment en syncope. Est morte hémiplégique et aphasique. Pas de troubles mentaux. Une sœur aînée encore vivante, cinquante-trois ans, cardiaque. Une sœur morte à quarante-sept ans de broncho-pneumonie. Un frère mort à vingt-cinq ans après pleurésie tuberculeuse. Aucun n'a été atteint de troubles mentaux.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, n'a jamais eu d'attaques, ni aucune maladie infectieuse dont elle ait gardé souvenir. Quelques angines. A partir de la mort de son père survenue quand elle avait dix-neuf ans, la malade dut subvenir à la vie de sa mère et se surmena. Elle eut, en outre, à soigner sa sœur (broncho-pneumonie) et son frère (pleurésie tuberculeuse). Sa sœur et son frère moururent à onze jours d'intervalle (décembre 1889 et janvier 1890). A partir de ce jour, la malade s'est sentie physiquement affaiblie.

En 1895-96, un train où elle se trouvait ayant été tamponné, elle crut avoir reçu des lésions internes et se fit examiner par le Dr Thoinot de l'Hôtel-Dieu. Les règles qui se produisaient au moment de l'accident, furent suspendues, puis reprirent au bout de quelques jours.

A partir de ce moment, la malade devint irritable, émotive, prompte à s'effrayer; par exemple, elle ressentit une grande émotion quand elle se présenta au Dr Thoinot et une forte émotion quand elle entra au Palais de Justice, un jour où elle l'y rencontra. Elle avait de fréquentes insomnies.

Histoire de la maladie. — La malade fut opérée le 24 mai 1897, pour un polype du vagin, cause d'hémorragies répétées et pour une fistule vésico-vaginale (?). Elle était très anémiée, et de plus encore affectée, dit-elle, par la mort de sa mère survenue quatre mois auparavant ; puis, par la maladie de sa sœur aînée, cardiaque, souffrant d'hémorragies nasales, et à qui elle avait dû cacher la mort de sa mère.

La malade raconte que sous le chloroforme, elle croyait sentir

sa tête emportée par un train. L'opération dura une demi-heure et ne fut pas suivie de vomissements. Pendant les premiers jours après l'opération, la malade ressent des fourmillements, qu'elle compare à l'action d'un poison sous la peau et qu'elle explique par « le retour du sang ». Il lui semble que ses nerfs « se rétractent vers leur racine, et les doigts avec et les bras aussi.

Du mois de mai jusqu'au mois de septembre la malade doit rester couchée, elle dormait peu, et fut prise de délire mélancolique avec idées de persécution. Elle se trouvait à elle-même « un air étrange », elle refusait sa nourriture, parce qu'elle lui semblait être de la chair humaine et parce que « ce n'était pas la peine de se nourrir. » Elle fait une tentative de suicide parce que, dit-elle, sa mémoire s'effaiblissait et qu'elle se sentait incapable de travailler; elle absorbe du laudanum (septembre 1897. Elle avait aussi essayé de se tuer en se frappant la tête et les tempes avec un marteau.

Toutes les personnes qu'elle apercevait lui semblaient hostiles, la regardaient de travers et causaient d'elle. Parfois en marchant, elle se sentait poursuivie. Elle soupçonne une certaine personne qu'elle a rencontrée souvent, mais dont elle ne sait même pas le nom, de vouloir sa mort. Elle apercevait, tantôt des foules en circulation, tantôt divers personnages causant avec elle, ou entre eux, de choses diverses; mais jamais d'elle-même. Pas d'hallucinations du sens génésique, pas d'idées délirantes obscènes.

Le 21 septembre 1897 elle fut internée à Vaucluse et resta couchée à l'infirmerie jusqu'en février 1898. Pendant tout ce temps, on dut l'alimenter à la sonde· Elle gâta pendant quelques jours. Elle dormait peu.

Depuis cette époque, très améliorée, passée dans un quartier de tranquilles (2e quartier) elle ne délire plus en paroles, et se défend d'avoir, actuellement, aucune des idées d'autrefois.

Etat somatique (mars 1899). — Grande, blonde, teint, aspect lymphatique : cardiaque, insuffisance mitrale.

Mydriase permanente, très prononcée à droite; pas de signes d'hystérie. Signification, non encore élucidée; paralysie générale probable.

Réflexions. — Il est regrettable que le diagnostic de paralysie générale probable posé à la fin de l'observation n'ait pas été établi sur des bases plus solides. Il s'agit plus vraisemblablement d'un délire mélancolique avec une petite pointe d'alcool. Il eut été intéressant de rechercher si les élucubrations délirantes devaient être attribuées à l'accident de chemin de fer ou à l'opération.

On peut, en effet, admettre que le traumatisme a été, plutôt que l'opération, le point de départ du délire.

OBSERVATION IV (communiquée par M. le Dr LEGRAIN, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard).

M... Jean-Baptiste, quarante-sept ans, tailleur de cristaux.

Renseignements fournis par la femme: Antécédents héréditaires. Père, mort à soixante-dix ans, traumatisme cranien. — Mère, morte de fièvre typhoïde, cinq ans après la naissance du malade. — Un frère aîné, cinquante ans. « Boit comme un suisse et n'est jamais malade ». Garçon de lavoir, marié, deux enfants bien portants. — Autres antécédents, inconnus. — A... P... Aucune maladie d'enfance.

Il y a une quinzaine d'années était sujet à des « étourdissements », « le sang lui montait à la tête et il devenait tout bleu ». Cependant, lors de ses attaques, il ne perdait pas connaissance. Jamais d'attaques épileptiformes, jamais de morsure à la langue.

Il lui est arrivé une fois seulement d'uriner dans son pantalon un jour qu'il avait bu. Jamais d'incontinence nocturne, de même jamais de bizarrerie de caractère; il n'était pas joueur. Peu porté sur les plaisirs sexuels. A aucun moment le malade n'avait présenté de tendance à la mélancolie, toujours d'un caractère gai et expansif.

Habitudes de boissons. — Le malade marié depuis vingt-huit ans avait toujours été un grand buveur jusqu'à ces dernières années : « sitôt qu'il avait quatre sous, c'était pour régaler tout le monde ». Il buvait de tout (vin absinthe, goutte, etc.), et on le trouvait toujours chez le marchand de vin. « Cependant, dit la femme, depuis, trois ans, il ne buvait presque plus sur les conseils de son médecin.»

Habitudes de boissons avouées par le malade à l'entrée. — (14 mars 1898). Vin rouge 2 litres. Cognac une ou deux fois par jour. Absinthe, une ou deux fois par jour. Jamais de vulnéraire.

Histoire de la maladie. — Le malade était affecté d'une hernie inguinale depuis sa jeunesse. Cette hernie ne devait pas être très gênante au début, car elle n'avait pas empêché M... de servir dans la mobile en 1870.

Devant l'apparente bénignité de son affection, M... avait toujours refusé de se laisser opérer ; mais depuis trois mois, il avait cessé son ancien bandage qui lui allait bien et comme il n'avait plus retrouvé, depuis lors, de bandage convenable, la hernie mal contenue avait augmenté de volume et était devenue le siège de vives douleurs.

Les premiers troubles mentaux remontent déjà à dix-huit mois environ. M... n'était plus bien; il était devenu maussade, s'ennuyait, voyait tout en noir et pleurait souvent sans motif. Le sommeil était devenu mauvais. Obsédé constamment par des idées

chimériques de misère et de ruine, M... passait son temps à se lamenter, bien à tort d'ailleurs.

Pendant toute cette période, ajoute la femme, il aurait souffert de sensation de pesanteur fort possible au niveau de sa hernie. Dès cette époque notre malade a présenté nettement les allures d'un mélancolique : il se laissait aller, incapable de toute réaction, ne travaillant plus que par caprice et passait presque tout son temps à dormir, « ce n'était plus du tout le même qu'auparavant ». C'est dans ces conditions, que M... poussé par les douleurs de plus en plus vives qu'il éprouvait, se décide à accepter l'opération de la cure radicale pratiquée dans d'excellentes conditions, le 6 février 1898. La tumeur était énorme à ce moment, elle atteignait, au dire de la femme, le volume d'un œuf d'autruche.

Depuis le jour de l'opération, la femme n'a plus revu son mari que les jours de visite, c'est-à-dire, le premier dimanche qui a suivi l'opération et les dimanches suivants. Elle nous apprend cependant que dans les cinq à six jours qui ont suivi l'opération, le malade était vraiment bien. On aurait dit que les idées avaient changé et il témoignait une vive satisfaction de se voir débarrassé de son infirmité.

Puis, sans raison apparente, les idées mélancoliques primitives reparaissent peu à peu et le délire reprend avec une intensité qu'il n'avait jamais eue auparavant. Dès sa première visite, en effet, la femme trouve son mari couché, ne s'occupant pas de ce qui se passait autour de lui et ne répondant pas à ce qu'on lui disait. Uniquement occupé dans ses idées hypochondriaques, il montrait une indifférence extraordinaire à l'égard de sa femme et de sa belle-fille qu'il aimait beaucoup auparavant et qu'il ne voulait même plus voir maintenant. « Ça ne va pas, répétait-il, j'ai toujours mal dans le ventre. Ce qu'ils m'ont fait, ou rien, c'est la même chose. Je vais mourir, ajoutait-il; je ne reverrai plus la Bastille. »

A partir de ce moment, la femme revoit son mari chaque semaine, et constate que son état allait plutôt en empirant d'une façon continue. Tout le monde lui faisait du mal. On voulait l'empoisonner, le couper en morceaux, etc., etc.

Au bout d'un mois de séjour à la clinique, vingt et un jours après l'opération (le malade avait passé ce temps-là toujours alité), le chirurgien fait dire à la femme de venir chercher son mari sans lui donner aucun renseignement sur son état.

4 *mars* 1898. — La femme ramène le malade chez lui, mais presque aussitôt elle voit son état empirer brusquement. Désordres dans les idées et les actes ; il dérangeait tout chez lui. Tout l'ennuyait et il ne trouvait rien de bien. Une fois, un jour qu'il pleuvait, la femme s'aperçut en rentrant qu'il était sorti dans la rue en chaussettes et à demi habillé. Il est persuadé que tout le monde, y

compris sa femme. voulait l'empoisonner. Il avait peur de tout, et refusait de voir qui que ce soit dans la crainte qu'on lui fasse du mal.

Cependant l'attitude n'était pas celle d'un persécuté, mais bien d'un mélancolique. Jamais d'actes de violence. Il se disait pauvre, malheureux, il n'avait pas de pain à manger. Attitude toujours résignée et passive. Refus d'aliments par moments. Pas d'autres accusations. Pas d'idées de suicide, au contraire, dit la femme, il avait toujours peur de se faire du mal.

Etat du malade à son entrée (14 mars 1898). — Malade très obnubilé. Lenteur extrême des conceptions et des réponses, qui sont souvent tout à côté de la question. Asymétrie faciale droite. Voix nasillarde. Trouble profond de la mémoire portant seulement sur les faits récents, car le malade nous dit bien son âge, son lieu de naissance, l'âge auquel il a commencé à travailler. Par contre, il ne peut donner aucun renseignement sur les causes de son internement et les circonstances qui l'ont amené. Il ne se rend d'ailleurs aucun compte de l'endroit où il se trouve. « C'est une hernie que j'ai attrapée. J'étais entré à l'hôpital, il y a déjà plus de quatre mois et ils ne pouvaient rien me faire. C'est là qu'ils m'ont conduit jusqu'ici parce que j'étais inguérissable.

Quand on lui demanda dans quel hôpital il était : « Je n'en sais rien, je ne me rappelle plus ; je sais que j'étais là. — Et maintenant où êtes-vous? — Je ne suis plus qu'ici, voilà tout. Ils m'ont amené avec une voiture ici, de l'hôpital (Sainte-Anne). » « Je n'ai plus de mémoire, du tout, voilà déjà longtemps que je n'ai presque plus de langue », dit-il en la tirant, quand on le lui commande. « C'est pour cela que je ne peux plus manger... Je ne sais rien du tout... Je ne sais pas, par moments je perds la tête. »

Pas d'inégalité pupillaire.

La langue ne semble pas animée de tremblement fébrilaire, mais ses mouvements sont très indécis. Quand on commande au malade de la tirer, il ne la tire pas complètement et il la porte de droite à gauche et vice-versa.

Tremblement des doigts. « Je travaillais, mais je tremble... je tremble je ne sais pas pourquoi », répond-il, quand on lui en demande la raison, qu'on lui en fait l'observation.

31 *mars* 1898. — Soupirs profonds, gémissements, accablement, air effrayé. Peur de mourir. Angoisse. « Je n'ai fait de mal à personne... je ne sais pas... je ne sais pas. »

28 *avril* 1898. — L'état du malade a été en s'améliorant de jour en jour sous l'influence de l'hydrothérapie et de la strychnine. Il y a plus de spontanéité, il ne semble plus avoir de délire mélancolique; mais il reste déprimé. Le gâtisme intermittent dont le

malade a conscience annonce l'anesthésie des sphincters. Le malade semble nettement en voie de gnérison.

Réflexions. — Il s'agit dans ce cas d'un malade prédisposé (asymétrie faciale ; vertiges probablement épileptiques dans l'enfance, urine dans son pantalon). Dix-huit mois avant l'opération il a présenté des modifications de caractère, des idées de ruine, survenues peut-être sous l'influence des préoccupations que lui causait sa hernie. Les antécédents syphilitiques n'ont pas été signalés.

Après l'opération il a présenté le même délire, un peu plus accusé (idées typiques de négation, de ruine. Actes inconscients. Obnubilation).

Observation V (d'après les notes communiquées par M. le Dr Vigouroux, médecin en chef de l'asile de Vaucluse.

P... Marie, Victorine, née en 1861. Réglée à quatorze ans sans accident, mariée à vingt-six ans. Une grossesse normale à vingt-sept ans. A trente-trois ans entre à l'hôpital Bichat, où elle est opérée le 4 juillet 1897, par M. Terrier, d'une grossesse tubaire. Accidents fébriles consécutifs.

Deux mois après l'opération la malade présente des étourdissements accompagnés d'éblouissements. Bourdonnements dans les oreilles. Tremblements des mains. Signe de mélancolie, ne veut plus sortir de chez elle. Cauchemars. Réveils en sursaut. A notablement engraissé.

Le 21 janvier 1898, le mari qui est sergent de ville, est attaqué par des anarchistes. L'émotion qu'elle en a ressenti a provoqué chez elle un délire mélancolique avec craintes. Hallucinations. Elle est internée dans le service de M. Vigouroux d'où elle sort très améliorée le 10 septembre 1901.

Réflexions. — Cette observation ne nous donne aucun renseignement sur les antécédents héréditaires de la malade et ne dit pas ce qu'elle était avant d'être opérée.

Il est donc difficile de formuler une opinion précise sur la nature de la psychose dont elle était atteinte.

M. le Dr Dubousquet nous a adressé les deux observations suivantes que nous joignons avec plaisir à ce mémoire :

Observation VI (communiquée par M. le Dr Dubousquet). Le sujet de cette observation est Melle Marie V... appartenant à une famille dont l'un de nous soigne les différents membres depuis dix-huit ans et il en connaît les moindres antécédents. Un oncle maternel de

la jeune fille est mort de paralysie générale ; son père, sa mère et son frère se portent bien, mais sont plutôt nerveux. Sauf une fièvre typhoïde légère dont je l'ai soignée il y a huit ans, et qui n'a laissé aucune suite, rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels comme maladie infectieuse ou intoxication ayant pu déterminer une psychose quelconque. Mais elle présente au moment de ses règles une mentalité spéciale sur laquelle j'insiste particulièrement. Elle a été réglée à treize ans et les règles ont toujours été régulières et normales, mais à chaque période, deux ou trois jours avant et pendant leur durée, son caractère fort doux se modifie subitement ; elle devient irritable et bien que parfaitement élevée et aimant très sincèrement ses parents, elle montre une désaffection marquée dont elle ne se rend pas compte et sa mère a remarqué que pendant ce temps elle ne faisait plus ses prières comme en temps normal. Cependant l'examen le plus attentif ne montre chez elle aucun stigmate d'hystérie.

En 1896, la jeune fille qui avait dix-sept ans, était grande et forte, présentait tous les attributs d'une bonne santé, perd l'appétit, maigrit, a souvent de la diarrhée, mais ne tousse pas, ne crache pas et l'examen des organes reste absolument négatif.

En novembre 1896, elle est prise deux ou trois jours de fièvre assez vive, d'une douleur très violente de tout le ventre, de vomissements et je suis appelé. Je trouve la jeune fille avec un facies nettement péritonéal, des vomissements verdâtres, le ventre très ballonné et douloureux sur toute la surface sans aucune localisation spéciale, voix éteinte, pouls 120, température 30°. Je fais venir en consultation mon ami le Dr Brault, médecin des hôpitaux qui confirme mon diagnostic, de péritonite aiguë, de nature bacillaire très probable. Ce gros orage se calme après quelques jours de traitement approprié et la malade paraissait en voie de guérison, lorsque, un mois après, elle se plaint de point de côté à gauche, la fièvre se rallume et je constate un gros épanchement dans la plèvre gauche pour lequel le Dr Brault est rappelé par la famille et moi : j'étais sur le point de pratiquer une ponction lorsque cet épanchement diminue rapidement pour disparaître complètement en trois ou quatre semaines. Mais pendant la durée de cette pleurésie d'autres accidents de même nature avaient éclaté, abcès multiples, ganglionnaires du cou, abcès à une aisselle et au dos. J'ouvris et soignai ces abcès au fur et à mesure de leur production très rapide ; à ce moment l'état de la jeune fille était des plus précaires d'autant qu'une vaste collection purulente s'était formée dans le dos. Et en juillet 1897, le Dr le Roy des Barres et moi l'opérâmes, sous chloroforme, de cette grosse collection. Après cette dernière intervention pratiquée presque *in extremis*, tant l'amoindrissement était considérable et tout

ressort disparu, la situation s'améliora assez vivement et l'espoir d'une guérison se fit jour dans ma pensée. Mais je n'avais pas fini avec ma malade qui vingt-deux jours après notre intervention est prise d'excitation extrême avec changment complet des sentiments affectifs. Elle s'agite continuellement, ne dort plus, elle ne veut plus voir sa mère, ni ses parents ni moi-même, pour qui elle avait de l'affection, et dans son délire, le thème dominant est qu'elle est damnée, voit les flammes de l'enfer et que c'est le diable qui lui fait détester sa mère et ses parents. Mon excellent ami le Dr Ballet est appelé par moi auprès de la malade et comme moi pense que nous avons affaire à une psychose post-opératoire chez une prédisposée.

L'état de la jeune fille alla en s'améliorant, et après deux mois l'état mental était redevenu normal. Actuellement, après toute cette noire série pathologique pendant laquelle l'urine examinée régulièrement ne présenta jamais rien d'anormal, la jeune fille a repris sa santé et ses forces habituelles et va même se marier, événement où je reste étranger et, fait bizarre à noter, depuis son délire, les époques menstruelles reviennent sans que sa mentalité en ressente le moindre inconvénient.

Réflexions. — Il s'agit certainement dans ce cas d'une jeune fille atteinte de dégénérescence mentale et chez laquelle un délire maniaque s'est déclaré consécutivement à l'opération. Les phénomènes infectieux qu'elle a présentés doivent également entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la psychose.

Observation VII (de M. le Dr Dubousquet). — J'ai soigné pendant de nombreuses années le nommé M... A... rue Mathieu, à Saint-Ouen, ouvrier tourneur, dont les antécedents familiaux sont chargés : père alcoolique mort du delirium-tremens. Frère mort dans un asile départemental, d'aliénation mentale survenue après la Commune.

M... a toujours été très sobre, a toujours bien gagné sa vie et a même fait il y a quatre ou cinq mois un petit héritage le mettant à l'abri du besoin. Mais c'est un taciturne, un hypochondriaque qui malgré son état de santé à peu près normal et une situation particulière en somme satisfaisante, voit tout en noir. Il se croit atteint de cancer de l'estomac, a peur de manquer de tout. Atteint de chaudepisse à dix-huit ans; quinze ans après il fut opéré à Lariboisière pour un rétrécissement.

En 1898, je fus rappelé auprès de lui pour une rétention d'urine. Depuis quelques jours, il urinait avec peine, et j'eus toutes les peines du monde à introduire une bougie féliforme ; de plus, âgé

à ce moment de soixante ans, il présentait une hypertrophie considérable de la prostate ; cathétérisme fort difficilemant supportée par lui, ainsi que la sonde à demeure. Je l'engageai après plusieurs jours à se faire opérer, et dans une clinique de Paris, il subit la cystotomie sus-pubienne. Il revint chez lui cinq semaines après l'opération, et muni d'un appareil, il ne souffrait nullement, de son avis même ; mais quelques jours après son opération, son état de dépression mentale avait considérablement augmenté, et menaçant sans cesse sa femme de suicide, cette dernière ne pouvait le quitter. Enfin après quelques semaines de cet été il se pendit à sa croisée pendant que sa femme était sortie faire des commissions.

Réflexions. — Il s'agit très nettement dans ce cas d'un hypochondriaque devenu plus mélancolique après avoir été opéré. Il est à remarquer, à ce sujet, que les affections des organes génito-urinaires chez l'homme prédisposent plus particulièrement à la tristesse (Voir la thèse de Colombani faite sur l'inspiration de M. Picqué).

Observation VIII (communiquée par M. le Dr Mignot, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine).

Mme Ch... journalière, âgée de trente-huit à quarante ans, est envoyé à Sainte-Anne, de Broussais, par le Dr Gilbert, le 25 décembre 1898. Elle est transférée à Ville-Evrard, le 10 février 1899, dans le service de M. le Dr Febvré qui fait le certificat : « elle est atteinte de mélancolie caractérisée par un état de dépression extrême amenant le découragement et les tendances au suicide; idées d'iniquité, de culpabilité, hallucinations pénibles de l'ouïe, cicatrice au niveau de la région hépatique ».

Au moment de sa sortie, le malade nous donne facilement les renseignements suivants qui ont été confirmés par son mari. Elle ignore ses antécédents héréditaires. Réglée à douze ans. La ménopause est survenue il y a un an. Elle a eu sept enfants, tous bien portants. Quoique délicate, elle n'avait jamais été malade. En juillet 1898, elle est prise subitement d'un violent point de côté à droite, avec de la dyspnée, de la toux, de la fièvre. Un médecin consulté ordonne un vésicatoire. Après trois semaines la malade va mieux. En septembre le point de côté revient avec de la fièvre. On fait une ponction exploratrice qui retire du pus et on fait le diagnostic du foie suppuré le 28 septembre 1898.

Entrée à la Pitié, son état général était mauvais, elle ne mangeait plus, était très amaigrie, se préoccupait beaucoup de son mal ; des voisins lui avaient dit que l'on n'en réchappait pas et elle voyait avec crainte venir le moment de l'opération. On l'opère sous chloroforme le 4 octobre 1899.

Quinze jours après l'opération, elle crache du pus pendant huit jours.

Fin décembre, elle quitte la Pitié et va à Broussais ayant toujours une fistule donnant du pus. C'est là que les idées délirantes apparaissent.

La malade qui a conservé le souvenir complet de son délire, nous raconte que, en même temps qu'elle pensait ne plus jamais devoir guérir, elle attribuait ses malheurs à à ses fautes passées, le vol de petits objets, d'ailleurs chacun la regardait avec mépris et, la nuit, surtout, des voix lui faisaient des menaces et des prédictions effrayantes. Sous l'influence de ce délire, elle ne pouvait parler, toujours dans l'attente d'un malheur prochain et elle essaye de se jeter par la fenêtre.

Ces idées délirantes ont persisté pendant son séjour à Sainte-Anne et à Ville-Evrard; de plus les idées de persécution ont augmenté sous l'influence d'hallucination de l'odorat du goût et du sens génital, qui ont persisté jusqu'au mois d'août.

A l'heure actuelle, octobre 1900, l'état physique autrefois si mauvais est devenu excellent, quant à l'état mental, si les idées mélancoliques hypochondriaques et de persécution ont disparu, ainsi que les hallucinations, la malade manifeste toujours par ses paroles et ses actes, ses gestes, la débilité de son état mental sur laquelle paraît avoir évolué un délire polymorphe survenu à l'occasion d'une longue infection et d'une opération.

Réflexions. — L'observation dénote un délire mélancolique avec idées de culpabilité et de persécution et hallucinations survenus chez une débile. Il eût été intéressant de savoir si la malade avait présenté d'autres délires avant l'opération. On sait combien les débiles délirent facilement. Le délire post-opératoire s'explique aisément.

L'observation suivante nous a été adressée par notre excellent confrère le professeur Walther de Gothembourg (Suède).

Observation IX (Mme S... trente-huit ans, avait joui toujours d'une bonne santé. Elle avait donné naissance à un enfant, il y a onze ans, dans des conditions anormales. La dernière menstruation s'était montrée le 25 mars 1900. Le 28 août elle tombe malade avec des douleurs dans le bas ventre. Le médecin qui la soignait diagnostiqua « appendicite » et lui fit garder le lit pendant dix jours. Depuis elle ne ressentit rien de mal jusqu'au mois d'octobre quand elle fut prise de douleurs dans le ventre, qui fut très tendu. A l'examen, on n'en trouva d'autre cause que des coliques sous la dépendance des adhérences produites par l'appen-

dicite. Les douleurs cessèrent à l'administration des lavements et des purgatifs. Ainsi fut ce cas. Le 14 novembre, elle entra pour quelques jours à la Maternité de Gothembourg. Elle revint ensuite, le 2 décembre, après s'être trouvée très bien une quinzaine de jours. Plus tard, l'état changea ; tantôt, elle se portait bien, tantôt mal. Pourtant, elle était très faible et très nerveuse et les gardes-malades la regardaient comme étant trop sensible. A Noël, les mouvements fœtaux et les battements cardiaques cessèrent d'être perçus. Le travail commença à la nouvelle année mais cessa après deux ou trois jours. Comme des bains chauds et des injections n'amenèrent pas l'accouchement, le plus petit ballon Champetier de Ribes fut introduit le 9 janvier 1901. Le col utérin se trouvait assez en avant et le pli de Douglas était rempli d'une partie fœtale résistante : le ventre était toujours très tendu. Le ballon fut expulsé tout de suite et je reçus l'impression que la cavité utérine était vide ; une chose dont je me persuadais aussitôt que le soupçon s'en était formé. Le fœtus se trouvait en dehors et derrière l'utérus qui était porté en avant contre l'espubien.

Pour comprendre la possibilité de cette longue erreur, il faut se souvenir de la tension continuelle du ventre et de l'anamnèse perfide. Après des questions répétées elle se rappela enfin que les douleurs avaient commencé à gauche et puis s'étaient étendues à droite. Dès lors il était facile de saisir que les douleurs dans la cinquième semaine de la gravidité étaient occasionnées par la rupture d'une poche fœtale extra-utérine, probablement la trompe gauche, et aussi pourquoi le travail cessa à la nouvelle année.

Restait maintenant à fixer le meilleur temps pour l'opération. Les dangers de la rupture de la poche fœtale n'étaient pas encore exclus, quoique la tension était un peu diminuée après la mort du fœtus, et les dangers d'infection croissaient toujours ; et de l'autre côté on ne pouvait prétendre que la circulation placentaire avait encore cessé, ce qui augmenterait le risque d'une opération immédiate. Pour ces raisons, je résolus de me laisser guider par la température de la malade et d'entreprendre la laparotomie quand la température montrerait une tendance à s'élever au-dessus de 38° (au rectum).

Le 16 janvier 1901, environ trois semaines après la mort du fœtus, la laparotomie fut faite.

Le sac fœtal se trouve, comme je l'avais prévu, en état de décomposition ; c'était impossible de le suturer à la partie abdominale. Après l'extraction d'un fœtus hydrocéphalique, pesant 4,600 grammes, dont le siège se trouvait enclavé dans le bassin derrière l'utérus, j'enlevais par lambeaux tout le sac fœtal, chose assez difficile, vue l'étendue de la membrane et les adhérences à l'intestin. A la fin, une très vive hémorrhagie complica l'ablation

de l'arrière-faix fixé aux annexes gauches et dans le pli de Douglas, ce qui fut fait par l'ablation des annexes tout à fait défigurées après la mise d'une ligature en chaîne, tout près du côté gauche de l'utérus; puis tamponade au Mikulicz. Le reste de la plaie fut fermé en étages.

Durée de l'opération deux heures et demie; 0.070 centimètres cubes de chloroforme furent administrés à la malade.

Il fut impossible de se former une idée de la relation de l'œuf aux parties distinctes des annexes à cause de l'hémorrhagie et des lésions faites à celles-ci pendant l'opération.

Après l'opération la malade était très affaiblie, le pouls faible et accéléré (130 par minute). Elle reçut des transfusions d'une solution de chlorure de sodium physiologique, des injections de camphre et des lavements nutritifs. La température monta le soir à 39°3 centigrades; le lendemain à 39°6 centigrades; le soir à 39°3 centigrades mais après elle reste normale à trois exceptions près, quand elle put respirer (38°2 centigrades; 38°7 centigrades; 38°3 centigrades).

Il fut bientôt évident que la malade avait des hallucinations de persécution. Elle ne dormait plus, malgré des doses répétées de trional, de bromure de potassium, de morphine, etc., etc. Après les tentatives infructueuses de toutes espèces, elle fut couchée dans une chambre (elle avait été isolée), où furent soignés trois autres malades, et aussitôt elle se calma, dormait bien et guérit au bout de dix semaines. Il semble que la peur pour la solitude peut expliquer en partie cette suite d'événements. En quittant l'hôpital elle avait dans la partie supérieure de la plaie une fistule très étroite qui laissait à peine pénétrer une sonde exploratrice, la profondeur en était huit. Elle se portait bien à la fin du mois de mai.

Réflexions. — Il semble possible d'admettre dans ce cas un délire d'origine toxique ou infectieuse ; ce qui donne de la valeur à cette hypothèse, c'est la brièveté du délire. Il n'y a malheureusement que peu de détails sur l'état mental et la nature des troubles intellectuels observés.

Banquet au Dr Regis. — Le Comité de rédaction du *Journal de Médecine* a été heureux de la décoration accordée à un de ses membres, M. le Dr Régis. Aussi, mardi dernier, un banquet intime était-il offert au nouveau chevalier dans un des salons de l'hôtel de Bayonne. Divers toasts ont été portés, auxquels notre excellent collègue a répondu avec cette autorité de parole que tout le monde lui connait. (*Journal de médecine de Bordeaux*, du 1er février 1903).

Nous aussi, nous adressons nos plus vives félicitations à notre collaborateur et ami, le Dr Régis.

CLINIQUE NERVEUSE.

Travail du Service d'Électrothérapie de la Clinique Charcot

Sur quelques particularités cliniques de la névralgie faciale et son traitement par l'électricité.

Par A. ZIMMERN

Ancien interne des Hôpitaux.

Désirant nous faire une opinion sur la valeur du traitement électrique dans les névralgies faciales, nous avons soumis à l'épreuve de ce traitement un certain nombre de malades atteints de cette affection qui se sont présentés à la consultation de la clinique Charcot (Pr Raymond).

La modalité électrique que nous avons utilisée a été le courant continu suivant la méthode proposée en 1897 par Bergonié (de Bordeaux) méthode à laquelle nous avons fait subir quelques modifications de détail. Disons de suite que le procédé dont nous nous sommes servi diffère totalement des procédés autrefois en usage (faradisation, galvanisation, électricité statique,) procédés dont on trouve encore la brève nomenclature au chapitre *Traitement* des ouvrages les plus modernes, généralement suivie du perpétuel cliché : « L'électricité donne quelquefois de bons résultats. »

Au cours de nos recherches thérapeutiques nous avons été amené à approfondir l'histoire pathologique des malades que nous avons eus à traiter, et nous avons été frappés par un certain nombre de particularités cliniques qui, sans avoir toutefois le mérite de l'inédit, nous ont paru du moins assez intéressantes pour valoir une courte analyse.

I. Sur quelques particularités cliniques de la névralgie faciale

On reconnaît généralement à la névralgie faciale une « forme bénigne » et « une forme grave », cette dernière se rapportant plus spécialement à ce que Trousseau appelait « névralgie épileptiforme ». Toutefois il est permis de se demander si cette forme grave représente bien une forme de la « névralgie faciale ». Car, si la « névralgie bénigne » est une névralgie vraie de même ordre que la névralgie sciatique, que la névralgie intercostale, et, comme ces dernières, tantôt légère, tantôt sérieuse, tenace et rebelle (à forme grave par conséquent), la névralgie faciale épileptiforme se comporte comme une affection possédant véritablement une autonomie propre, affection dans laquelle le symptôme douleur tient sans doute une plus grande place, mais où ce symptome affecte une allure toute spéciale et se complique parfois de phénomènes moteurs dont *on ne retrouve pas les homologues sur les autres territoires nerveux.*

D'ailleurs, rien n'est semblable entre les deux formes de névralgie faciale : d'une part, en effet, douleur continue avec paroxysmes momentanés, durée en quelque sorte limitée, et curabilité à peu près certaine par les moyens appropriés; de l'autre au contraire, affection caractérisée par des phénomènes douloureux intermittents, intermittents non seulement dans leur évolution générale, mais intermittents aussi au moment de la production de l'accès lui-même, évolution à très longue échéance, incurabilité presque certaine. Et si l'on veut nous permettre une comparaison, nous dirons qu'il y a entre ces « deux formes » une différence aussi tranchée qu'entre la névralgie du plexus cardiaque, *angor pectoris minor*, et la coronarite oblitérante dont l'expression symptomatique est également l'angine de poitrine, mais avec une évolution toute différente, puisque l'une est une affection passagère et transitoire, l'autre, une maladie organique à marche progressive et fatale dans l'immense majorité des cas.

Dans le type léger de la névralgie faciale, ce qu'on observe, ce sont des douleurs continues ou bien des sensations de lourdeur, de pesanteur entrecoupées d'accès plus ou moins aigus. Quelquefois ces paroxysmes aigus manquent

totalement. Dans les cas extrêmement bénins tout se borne à une simple hyperesthésie du tégument et des parties profondes.

Cette hyperesthésie est un signe à peu près constant dans toutes les névralgies du type léger. Dans quelques cas, mais non toujours, on retrouvera les points de Valleix. Quant aux troubles moteurs, *ils n'existent pas,* et il ne faudrait pas se laisser induire en erreur et prendre pour du tic la grimace que fait le malade au moment d'un paroxysme, grimace provoquée uniquement par la douleur.

Enfin, la névralgie type léger se localise le plus souvent sur une branche, un rameau du trijumeau.

Une fois installée elle a une évolution de durée variable de quelques jours à plusieurs mois, parfois assez longue par conséquent, mais, d'une façon générale, on peut dire, qu'à part quelques cas exceptionnellement rebelles, lorsqu'elle disparaît on peut conclure à la guérison.

La grande névralgie faciale au contraire, la névralgie à type grave est caractérisée par des douleurs intermittentes, survenant à intervalles variables, s'annonçant fréquemment par une sensation particulière, sorte d'aura qui fait dire au malade: « je sens ma crise venir », et laissant après leur explosion, non pas une douleur continue mais un sentiment particulier d'endolorissement ou seulement une appréhension qui fait que le malade redoute le moindre attouchement de la face comme susceptible de produire une nouvelle secousse. Il est vrai d'ajouter que quelques malades attirent l'attention surtout sur une douleur continue : dans ce cas cette douleur occupe un point précis, toujours le même, et tout porte à croire qu'elle répond à une lésion locale du nerf ou des centres correspondants.

Autant de malades, autant de descriptions variées de l'accès, et l'on connaît les comparaisons qui leur sont familières « cinglements, secousses, brûlures, etc. ».

L'un des caractères qui se retrouve à peu près constamment chez tous et sur lequel, à notre avis, les auteurs n'ont pas assez insisté, c'est que la douleur, quelle que soit sa forme, suit toujours le trajet d'une branche nerveuse, débutant soit par le sus-orbitaire, soit par le sous-orbitaire, soit par le dentaire au niveau de leur point d'émergence, et *remontant* « *leur cours* » avec plus ou moins de rapidité

jusqu'au tronc principal et aux centres. Dans presque tous les cas le paroxysme douloureux affecte une marche anatomiquement ascendante.

Il est rare cependant que la grande névralgie faciale débute d'emblée par des crises de cette nature, et il est beaucoup plus fréquent de voir ces crises précédées pendant quelques semaines ou quelques mois de douleurs vagues, continues ou périodiques, sans aucun caractère bien tranché.

Dans le type grave de la névralgie faciale, les points de Valleix *n'ont pas la netteté mathématique indiquée par les classiques.* Au moment des crises, il existe presque toujours une hyperesthésie généralisée; dans leur intervalle la pression du doigt sur les points d'émergence est généralement assez douloureuse, mais la douleur n'est pas moindre si l'on comprime une autre région du territoire affecté. La douleur est parfois même plus marquée sur des points qui ne correspondent pas aux points de Valleix. Cette hyperesthésie uniforme est un caractère très important du type grave. En outre, on notera bien souvent que cette hyperesthésie évolue parallèlement aux crises douloureuses; très intense pendant les accès les plus violents, peu intense et diminuée, mais jamais totalement abolie, quand les crises sont devenues tout à fait rares. Phénomène constant dans la grande névralgie faciale, l'hyperesthésie peut décroître, mais *elle ne disparaît* que d'une façon *tout à fait exceptionnelle.* Elle se propage parfois au bulbe pileux, ou bien empiète sur le territoire du trijumeau opposé, et donne ainsi parfois l'illusion d'une névralgie double.

Dans quelques cas la grande névralgie faciale s'accompagne de troubles moteurs, et ceux-ci, bien reconnus, ont permis de différencier une variété spéciale de la grande névralgie faciale « la forme convulsive ». Mais il est certain qu'on a abusé de cette forme, car les auteurs ont ici bien souvent considéré comme du tic la grimace que fait le malade lorsque surgit la douleur. Les cas de tic vrai sont relativement peu fréquents. Rappelons du reste que Valleix, sur 14 cas de névralgie faciale à type grave observés par lui, n'a pu constater le tic que chez 4 d'entre eux. Sur 13 malades atteints de névralgie faciale grave, nous ne l'avons observé que 7 fois, encore ne s'est-il montré franchement accusé que 4 fois.

Le caractère différentiel du tic et de la grimace est que le tic produit des phénomènes spasmodiques, d'ordinaire simples, *décomposés* pour ainsi dire, tandis que la grimace amène le plus souvent une « distorsion du visage » (Valleix).

Les troubles sécrétoires qui accompagnent la névralgie faciale appartiennent presque exclusivement au type grave. Rappelons que l'hypersécrétion lacrymale et sous-maxillaire est décrite parmi les symptômes courants de l'affection. Mais si l'épiphora est fonction de l'hypersécrétion lacrymale, il peut tenir aussi à l'oblitération des conduits lacrymaux sous l'influence du spasme qui alors n'est qu'une manifestation locale du tic, et ce n'est pas là seulement une théorie, mais bien la réalité, car l'épiphora se rencontre surtout dans les formes convulsives.

Fort peu connue est l'augmentation de volume de la glande *sous-maxillaire*, hypertrophie qui passe du reste assez souvent inaperçue, mais que l'on constate chez quelques malades au cours de crises violentes et prolongées. Quand elle existe, cette augmentation de volume semble évoluer parallèlement à la douleur, et nous l'avons trouvée d'autant plus marquée que le malade traversait une période plus douloureuse de sa crise. Dans les périodes d'analgésie, elle disparaît complètement. Est-ce là un trouble trophique? C'est ce que nous n'avons pu déterminer d'une façon précise.

Parmi les troubles trophiques que l'on rattache à la névralgie faciale, le zona ophtalmique est regardé comme l'un des plus communs. Sur 17 cas de névralgie faciale cependant parmi lesquels 13 cas de type grave que nous avons observés, jamais à aucun moment de leur affection, les malades n'ont présenté ce symptôme. Cette remarque ainsi que l'allure toute spéciale du zona ophtalmique nous ont conduit à admettre l'*indépendance* de cet état morbide par rapport à la névralgie faciale.

L'un des caractères de la névralgie faciale à type grave est de revenir à des époques indéterminées, sous forme de crises plus ou moins rapprochées les unes des autres, et nous ne savons guère quelles sont les causes qui en provoquent le retour. Toutefois il en est deux qui ont manifesté leur influence d'une façon à peu près constante chez la plupart de nos malades. C'est d'abord l'influence atmosphérique, ce qui ne veut pas dire l'influence du froid ou de l'humidité,

mais le passage brusque d'une température douce à une température rigoureuse, le passage de la sécheresse à l'humidité et inversement; ce qui fait qu'à ces époques de transition, on voit les malades revenir par série consulter et déplorer le retour de leurs crises. L'autre cause est l'apparition de la période menstruelle; il y a à ce moment chez la femme une période d'hypéralgie toujours très accentuée.

Nous nous sommes efforcés de déceler chez nos malades la cause probable de la névralgie à type grave, et sur ce terrain nous nous sommes constamment trouvé aux prises avec les plus grandes difficultés.

Dans les deux tiers des cas nous n'avons pu parvenir à déterminer cette cause : cela provient, en partie tout au moins, de ce que nous avons rejeté par principe, en l'absence de confirmations sérieuses et indiscutables, toutes les étiologies de carie dentaire, hystérie, neurasthénie, syphilis, si souvent invoquées sans fondement bien réel. Chez un de nos malades la névralgie paraissait devoir être rapportée au paludisme. Il présentait une névralgie à type grave généralisée, ce qui cadrait assez mal avec la névralgie faciale paludique, qui, on le sait, affecte le plus souvent le type léger, et se localise de préférence à la branche ophtalmique. Mais ce malade nous confia qu'en dehors de ses grandes crises habituelles il souffrait à certains moments de douleurs surajoutées revenant à heure fixe et cédant, mais cédant seules à quelques cachets de quinine, tandis que ce médicament n'avait aucun effet sur la grande névralgie. Cette association du type grave avec le type léger à étiologie bien définie nous semble assez intéressante pour être signalée[1].

Telles sont les quelques particularités d'ordre clinique que nous avons pu relever chez une série de malades atteints de névralgie du trijumeau.

II. Traitement de la névralgie faciale

La névralgie faciale, quelle que soit son type, léger ou grave, est justiciable dans certains cas d'un traitement *spécifique*, ce qui veut dire que dans tel ou tel type de névralgie

[1] Chez un autre malade franchement tabétique, les crises névralgiques présentèrent pour nous la même signification que les douleurs fulgurantes.

faciale il y aura lieu d'instituer une médication appropriée à l'étiologie.

Ainsi par exemple, l'administration de sulfate de quinine s'imposera dans les formes de « paludisme larvé », le traitement iodo-hydrargyrique dans les névralgies d'origine syphilitique, et ce même traitement pourra être essayé si l'on suppose la névralgie en relation avec le tabes. L'avulsion dentaire, l'ablation d'un dentier mal fait, l'extraction d'un corps étranger, le traitement d'une sinusite, d'une dacryocystite, etc., causes de différentes variétés de névralgie faciale, peuvent être considérés également comme un véritable traitement spécifique : de même la résection du rebord alvéolaire lorsque l'étiologie aura nettement montré qu'on se trouve en présence de cette forme particulière que l'on appelle la névralgie des édentés (opération de Jarre). Mais en dehors de ces procédés thérapeutiques, qui eux tendent véritablement à agir sur la cause de la névralgie et à la faire cesser, et qui par conséquent ne visent qu'un petit nombre de cas, on ne connaît guère de traitement qui par la constance de ses résultats ait affirmé indiscutablement sa valeur.

Les médicaments tels que la morphine, la jusquiame, le pyramidon, la gelsémine à l'intérieur, les topiques tels que le liniment thérébentiné, le chloroforme, la cocaïne *loco dolenti*, les révulsifs de toute nature depuis le dé de Trousseau pour la cautérisation ammoniacale superficielle jusqu'aux injections de nitrate d'argent dans le sinus maxillaire ont réussi dans certains cas, mais bien plus souvent dans la névralgie légère que dans la grande névralgie faciale.

Parmi tous ces traitements l'opium administré suivant la méthode de Trousseau et l'aconitine donnée sous la forme de pilules de Moussette sont encore les médicaments les plus estimés. L'administration méthodique de l'extrait thébaïque a donné d'assez bons résultats pour qu'on l'ait pu considérer comme un traitement de choix. Toutefois, il faut bien avouer que, même s'il est administré suivant les règles fixées par Charcot et Gilles de la Tourette, son efficacité s'épuise rapidement et qu'on se heurte bien souvent à des phénomènes d'intolérance.

Parmi les méthodes de thérapeutique physique, la frigothérapie a paru donner quelques bons résultats (pulvérisa-

tion de chlorure de méthyle, stypage), mais ils n'ont été vraiment démonstratifs que dans les formes peu intenses, passagères ou hyperesthésiques du type léger. Dans la grande névralgie, l'effet, s'il existe, n'est jamais que momentané.

Ni le massage (Libotte), ni le massage vibratoire (Boudet de Pâris) n'ont donné, semble-t-il, de succès suffisants pour pouvoir être recommandés.

III. Traitement électrique

Depuis longtemps, les auteurs ont eu recours à l'électricité et celle-ci a été employée sous toutes ses formes avec des résultats variables et différemment appréciés.

On s'est adressé et on s'adresse encore à l'électricité statique qui paraît avoir donné quelquefois de bons résultats, mais peut-être faut-il être assez circonspect en ce qui concerne le type de la névralgie qu'on a soumis à ce moyen. Il est certain que dans des cas de névralgie développée sur un terrain hystérique ou neurasthénique léger on a pu obtenir de notables améliorations. Dans certains cas, en combattant l'insomnie, l'électricité statique se montre d'une certaine utilité.

Le courant faradique employé par Duchenne de Boulogne puis par Becquerel est, d'après la plupart des auteurs, un excellent révulsif dans certaines formes extrêmement légères mais manque absolument d'efficacité dans les formes graves, et cela même dans les névralgies à type léger un peu sérieuses.

Le courant voltaïque, courant continu, a eu un champ d'application beaucoup plus étendu. Rappelons que Magendie avait préconisé l'électro-puncture, c'est-à-dire la piqûre électrolytique du nerf, procédé qui tomba rapidement en désuétude. Un procédé usuel, et recommandé actuellement encore par beaucoup de médecins, est l'application de tampons sur les points douloureux pendant trois, cinq ou dix minutes, avec une intensité variable, 5 à 10 milli-ampères pour les uns, 2 à 3 milli-ampères maximum pour les autres.

En Allemagne notamment, beaucoup de neurologistes ont l'habitude de traiter la névralgie du trijumeau avec de petits tampons et de se limiter à 2 ou 3 milli-ampères que l'on fait passer pendant quelques instants seulement en chan-

geant les tampons de place toutes les minutes environ. Deux ou trois séances constituent souvent toute la cure. Quant aux résultats, ils correspondent à cette manière de faire et, comme de juste, on les trouve notés tantôt comme extrêmement brillants, tantôt au contraire, comme absolument nuls.

D'autres auteurs, convaincus de l'insuffisance du courant continu ainsi appliqué, ont proposé l'introduction électrolytique de solutions médicamenteuses (cocaïne, chloroforme, chlorure de zinc, antipyrine). Enfin dans ces dernières années on a essayé les courants de haute fréquence, mais on n'a pu observer par ce moyen que de très rares améliorations.

Actuellement, tous les procédés de voltaïsation, et, du reste, d'électrisation en général, doivent céder le pas à celui de Bergonié qui l'emporte à coup sûr, par les résultats qu'il permet d'obtenir.

A. *Principe de la méthode.* — Il y a quelques années, cet auteur proposa d'utiliser dans la névralgie faciale des courants de haute intensité, de 30, 50, 80 milli-ampères et même davantage.

Mais de semblables intensités ne peuvent être tolérées que si l'on fait usage d'électrodes à large surface.

Aussi Bergonié recommande-t-il comme électrode active une grande plaque d'étain enveloppée de nombreuses feuilles de gaze, de surface assez considérable pour couvrir toute une moitié de la face, et assez souple pour prendre bien exactement l'empreinte des saillies et dépressions, sorte de *masque hémifacial* en un mot. Ce masque porte deux échancrures, l'une au niveau de l'œil, l'autre au niveau de la muqueuse labiale, de façon à soustraire ces parties à l'action du courant. Le pôle actif est le pôle *positif*. La durée des séances est de vingt minutes environ.

Après Bergonié, Mias, Bordier, Guilloz, Vernay, ont publié des faits, dans lesquels le résultat thérapeutique apparaît d'une façon très évidente. Mais plus enthousiastes que le professeur de Bordeaux, ces auteurs ont proclamé des guérisons, alors que Bergonié n'annonçait qu'une *action palliative*.

Nos premières tentatives de traitement électrique visaient de même à appliquer cette méthode aux malades atteints de névralgie faciale. Nous avons eu recours à cet effet

au même manuel opératoire, mais nous nous sommes rapidement aperçu que les hautes intensités n'étaient pas également bien supportées par tous les malades, quelque douceur et quelque précaution que l'on mit à élever cette intensité.

Aussi nous sommes-nous laissé quelque peu influencer par les sensations et les impressions des malades eux-mêmes et nous sommes-nous contentés d'intensités beaucoup plus faibles; mais convaincu que les intensités faibles n'ont qu'une action insignifiante lorsqu'on fait des applications de quelques minutes ainsi que l'enseignent les traités classiques, il nous a paru utile d'*augmenter la durée des séances* afin de faire pénétrer une quantité d'électricité plus considérable et d'obtenir ainsi des effets comparables à ceux de la méthode de Bergonié.

L'application de courants continus à intensité faible (3 à 12 milli-ampères) *pendant quarante-cinq minutes, une heure et davantage,* tel est le procédé que nous employons actuellement, procédé auquel nous sommes redevable de résultats très encourageants, et dont nous proposons l'introduction définitive dans la thérapeutique classique de la névralgie du trijumeau.

B. *Technique générale. Pôle à employer. Electrodes.* — Une bonne batterie galvanique de 16 éléments au chlorure de zinc ou mieux au sulfate de mercure, pourvue d'un galvanomètre apériodique graduant de 0 à 15 milli-ampères convient parfaitement pour l'application de ces courants. Sur nos indications, Gaiffe a construit un type de batterie au sulfate de mercure destinée spécialement aux applications faciales. Le dispositif a été combiné de telle sorte que le malade puisse faire les applications lui-même sans danger et sans erreur possible.

C'est là un avantage qui a son importance. Le médecin n'a ainsi *nullement besoin de faire lui-même chaque séance* ni d'y assister, sauf peut-être pour les trois ou quatre premières, à titre de démonstration[1]. Par conséquent son rôle consiste uniquement dans la *direction et la surveillance* du traitement. Il lui appartiendra seulement de tenir son malade

[1] La plupart des malades arrivent au bout de très peu de temps à bien appliquer les électrodes et à manœuvrer la batterie.

bien en main, de vérifier de temps en temps l'état de la peau, de constater les progrès accomplis, et, suivant les circonstances, d'augmenter ou diminuer l'intensité ou la durée des séances, de faire suspendre ou reprendre les applications.

Les fils fixés aux électrodes sont terminés par des fiches de grosseur inégale correspondant chacune à une prise de courant, ce qui empêche toute interversion involontaire de polarité. Le fil fixé au masque facial sera ainsi toujours relié au pôle positif.

C'est en effet le pôle positif qui est indiqué comme pôle actif dans le traitement des névralgies en général, et qu'on recommande particulièrement dans la névralgie du trijumeau. Il présente par lui-même une action sédative, calmante bien connue et produit sans doute également des actions plus profondes que nous ne connaissons pas d'une façon précise. Les effets opposés du pôle négatif, généralement stimulant ou irritant, ont fait rejeter l'emploi de ce pôle par la plupart des auteurs. Quelques-uns cependant, parmi lesquels Guilloz, ont tenté d'appliquer la méthode des intensités élevées avec le pôle négatif comme pôle facial, et assurent avoir obtenu des résultats tout à fait équivalents, ce qui, par conséquent tendrait à faire supposer que l'action polaire est pour peu de chose dans les effets obtenus et que ceux-ci dépendent surtout de l'action interpolaire.

L'électrode négative, de 4 à 500 centimètres carrés, sera placée de préférence, ainsi que l'indique Bergonié, dans le dos, au niveau des premières vertèbres dorsales descendant jusqu'aux premières lombaires. On pourra toutefois, si la finesse de la peau s'oppose à des applications prolongées au même endroit, varier de temps à autre la position de cette électrode. Cette électrode peut être en étain, ce métal étant extrêmement malléable, recouvert d'une double couche de feutre, le tout enveloppé dans une peau de chamois. On pourra cependant construire une électrode excellente au moyen d'une lame d'étain entourée de plusieurs couches de coton hydrophile le tout enveloppé dans une sorte de sac de fine mousseline.

La construction de l'*électrode faciale* a une importance très considérable. Celle-ci, de 250 centimètres carrés environ, devra se mouler le plus exactement possible sur la face. Une feuille d'étain souple découpée d'après le modèle de

Bergonié et recouverte de plusieurs épaisseurs de coton hydrophile le tout enveloppé dans une mince mousseline constitue une électrode faciale à peu près parfaite. Il faut rejeter de parti pris tous les modèles où le tissu souple (feutre, coton hydrophile) n'est pas en épaisseur suffisante, ainsi que tous les modèles dans lesquels le métal ou le charbon ne sont pas suffisamment éloignés de l'épiderme.

Bordier conseille de veiller également à ce que la distance entre la peau et le métal de l'électrode soit partout la même c'est-à-dire que le métal soit exactement parallèle à la surface du tégument. On ne saurait oublier en effet que l'on agit sur une région où la peau est extrêmement fine, et où peuvent, si l'on n'y prend garde, se produire des escarres.

La nature du métal à utiliser pour la fabrication des électrodes est, suivant certains auteurs, également à considérer. Bordier rejette absolument le cuivre, le laiton, l'étain, le plomb, le nickel, parce qu'il se produit une couche de carbonate et d'oxyde par suite des actions électrolytiques qui se passent au sein de l'eau retenue par imbibition dans l'électrode, et que cette couche de composés métalliques offre une grande résistance au passage du courant. Il pense que lorsque de telles électrodes ont servi pendant quelque temps, le courant ne passe plus que par quelques points du métal, les moins résistants, et qu'alors la distribution des lignes de flux est très irrégulière. De là un accroissement de densité de courant en certains points qui explique comment peuvent se produire des escarres. Pour éviter cet accident, Bordier conseille l'aluminium ou le cuivre platiné.

L'électrode indifférente de même que l'électrode faciale devront, bien entendu, être convenablement mouillées. Pour maintenir une imbibition convenable, il vaut mieux laisser tremper les électrodes la nuit dans de l'eau que l'on échauffera au moment de l'usage par l'addition d'un peu d'eau bouillante. Il faut toujours éviter de laisser sécher le coton, car après plusieurs alternatives de dessication et de madéfaction, il forme une masse compacte qui se prête mal à la conformation du visage. On aura soin de ne se servir que d'eau tiède. L'eau salée est à déconseiller, car il peut se produire sous son influence une irritation des téguments. Quand au cours d'une séance l'électrode viendra à perdre une certaine quantité de son eau, on pourra en exprimant sur sa

partie supérieure une éponge remplie d'eau, lui restituer son humidité.

L'un des points importants à observer dans le manuel opératoire est l'application de l'électrode faciale sur la peau, de telle façon qu'elle s'adapte bien exactement sur tous les points. La pression exercée par l'électrode devra être sensiblement la même au niveau de la région temporo-frontale, qu'au niveau de la région molaire, qu'au niveau de l'angle du maxillaire. Cette compression uniforme peut être obtenue au moyen d'une bande de caoutchouc (Bergonié), ou bien au moyen d'une bande de crêpe Velpeau enroulée autour de la tête en manière de minerve. Dans ce dernier cas on aura soin d'interposer entre l'électrode et la bande un imperméable en caoutchouc ou en taffetas gommé.

C. *Intensité.* — L'électrode faciale étant bien appliquée sur le côté malade, l'électrode indifférente étant fixée au moyen d'une ceinture au niveau de la région dorsale, on commencera la séance. Le courant sera gradué à l'aide du collecteur d'éléments qu'on poussera de gauche à droite jusqu'à ce qu'on ait atteint l'intensité désirée. (Il est préférable, si l'on dispose d'une installation fixe, d'employer le réducteur de potentiel.) Dans tous les cas on aura soin de n'élever l'intensité qu'avec la plus grande lenteur.

A quelle intensité faut-il s'arrêter ? Cette question est sans doute l'une des plus importantes, attendu que les auteurs qui ont utilisé le courant continu contre la névralgie faciale se sont servis les uns d'intensités faibles, c'est-à-dire d'intensités ne dépassant qu'exceptionnellement 10 milliampères et se rapprochant le plus souvent de 3 et même de 2 milli-ampères, les autres (méthode de Bergonié) d'intensités très élevées, c'est-à-dire d'intensités comprises entre 20 et 100 milli-ampères. Or de part et d'autre on a enregistré de bons résultats, des résultats même très encourageants. Boudet de Pâris ne dit-il pas en effet que la guérison des névralgies est le triomphe de l'électrothérapie : « Au bout d'un très petit nombre de séances les douleurs faciales, sciatiques, intercostales disparaissent et si le malade a la constance de se soumettre à un traitement régulier pendant quelque temps, il obtient une guérison radicale, même lorsque la maladie remonte à une époque déjà éloignée. Dans un cas entre autres, la névralgie trifaciale datait de

dix-huit ans. Un mois de traitement actif a fait disparaître les douleurs qui n'ont plus reparu depuis un an. » Dans ses applications, Boudet employait des intensités de 5 milli-ampères environ.

Bergonié au contraire insiste sur l'utilité des hautes intensités et se déclare convaincu de l'action bien autrement puissante de ce procédé.

Nous avons essayé d'appliquer à certains malades les intensités élevées. Il est certain que ces intensités peuvent être aisément supportées surtout si on a la précaution d'y accoutumer les malades en leur faisant prendre des séances quotidiennes à intensités progressivement croissantes. Mais les malades n'aiment pas beaucoup, en général, la sensation énergique fournie par les intensités élevées, et plus d'un malade nous a déclaré préférer renoncer à l'électricité que de se soumettre à de nouvelles séances dans ces conditions. Chez deux d'entre eux, des intensités comprises entre 15 et 20 milli-ampères ont chaque fois réveillé les douleurs les plus violentes.

Ces faits d'intolérance ont du reste été notés par Bergonié.

L'emploi de hautes intensités demande une surveillance constante du malade, ce qui ne signifie pas cependant que la méthode soit dangereuse, mais il faut être prévenu qu'une interruption brusque dans le circuit, soit du fait d'un mouvement du malade, soit du fait d'un contact défectueux peut amener une secousse d'ouverture dont l'effet peut être désagréablement ressenti, et qui peut même amener la syncope. Une mauvaise application du masque facial peut de même produire une brûlure si l'on néglige de s'informer de temps à autre des sensations éprouvées par la malade sous l'influence du courant.

Lorsqu'on emploie des intensités faibles, l'escarrification n'est pour ainsi dire pas à craindre. En outre, l'interruption accidentelle du courant ne peut produire aucun accident grave, sauf peut-être chez quelques artério-scléreux ou aortiques. Par conséquent il semble qu'à résultats égaux, l'emploi d'intensités faibles se justifiera parfaitement.

Quelques auteurs ont renoncé à l'évaluation de l'intensité du courant par le galvanomètre et, ce qu'ils cherchent à préciser, c'est l'intensité du courant qui pénètre dans l'économie par centimètre carré de surface cutanée. C'est ce que l'on

appelle la densité du courant, et pour ces auteurs c'est la densité qui se trouve être l'élément posologique capital.

(Pour obtenir la densité du courant à son entrée, il suffit de diviser l'intensité totale du courant indiquée par le galvanomètre par le nombre de centimètres carrés de la surface de l'électrode faciale.)

Il est certain que l'appréciation de la densité a une certaine importance. Toutefois il serait inexact de supposer qu'on ait dans ce moyen un élément de mesure d'une précision mathématique, car, quoi qu'on fasse, et quelque soin qu'on ait mis à appliquer l'électrode faciale hermétiquement sur le tégument, il est impossible d'empêcher le courant de s'écouler plus aisément par certains points, ceux par exemple où la résistance cutanée est moindre, où l'humidité de la plaque est plus grande ou bien son contact avec la peau plus intime. De telle sorte qu'il existe à côté de la densité théorique facile à chiffrer, une densité réelle, densité pratique qui a été parfaitement indiquée du reste par ceux qui se sont occupés de la question, mais dont l'évaluation est impossible.

Les sensations éprouvées par les malades au moment du passage du courant sont interprétées de façon très diverse. Tel malade déclare ne rien sentir du tout avec 4, 5, 6 milliampères, tel autre accuse simplement une sensation de fourmillement, enfin un troisième aura une impression de chaleur bienfaisante. A aucun moment les malades auxquels nous avons appliqué les intensités faibles ne se sont plaints de phénomènes douloureux ou seulement de sensations désagréables.

D. *Durée.* — La durée de l'application électrique constitue à elle seule un des facteurs les plus importants de la réussite. On estime généralement qu'une durée de dix minutes est suffisante; elle est même considérée par certains auteurs comme une application longue puisque trois à cinq minutes représentent pour eux un temps moyen. Nous mettons en garde également contre des prescriptions telles que celles-ci : application de courant voltaïque une minute sur chaque point douloureux ; ce qui est absolument dérisoire.

Bergonié proposait des séances de vingt minutes et ses élèves l'ont suivi dans cette voie. Peut-être cette durée est-elle suffisante lorsqu'on applique des intensités élevées, mais

lorsqu'on se contente d'une intensité ne dépassant pas 10 milli-ampères, vingt minutes ne suffisent plus.

Nos premières applications furent faites pendant un quart d'heure et vingt minutes, mais nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que l'amélioration que nous cherchions s'obtenait beaucoup plus vite et beaucoup plus sûrement avec des séances de trente, quarante, quarante-cinq et cinquante minutes, et actuellement, après avoir tâtonné dans cette voie, le *minimum de temps que nous imposons aux malades est une heure*. Nous avons recherché parmi les observations publiées avant nous les durées moyennes des séances, et nous n'en avons trouvé que deux où il ait été fait mention de séances dépassant une demi-heure : dans un cas, trente-cinq à quarante-cinq minutes, dans l'autre, quarante à cinquante minutes.

Autant que nous, les malades sont convaincus de l'avantage des séances prolongées, et l'un d'entre eux nous a même incité à essayer des séances encore beaucoup plus longues. Ces séances prolongées ne produisent aucune fatigue, le malade n'ayant aucun appareil à tenir.

Il est indispensable cependant que les électrodes soient convenablement appliquées et toujours en état d'humidité parfaite. On n'oubliera pas de recommander au malade qui fera lui-même les applications de s'assurer constamment de l'humidité suffisante des électrodes.

E. *Le Traitement dans son ensemble.* — Une séance consiste donc dans l'application du courant continu à l'intensité de 4 à 8 milli-ampères pendant une heure environ. Lorsqu'on retire les électrodes on remarque que la peau du côté électrisé est congestionnée, mais cet état ne tarde pas à disparaître après quelques heures, et en général au bout de trois heures la face a repris son aspect normal.

Immédiatement au sortir de la séance le malade éprouve un sentiment de bien-être, une détente qui se trouve surtout marquée dans les cas de névralgie à forme grave. Un des effets particuliers de la séance de voltaïsation que nous n'avons trouvé signalé nulle part est une certaine tendance au sommeil.

Avec les faibles intensités il est exceptionnel de constater une irritation cutanée quelconque. Il n'est pas rare qu'après

quelques séances il se produise une légère desquamation de la couche la plus superficielle de l'épiderme. Cette éventualité ne présente du reste aucun inconvénient. Toutefois il serait bon de suspendre les séances pendant un ou deux jours si cette desquamation avait tendance à s'exagérer.

On peut se contenter de 3 séances par semaine. Ce chiffre est celui qui convient aux formes peu ou moyennement douloureuses de la névralgie. Mais, dans les cas de névralgie très violente, dans toutes les formes graves, dans toutes celles qui s'accompagnent de tic, il est absolument indiqué de faire des applications *quotidiennes*.

Celles-ci ne devront pas être faites à des heures indifférentes d'un jour à l'autre, un jour le matin par exemple et le lendemain, le soir ou dans l'après-midi. Si des séances ainsi faites n'amenaient qu'une amélioration insignifiante, il ne faudrait pas s'en montrer autrement surpris, car l'un des principaux éléments de succès est précisément l'absolue régularité et la périodicité des applications. Un bon moyen pour en obtenir l'exécution chez les malades est de les engager à s'y soumettre le matin dès le réveil.

Dans les quinze jours ou le mois qui suivront le début du traitement, il ne faudra guère compter sur une amélioration flagrante. Celle-ci se produit bien quelquefois dès la première huitaine, mais beaucoup plus souvent il faut attendre jusqu'à la fin du premier mois pour la voir survenir. Dans le type grave, il y a même parfois au moment des premières séances une augmentation des douleurs, fait sur lequel il y a lieu d'appeler l'attention du malade, afin de ne pas le laisser conclure à l'inefficacité de l'électricité, ou même à sa nocivité. Le médecin sera même à ce moment parfois obligé d'user de toute sa puissance de persuasion pour éviter toute interruption du traitement, si, ne constatant encore aucun résultat, ou traversant la période hyperalgique, le malade se trouvait découragé, et s'apprêtait à renoncer à la cure qu'il vient d'entreprendre.

Trois mois de séances représentent la moyenne que nous avons généralement adoptée. Au bout de ce temps les malades les plus gravement touchés accusent à peu près tous une amélioration nette plus ou moins considérable suivant les sujets, presque toujours cependant très marquée. Après ces trois mois, si l'on juge l'amélioration suffisante, on pourra

interrompre le traitement, mais *non pas le suspendre* d'une façon définitive. Il est nécessaire en effet que les malades reviennent de temps à autre à l'électricité, et il faut leur recommander de reprendre de nouvelles séances pendant plusieurs mois à raison de 8 à 10 par mois environ, alors même que les douleurs seraient devenues insignifiantes. Ces séances se feront de préférence pendant huit à dix jours consécutifs, du 1er au 8 ou 10 de chaque mois, par exemple. Chez les femmes, qui, pour la plupart présentent au moment de leurs règles une poussée algique, il y aura intérêt à faire prendre ces séances dans la semaine précédant la menstruation. Certaines malades se sont même tellement accoutumées à cette façon de faire que nous les voyons revenir dans le service uniquement à l'époque précitée alors même qu'elles ne souffrent pas.

F. *Résultats.* — Un certain nombre d'observations ont été publiées par Bergonié, Bordier, Mias, Guilloz, Vernay. Toutes ces observations se rapportent à des malades traités par la méthode de Bergonié, ou tout au moins par des courants de haute intensité.

Guilloz [1] cherche à appliquer des densités de courant plus considérables que Bergonié : « J'ai essayé, dit-il, des courants de densité encore plus forte et dépassant souvent l'unité et même 1,5. Je les fait passer jusqu'à ce que la peau menace de s'altérer d'une façon permanente. L'électrode active recouvre seulement les parties douloureuses et on en diminue la surface à mesure que la douleur se circonscrit. J'ai employé comme pôle actif, tantôt l'anode, tantôt la cathode, sans qu'il m'ait été possible de différencier nettement l'action prédominante de l'un des pôles. »

Parmi les résultats éloignés qui ont été notés, ceux que rapporte Bergonié offrent un intérêt primordial puisque l'auteur a pu suivre certains malades pendant sept à huit ans. Malheureusement tous les auteurs ne l'ont pas imité et n'ont pas publié de suites éloignées, ce qui, pour la névralgie du trijumeau du type grave, est cependant de toute importance.

Cette névralgie du trijumeau type grave, peut-elle guérir?

[1] *Société de Médecine de Nancy*, 26 janvier 1898.

Non, d'après Bergonié, qui, du reste, n'accorde au traitement électrique qu'une valeur palliative. Oui, d'après quelques-uns qui affirment avoir obtenu dans certains cas une guérison pleine et entière. Il est permis de se demander si, dans des cas de ce genre, les auteurs n'ont pas été induits en erreur par l'allure de la névralgie, et s'il ne s'agissait pas ici et là de névralgies du type léger. Dans bien des observations, en effet, le type de la névralgie n'est pas pas spécifié, et il est impossible de savoir auquel des deux types appartient l'affection traitée.

Sans doute les auteurs ont eu toujours soin de noter la date du début de l'affection, mais cette indication ne donne qu'un renseignement insuffisant. Que l'on veuille bien se reporter aux quelques considérations d'ordre clinique que nous avons développées plus haut, et où nous avons cherché à préciser la ligne de démarcation entre les deux « formes » de névralgie faciale. On y trouvera que la névralgie du type léger peut affecter une allure *légère, sérieuse ou tenace,* tout comme la névralgie sciatique qui se montre sous les aspects les plus variés, depuis la forme la plus légère, jusqu'aux formes les plus extraordinairement rebelles. Or, pour le type léger de la névralgie faciale, le traitement électrique basé sur les principes que nous venons de passer en revue est à coup sûr l'une des meilleures thérapeutiques et nous l'avons vu réussir d'une façon parfaite dans des cas de névralgie de ce type qui avaient résisté à tous les autres traitements. La guérison y est la règle, et on peut s'attendre, après un traitement régulier de deux mois environ, à voir les douleurs disparaître d'une façon définitive.

Mais il n'en est pas de même du type grave de la névralgie faciale, de la névralgie épileptiforme. Quoi qu'on en ait dit, la guérison véritablement totale nous paraît bien improbable, et nous ne l'avons pour notre part jamais observée d'une façon absolue. Des améliorations considérables peuvent se produire sous l'influence du traitement électrique, améliorations qui approchent parfois assez sensiblement de la guérison, mais nous n'hésitons pas à affirmer « qu'il reste toujours quelque chose ». Même dans les cas où l'absence des accès pendant de longs mois a paru offrir l'espoir d'une disparition totale de la maladie, il s'est toujours produit à un moment donné un ou plusieurs épisodes douloureux,

épisodes il est vrai très supportables, et comme la reproduction en abrégé et en miniature des accès d'autrefois.

L'emploi du courant continu suivant le procédé que nous venons d'indiquer avec des intensités faibles de *4 à 10 milli-ampères*, la *durée longue* des applications tri-hebdomadaires ou quotidiennes pendant *trois mois d'abord*, puis pendant huit à dix jours les mois consécutifs, (période de *cure active* pendant trois mois, période de *soutien* à la suite), représentent la thérapeutique que nous utilisons dans la cure de névralgie faciale.

Nous avons traité ainsi 17 malades atteints de névralgie faciale dont la plupart avaient déjà tout tenté, ou à peu près tout, pour obtenir un peu de soulagement.

Sur ces 17 malades, 7 ont présenté une névralgie du *type grave avec tic* plus ou moins prononcé. Sur ces 7 malades nous devons noter *un insuccès complet;* tous les autres ont été améliorés dans des proportions variables. Cette amélioration a été moyenne chez une malade qui ne s'est pas soumise au traitement avec la régularité requise, mais elle a été très marquée au contraire chez les 5 autres.

Six malades avaient le *type grave mais sans tic*. Sur ces 6 cas, dans l'un, le nombre des séances a été notoirement insuffisant (8 séances) ; dans un autre le traitement n'a pas été fait régulièrement.

Restent donc 4 cas parmi lesquels nous notons une amélioration moyenne, et 3 très grosses améliorations. Enfin sur 4 cas de *névralgie du type léger*, nous noterons un traitement incomplet, une amélioration considérable et deux guérisons. Malgré le peu d'importance qu'il faille attacher aux statistiques, celle-ci en raison du nombre d'améliorations obtenues, nous paraît digne d'être prise en considération.

On voit que nous ne faisons usage du terme de guérison que pour les névralgies à type léger. Pour les névralgies du type grave, nous n'avons voulu admettre comme possible qu'une amélioration très considérable, et nous ne saurions assez insister sur ce point. Bien que dans deux cas de névralgie faciale de ce type nous ayions obtenu une sédation presque absolue des douleurs, nous ne consentons pas à reconnaître à la voltaïsation autre chose qu'une action palliative.

Il arrive en effet bien souvent qu'après la période d'amélioration qui se montre presque toujours d'une façon nette après les trois premiers mois, il se produise une rechute au bout d'un temps variable. Ces rechutes se présentent parfois en assez grand nombre pour permettre de douter de l'amélioration obtenue, mais si l'on interroge les malades avec soin et si l'on ne se borne pas à leur poser cette simple question : « souffrez-vous encore? » on apprendra d'abord que toutes ces rechutes laissent entre elles des intervalles de repos absolu bien plus longs que ceux qui existaient avant le traitement, et ensuite que les crises douloureuses ne se montrent plus, ni avec la même durée, ni avec la même intensité qu'avant toute électrisation. En un mot : « l'électrisation a usé la névralgie » (Bergonié).

Lorsqu'on demande aux malades d'établir une comparaison entre les sensations éprouvées avant le traitement et postérieurement à lui, ceux-ci sont d'accord pour affirmer que cette comparaison n'est plus possible même dans les périodes les plus douloureuses. « Ce ne sont plus des éclairs, nous a dit l'un de nos malades, je sens qu'il va y avoir quelque chose, et ce quelque chose est un chatouillement considérable et fort désagréable. » De toute façon la cessation momentanée des accès ou leur diminution, l'existence d'intervalles non douloureux plus prolongés qu'auparavant, constitue un bénéfice indiscutable, dont il faut tenir compte et dont les malades sont du reste unanimes à reconnaître l'importance. Deux, et nous pourrions même dire trois de nos malades avaient, avant le traitement, des idées de suicide qui semblaient ne pas être qu'une vaine menace. Aucun d'eux ne songe plus actuellement à attenter à ses jours.

Il est du reste encore un fait qui représente à lui seul un notable élément d'appréciation de la valeur du traitement électrique. Parmi tous nos malades qui constituent le groupe de ceux qui ont obtenu une amélioration franche, il n'en est pas un, qui, au premier présage de réapparition de douleurs, ne soit revenu réclamer une nouvelle série de séances, et tous nous ont assuré que parmi les différents traitements qu'ils ont subis, médications internes, injections sous-cutanées, analgésiques, topiques, névrotomie, résection, il n'en est aucun qui leur ait procuré un soulagement aussi marqué que le courant continu.

G. *Mode d'action.* — Ces résultats sont-ils effectifs et véritablement dus à l'action du courant électrique lui-même? ou bien faut-il voir une heureuse conséquence de la suggestion armée? C'est là un argument, qu'à l'exemple de Mœbius, font encore valoir un certain nombre d'auteurs, Bernheim par exemple. Il faudrait admettre dans ce cas une bien puissante influence suggestive de l'électricité que pourrait d'ailleurs tout aussi bien créer le cachet d'antipyrine ou de mica panis. Bernheim fait toutefois remarquer que la suggestion ne réussit d'une façon certaine que dans les cas de névralgie-névrose, tandis que dans les cas de névralgie-névrite il avoue avoir peine à s'expliquer son mode d'action.

S'agit-il, comme on l'allègue, d'une heureuse coïncidence? Et n'aurions-nous pas pris pour des améliorations ces périodes d'accalmie que l'on observe chez bien des malades dans l'évolution de leur névralgie. Sans doute il nous est impossible de prétendre que cette éventualité si favorable ne se soit pas produite chez un ou deux malades, mais il faudrait vraiment un concours de circonstances bien extraordinaire pour que cette heureuse coïncidence se soit montrée dans la proportion de huit fois sur dix environ.

Quoi qu'il en soit, on peut étayer sur les propriétés physiologiques du courant continu une théorie rationnelle de son mode d'action dans la névralgie faciale. Déjà, il n'est pas douteux qu'il faille pour une certaine part, faire intervenir l'influence sédative du pôle positif. L'action polaire toutefois n'est peut-être pas un argument suffisant quand il s'agit d'expliquer la diminution des crises spasmodiques et en particulier du tic douloureux. Peut-être dans ce dernier cas l'électricité vient-elle exercer une action sur le réflexe moteur lui-même, en ce sens que, produisant une action analgésique sur les extrémités périphériques, le réflexe moteur centrifuge perdrait parallélement de son intensité.

Bergonié explique ainsi le mode d'action de l'électricité dans sa méthode : il se produit durant le passage du courant des phénomènes de décomposition électrolytique des tissus, et au voisinage de l'électrode positive se développe, par action secondaire, un milieu acide. C'est dans ce milieu que se trouvent plongés, pendant le passage du courant et après lui, les dernières ramifications sensitives du nerf affecté, et « il n'est pas irrationnel de supposer que de ce fait, et par

une action que j'ai appelée action tertiaire de l'électrolyse, leur irritabilité pourra être momentanément diminuée, suspendue, et même détruite si l'action est assez puissante et prolongée. » Selon Bergonié ce ne sont pas seulement les dernières ramifications du nerf qui sont atteintes, mais l'action du courant s'étend sensiblement au delà, et il se fonde sur ce fait, qu'après l'application du courant il existe une diminution considérable de l'hyperexcitabilité de la peau et des parties profondes, puisque les mouvements intenses, le massage, la pression sur les branches nerveuses au niveau de leur émergence, les mouvements de la parole, de la mastication ne provoquent pas de douleurs. Cette diffusion se ferait par les canaux osseux de la face, qui à l'inverse des parties osseuses offrent une moindre résistance au passage du courant, et celui-ci emprunterait, par conséquent, pour gagner l'électrode indifférente, la voie offerte par les branches du trijumeau. Et, admettant que l'électricité suive ainsi les branches de ce nerf, il est fort juste de penser que le courant agit profondément sur le trijumeau, et même sur le ganglion de Gasser par cette voie.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XIV. **De l'état actuel de la théorie de l'inflammation dans le système nerveux central**; par E. Storch. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXIII, N. F. XI, 1900.)

Toute toxine peut, par irritation, léser les vaisseaux et produire ainsi une *affection en foyer*, dont les conséquences dépendent de la structure et de la disposition du vaisseau ainsi que de l'endroit du système nerveux central atteint. La toxine peut aussi, en pénétrant dans la paroi d'un capillaire, préalablement intact ou malade, envahir la lymphe qui arrose cellules et fibres, et agir sur le parenchyme : ici intervient une espèce de sélection en rapport avec la cause morbigène, avec l'individu, une affinité chimique, qui fait que l'agent toxique s'adresse à des groupes nerveux physiologiques, à des *systèmes*, et s'exprime cliniquement par les accidents de la strychnine, du tétanos, du délire aigu, du tabes, de la paralysie générale, Nous connaissons bien les altérations corres-

pondantes de certains neurones de la moelle, pas du tout celles du cerveau.

Il y a lieu de distinguer l'inflammation qui suit le trajet des vaisseaux, et celle qui suit le neurone.

I. — *Le type de l'inflammation du neurone* est celle du *tabes dorsal*, constituée par la dégénérescence primitive des cordons postérieurs, d'origine, le plus habituellement syphilitique. C'est une inflammation, indépendante du système vasculaire, mathématiquement limitée au trajet des fibres radiculaires postérieures, qui n'altère pas la forme de la moelle. Racines postérieures, région externe des cordons postérieurs, envahissement des faisceaux de Goll (dans la moelle cervicale), telle est la marche de la lésion de bas en haut, progressivement. Les fibres nerveuses disparaissent pour être remplacées par des fibres névrogliques. A un moment donné, le champ dégénératif est relié aux cornes postérieures à l'aide de cloisons de névroglie abondantes autant qu'épaisses, et surtout aux colonnes de Clarke, altérées de même façon ; cette transformation se poursuit dans les cornes antérieures du même côté, et gagne, par la commissure postérieure, la corne postérieure du côté opposé. La constatation de lésions atrophiques identiques dans les ramuscules sensitifs de la peau, dans les cellules des ganglions spinaux (segments intraspinaux), autorise à formuler que le tabes émane d'une lésion primitive des cellules des ganglions spinaux, qui aboutit à la nécrose des extrémités les plus périphériques ainsi que des racines postérieures dans tout leur parcours (Pierre Marie, Oppenheim, Struempell). Les altérations de la substance de soutènement sont secondaires : elles sont destinées à combler le vide produit par la mort des éléments nerveux ; les fibres névrogliques se multiplient, mais les noyaux, peu. On ne voit que peu de cellules granuleuses, un petit nombre seulement de cellules étoilées ou cellules névrogliques riches en protoplasma, gonflées, et elles sont peu volumineuses. C'est une sclérose isomorphe, qui représente le degré le plus inférieur de l'irritation formative de la névroglie.

II. — *L'inflammation* qui s'adresse aux *vaisseaux* engendre des *lésions en foyer*. Celles-ci sont, lorsque le système vasculaire est au préalable intact (enfants, jeunes gens), causées par des corps solides comme les embolies : d'où la poliomyélite.

Pour qu'un agent nocif amorphe exerce une action locale, il faut que le système vasculaire soit auparavant affecté, comme dans le cas d'anévrisme miliaire qui résiste moins à la pression. Alors, interviennent pour détruire les tissus, hémorrhagies, embolies ou thromboses, aseptiques (ischémie, anémie) ; tous agents traumatiques en réalité ; ou bien les bactéries avec leurs produits de désassimilation, toxiques d'origine interne ou externe. Les agents nocifs agissent au prorata de leur acuité, de leur lenteur, de leur

constitution, de leur concentration, de la force de résistance et de réaction locale et individuelle du tissu.

Le parenchyme nerveux possède une très faible puissance de régénération ; de là les variantes anatomopathologiques : chromatolyse des cellules, tuméfaction des cylindraxes, régression des gaines myéliniques, dissociation des éléments anatomiques, résorption des débris, avec cette particularité que ces débris peuvent demeurer sur place longtemps à l'état de cellules calcifiées, de mottes hyalines, de corpuscules amylacés. Le parenchyme reste passif, sauf en certains cas légers et chroniques où l'irritation caresse les couches périphériques des fibres nerveuses, fouette la nutrition du cylindraxe et provoque sa réparation (sclérose en plaques).

La substance de soutènement, ou névroglie d'origine ectodermique, réagit vivement même vis-à-vis d'une irritation faible qui ne paraît pas altérer le parenchyme : telles les cellules satellites des grandes cellules pyramidales de l'écorce se multiplient sans altération apparente du parenchyme. Ailleurs, les fibres de la névroglie sont intactes à côté des lacunes de la substance blanche de la moelle. Enfin, si la lésion est extrême, la charpente de soutien cède à son tour, il s'effectue une nécrose totale d'un morceau de tissu, et ce séquestre irrite autour de lui.

Les lésions de nutrition sont de trois sortes : 1° la tuméfaction du parenchyme avec activité modérée de la névroglie ; 2° la décadence des éléments nerveux avec conservation de la charpente de soutien ; 3° la nécrose ou ramollissement.

M. Storch étudie minutieusement le *ramollissement* constitué par la formation d'une cavité qui contient le séquestre : dans la paroi de celle-ci se produisent des phénomènes qui tendent à la guérison. *A.* S'agit-il du ramollissement *traumatique*, d'une nécrose anémique, *l'inflammation qui lui succède* procède des éléments suivants : altération des vaisseaux, exsudation, ébranlement de l'équilibre du tissu, prolifération de l'appareil de soutènement et régression du parenchyme ; *B.* Le ramollissement *toxi-infectieux succède au contraire à l'inflammation*. Il débute par l'exsudation d'un liquide albumineux, l'émigration des hématies, et des leucocytes plus spécialement chargés d'absorber tous les détritus qu'ils emportent en se résorbant. La prolifération appartient à la névroglie seule : elle commence du troisième au quatrième jour. Tout près du foyer nécrosé, on rencontre encore de grosses cellules épithélioïdes à un ou plusieurs noyaux, des cellules mésodermiques du système vasculaire, endothéliales, des fibres de muscles et de tissu conjonctif tuméfiées, hyalines, des espaces lymphatiques périvasculaires bondés d'endothéliums proliférés, susceptibles de se charger des décombres.

A noter que Hoche, au moyen d'embolies aseptiques renforcées

après coup d'infection, a obtenu une inflammation de la moelle atteignant le canal central, espèce de *syringomyélie inflammatoire*.

L'inflammation aiguë peut, de par la persistance de l'irritation atténuée, devenir *chronique* : sclérose en plaques consécutive à encéphalomyélite disséminée.

Il existe aussi des *lésions en foyer*, c'est-à-dire vasculaires, dès le début *lentes et irrésistibles* : on y retrouve les altérations vasculaires, la tuméfaction de la névroglie qui est énorme, ex : certaines formes de sclérose poly-insulaire ou diffuse, avec ou sans augmentation de volume. Le microscope permet d'en déterminer deux aspects. *a. Sclérose en plaques* : foyer composé d'un réseau fort ou fin de fibres de la névroglie, modérément riche en noyaux, rappelant la disposition des fibres nerveuses, fréquemment traversé par des fibres nerveuses amyéliniques; dans la zone marginale, cellules étoilées de névroglie gonflées; *b. Sclérose diffuse.* Particulière à l'enfance, elle porte sur le cerveau. Première espèce. Circonvolutions, lobes ou presque un hémisphère massif, épais; feutrage de névroglie avec nombreux noyaux, cellules étoilées assez grosses. Un cas de ce genre observé chez un paralytique général adulte. Deuxième espèce. Enfants. Tissu scléreux composé d'une névroglie très abondante; on a peine à reconnaître l'ébauche de la structure ancienne du cerveau. Quelques points ramollis presque exclusivement formés de grosses cellules épithélioïdes ou de grosses cellules étoilées gorgées de liquide. P. KERAVAL.

XV. **Contribution à la connaissance des troubles de la conscience avec conservation de la mémoire chez les épileptiques** ; par M. K. BONHOEFFER. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII, N. F. XI, 1900.)

Observation très détaillée d'un dégénéré. Tares héréditaires, convulsions dans l'enfance, signes de dégénérescence physiques, faible résistance à l'égard de l'alcool, tendance à éprouver de l'angoisse. Il présente un accès passager d'aliénation mentale caractérisé par des sensations physiques anormales toutes particulières, de l'apnée et de la dyspnée survenues brusquement au réveil, qui ressemblent à celles des épileptiques en proie à un accès d'agitation expansive. Il a du vertige : tout danse autour de lui; il ne peut s'empêcher de cligner des yeux, il sent qu'on lui tire le ventre, il ressent des douleurs dans les membres, sa face est cyanosée, sauf autour de la bouche et des yeux où elle est pâle, les pupilles sont larges, continuellement en mouvement, il a l'air de chercher quelque chose. L'accès passé, le malade ne se rappelle que partiellement son délire de perquisition; une grande partie des autres symptômes lui sortent promptement de la mémoire.

Comme il a mis plusieurs fois le feu, ses incendies doivent-ils être mis sur le compte d'un trouble de la conscience d'origine épileptique? Avant que se produisit l'accès délirant précédent d'angoisse et d'hypochondrie, on les avait considérés comme des actes impulsifs probablement commis dans un état d'inconscience: on avait invoqué les antécédents, l'ivresse, une intoxication carbonique causée par des polypes du nez, l'absence de motifs normaux, mais, à raison de la conservation de la réminiscence, on ne lui avait pas accordé tout le bénéfice de la loi. Or, maintenant, il convient de se demander si les incendies ne dépendent pas d'un trouble mental plus profond. Discussion de laquelle il ressort que la conservation du souvenir n'élimine pas l'existence d'une obnubilation psychique épileptique, bien que la mémoire en l'espèce soit rarement aussi nette que normalement. Et effectivement ici la forme du souvenir des incendies prouve un trouble de la conscience à l'époque de l'acte ; ces actes n'ont pas été produits par l'enchaînement normal des idées qui aboutit à la volition. Il y avait un désordre des opérations mentales comparable à celui du rêve. Lire le mémoire. P. KERAVAL.

XVI. **Altérations des os de la face consécutives à la paralysie faciale**; par J.-K.-A. WERTHEIM-SALOMONSON. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII. N. F, XI. 1900.)

Deux observations d'un homme de cinquante-deux ans et d'une femme de vingt-sept ans, atteints depuis l'âge de dix ans et de trois ans et demi de paralysie faciale gauche. Il existe une hypertrophie des contours des os, en particulier du maxiliaire supérieur, du côté paralysé, qui les fait proéminer en dehors. Bibliographie : Schauta, *Académie des Sciences de Vienne*, 1872, t. LXV, p. 105-115. — Schiff, *Beitr. z. Physiolog.*, t. I, p. 123. — Nasse, *Pflüger's Archiv.*, 1880, t. XXIII, p. 361. — Vulpian, *Appar. vasomoteur*, t. II, p. 352. — Romberg, *Lehrb*, p. 248.

Il ne peut y avoir de rapport direct entre la paralysie faciale et l'hypertrophie osseuse. Celle-ci tient à la flaccidité de la joue paralysée qui, n'appuyant plus constamment sur l'os n'en modère plus l'accroissement : celui-ci s'est donné carrière du côté malade. La paralysie ayant eu lieu aux âges indiqués, le développement des os a pu s'effectuer pendant 8 et 15 années sans rencontrer le modérateur de la pression des muscles constitutifs de la joue. Cette joue est elle-même hypertrophiée, mais cela tient aux parties molles, à une accumulation de graisse dans la peau moins mobile que normalement. P. KERAVAL.

XVII. **Influence des sciences naturelles sur le développement de la psychologie**; par M. A.-F. LAZOURSKY. (*Obozrénié psichiatrii*, V. 1900.)

Sans doute les phénomènes psychiques ont une énorme importance dans la vie de l'homme, mais il ne faut pas oublier le rôle qu'ont joué les sciences naturelles dans le développement de la psychologie. Toutes les fois qu'une branche quelconque de la psychologie s'est rapidement développée, l'impulsion lui a été donnée par les progrès de tel ou tel domaine des sciences naturelles, qu'il s'agisse de la découverte de nouveaux faits, de l'élaboration de nouvelles méthodes, de l'apparition d'une nouvelle théorie heureuse. C'est ce que démontre l'auteur en suivant pas à pas les principaux échelons de ce développement.

Voici la méthode recommandée en matière de psychologie par M. Lazoursky. Décrire le plus complètement possible dans le cours d'un espace de temps déterminé les actes, la conduite, les paroles, les gestes, la mimique etc., d'une personne donnée, de façon à finalement constituer l'histoire d'une période de sa vie, ainsi que nous, médecins, établissons l'histoire d'une maladie. Prendre ses observations suivant un plan défini qui serait commun à toutes les observations semblables, et permettrait de les comparer. Après avoir recueilli le plus possible d'histoires de cette façon, les mettre en regard les unes des autres. Alors, seulement alors, il sera possible d'élaborer une classification naturelle des types, de fixer les connexités et les liens qui peuvent existe rentre des propriétés psychiques séparées, en un mot de transformer en un système scientifique bien ordonné, achevé, un recueil incohérent, chaotique, de faits et d'hypothèses. P. KERAVAL.

XVIII. **Des réflexes musculo-tendineux complexes des extrémités inférieures dans les myélites**; par W.-M. BECHTEREW. (*Obozrénié psihiatrii*, V. 1900).

Les myélites localisées au-dessus du renflement lombaire se traduisent par une exagération franche des réflexes des extrémités inférieures accompagnée de phénomènes spasmodiques. Ceux-ci dépendent dans une large mesure de l'hyperexcitabilité réflexe, grâce à laquelle de faibles excitations extérieures déterminent des contractions musculaires convulsives. Le déplacement de l'un ou l'autre des membres inférieurs, une légère caresse de la main sur la peau, parfois même le simple soulèvement de la couverture, l'action de l'air frais, provoquent instantanément la contraction convulsive dans un des membres ou dans les deux de muscles tels que le triceps fémoral et les gastrocnémiens. Eh bien, dans l'espèce, en outre de l'exagération des réflexes tendineux et cutanés, il faut tenir compte de l'existence de réflexes musculo-tendineux complexes qui se manifestent sous l'influence des mouvements d'extension et de la compression que l'on fait subir aux muscles des extrémités inférieures des malades. Ces réflexes sont au nombre de trois.

A. — Le *réflexe extenseur de la jambe* s'exprime par *l'extension en bloc du membre entier*, due à une énergique contraction des muscles de la face antérieure de la cuisse et de tous les gastrocnémiens. On le provoque en fléchissant rapidement la jambe sur la cuisse, ou le pied sur la jambe. Cette extension réflexe convulsive se manifeste d'ordinaire au début de la flexion de la jambe parce que c'est le moment où les muscles de la face antérieure de la cuisse sont par là soumis à l'extension la plus vive. La flexion du pied agit en exerçant une extension passive sur les gastrocnémiens. Toujours, quand on provoque ce réflexe, les extenseurs de la cuisse et les gastrocnémiens se contractent simultanément et conjointement, comme s'il s'agissait d'un groupe de muscles exécutant un mouvement déterminé.

B. — Moins constant, mais néanmoins fréquent, le *réflexe fléchisseur de la jambe* se traduit par la contraction simultanée des fléchisseurs de la cuisse et du pied : la jambe se fléchit sur la cuisse, le pied et les orteils, surtout le gros orteil, se fléchissent sur la jambe. On le provoque en pratiquant la flexion plantaire du pied, ou en comprimant entre les doigts de la main les muscles de la cuisse et les gastrocnémiens, parfois même en déplaçant la rotule, la jambe étant étendue : ce déplacement tire sur les extenseurs de la cuisse qui agissent, par voie réflexe, sur les fléchisseurs de l'extrémité. En quelques cas la flexion dorsale du pied le détermine : ce mouvement produit d'abord l'extension des gastrocnémiens qui, par voie réflexe, fait contracter les antagonistes, principalement le jambier antérieur et les péroniers. Alors, aussitôt après la flexion du pied, à l'instant où ce dernier revient à sa position première, les orteils s'étendent, particulièrement le gros orteil, dont le tendon se dessine nettement : c'est ce qu'on appelle la *contraction paradoxale*, qui n'a rien de paradoxal, car elle émane de la contraction réflexe ordinaire sous la dépendance de l'extension passive des muscles antagonistes. A noter la synergie des fléchisseurs de la cuisse et du pied. C'est un réflexe qui s'obtient constamment, mécaniquement, toutes les fois qu'on comprime les muscles de la cuisse, et qui ne se produit ni par simple heurt des muscles de la cuisse, ni en choquant à l'aide du marteau le tendon patellaire.

C. — *Réflexe adducteur de la jambe.* Quand, les jambes étant à demi-fléchies, le médecin les écarte brusquement, les adducteurs de la cuisse subissent une extension qui détermine leur contraction : les membres inférieurs se rapprochent. Il s'en faut de beaucoup que ce réflexe soit aussi accentué et aussi fréquent que les deux autres. Il ne se manifeste nettement que dans le cas d'hyperexcitabilité réflexe extrêmement marquée.

Les réflexes précédents, surtout les deux premiers, peuvent, en certaines conditions, être provoqués au moyen de l'excitation de

la peau, par exemple à l'éponge d'eau froide, au pincement des membres inférieurs. M. Bechterew les compare enfin aux réflexes de Schaeffer et de Gabiensky. P. KERAVAL.

XIX. De la localisation des centres du goût dans l'écorce du cerveau; par Ia.-P. GORSCHKOW. (*Obozrénié psichiatrii*. V. 1900.)

Expériences réalisées sur 42 chiens, dont voici les conclusions :

1. La destruction bilatérale de la région de l'écorce qui embrasse les parties antéro-inférieures des 3e et 4e circonvolutions primitives, de la sylvienne antérieure (4e circonv.), de l'ectosylvienne antérieure (3e circonv.), de la composite antérieure (portion inférieure des 3e et 4e circonv.), entraîne la perte complète du goût, de toutes les catégories de sensations gustatives. — 2. La destruction de toutes les autres régions corticales, frontales, pariétales, temporales, occipitales, ne détermine, pas plus que celle de la face inférieure du cerveau, pas le moindre affaiblissement des sensations gustatives. — 3. La destruction de la région gustative en question, d'un côté se traduit par la perte complète du goût sur la moitié opposée de la langue et par un léger affaiblissement de cette fonction de la moitié correspondante. — 4. Une vaste destruction de toute cette région fait aussi disparaître la sensibilité tactile de la langue, et cette anesthésie est exactement disposée comme l'est l'anesthésie gustative. — 5. Le degré de l'ageustie est, jusqu'à un certain point, directement proportionnel à l'étendue de la destruction en profondeur et en surface : moins l'écorce est détruite, plus faible est la perte du goût et inversement. — 6. Il en est de même à l'égard de la persistance ultérieure de l'ageustie : une *faible* destruction *unilatérale* concorde avec l'amélioration progressive du goût en quelques jours à peu près ; a-t-on notablement détruit, il persiste encore de l'affaiblissement du goût au bout de trois mois et demi. L'amélioration du goût suit la même marche dans le cas de destruction *bilatérale insignifiante*. L'amélioration du goût est beaucoup plus faible quand la destruction bilatérale a été importante : il est probable qu'alors la sensibilité tactile et les fonctions de l'écorce des parties voisines intactes concourent à cette amélioration. — 7. La destruction partielle de la région gustative produit une perte partielle du goût à l'égard de catégories distinctes de sensations gustatives, ce qui, évidemment, peut indiquer l'existence dans l'écorce cérébrale de centres séparés indépendants affectés aux principales sensations du goût — à la perception du sucré, de l'acide, du salé, de l'amer. Des difficultés opératoires s'opposent à la fixation exacte de la localisation de ces centres. On est simplement en droit de supposer que la sylvienne antérieure, au point le plus voisin de l'ectosylvienne antérieure, contient surtout les centres de l'amer et du salé, — que l'ectosyl-

vienne antérieure est principalement le siège de la sensibilité tactile de la langue, de l'acide et du sucré. Il semble que l'amer occupe exactement la portion inférieure de la sylvienne antérieure sur les confins de la scissure sylvienne et de la scissure présylvienne, que le salé réside approximativement à la partie moyenne de cette circonvolution. Le centre de l'acide serait localisé à la portion inférieure de l'ectosylvienne antérieure, celui du sucré à sa partie supérieure : le centre de la sensibilité tactile de la langue occuperait, dans la même circonvolution, l'endroit le plus proche de la suprasylvienne antérieure (2e circonv.). La réceptivité de la sensation amère et de la sensation salée diminue vraisemblablement graduellement à mesure que l'on passe de la sylvienne antérieure à l'ectosylvienne antérieure voisine ; la réceptivité de la sensation acide et de la sensation sucrée diminue graduellement à mesure que l'on passe de l'ectosylvienne antérieure à la sylvienne antérieure. Une localisation aussi fine s'appuie sur des expériences dans lesquelles la destruction d'une petite portion précise de l'écorce entraîne un trouble exclusif d'une seule espèce de saveur, celle-ci demeurant indemne quand l'endroit en question est conservé : Hermann a, d'ailleurs, publié des observations cliniques d'ageustie partielle chez les épileptiques et les paralytiques généraux. (*Obozrénié psichiatrii* 1899.) — 8. L'excitation faradique de la partie inférieure de la sylvienne antérieure, dans le point de Ferrier, détermine parfois le réflexe cortical gustatif, caractérisé par une faible contraction des lèvres du côté opposé. Peut-être s'agit-il de l'excitation du centre du facial que l'on suppose localisé en ce point ? Mais l'effet en est assez faible et éphémère pour qu'on puisse l'attribuer de préférence à l'excitation de la région sensible. — 9. Chez le chien comme chez l'homme il existe des aptitudes individuelles à la perception des impressions du goût. Il semble exister un certain parallélisme entre la race, la correction morphologique des circonvolutions du cerveau, et le degré de développement du goût : meilleure est la race, plus régulière est la forme des circonvolutions, plus développé est le sens du goût, et inversement. Le réflexe cortical gustatif ne s'observe que chez les chiens dont le goût est bien développé. — 10. La région gustative n'a pas de rapport direct avec la région olfactive. On a beau détruire cette dernière à la face inférieure de l'hémisphère (renflement olfactif, bandelette olfactive et lobe piriforme), le goût n'est pas atteint. Si l'on détruit les parties corticales voisines de la région olfactive, entre autres la région gustative, il se produit un affaiblissement peu marqué, passager de l'odorat du côté correspondant : il est évidemment causé par l'expansion du processus inflammatoire à la bandelette olfactive ou par la compression exercée sur cette bandelette par du sang épanché à la base du crâne quand on a eu le malheur de léser des vaisseaux de la scis-

sure de Sylvius. Les limites entre la région gustative et la région olfactive peuvent être tracées par la scissure de Sylvius, le sillon présylvien, le sillon rhinal, et le sillon olfactif. — 11. Impossible de déterminer exactement par ces expériences la réalité de la loi de Weber et Fechner quant aux sensations gustatives : on est obligé de juger de l'intensité de ces sensations par toute sorte de mouvements réflexes dont le caractère dépend de diverses particularités individuelles. Mais le degré de concentration de la solution sapide doit croître beaucoup plus vite que l'intensité des sensations auxquelles elle donne naissance, si l'on en juge d'après les différents mouvements réflexes qui les traduisent. P. KERAVAL.

XX. **Tumeur du nerf acoutisque**; par M. LÉPINE. (*Société nationale de Médecine de Lyon*, 13 mai 1901.)

M. Lépine présente le cerveau d'une malade qui a succombé dans son service avec les symptômes d'une tumeur cérébrale. Les troubles avaient débuté par une céphalée nocturne, des bourdonnements dans l'oreille gauche et une amaurose de l'œil droit ; puis l'amaurose était devenue double. Il y a un an, on fit le diagnostic de tumeur cérébrale. La malade succomba dans une crise épileptoïde. A l'autopsie, on trouva une tumeur du volume d'un œuf, ayant débuté dans le rocher et s'étant développée dans la cavité cranienne sous la dure-mère. Ces tumeurs sont décrites sous le nom de tumeurs du nerf acoustique et il en existe une douzaine d'observations. G. CARRIER.

XXI. **Ramollissement de la Protubérance avec attitude cérébelleuse**; par M. LÉPINE. (*Société nationale de médecine de Lyon*) 8 juillet 1901.

M. Lépine présente un malade qui au mois de janvier dernier éprouva quelques vertiges, une hémicranie gauche très violente, puis de la titubation avec entraînement irrésistible à gauche, les phénomènes durèrent plusieurs jours et tous ceux qui virent le malade diagnostiquèrent à ce moment une affection cérébelleuse. M. Lépine n'admit pas toutefois ce diagnostic, connaissant d'une part, la possibilité de pareils symptômes avec une lésion protubérantielle, et d'autre part il put constater des signes de paralysie alterne : une hémianesthésie droite totale pour les membres, gauche et incomplète pour la face, coïncidant avec une hémiparésie gauche et une paralysie complète de la corde vocale gauche.

M. Lépine croit qu'on peut affirmer le ramollissement de la protubérance. Il y a probablement des lésions multiples pour expliquer à la fois l'hémianesthésie alterne, la paralysie et le syndrome cérébelleux. G. C.

XXII. **Troubles du goût dans le domaine de la corde du tympan par lésion latérale**; par PAULY; (*Société nationale de médecine de Lyon*, 25 novembre 1901).

M. Pauly présente un jeune homme atteint de mal de Pott sous-occipital et porteur d'une minerve plâtrée. Ce malade, il y a deux mois, se plaignait de troubles de la mastication et de la déglutition. On constata une déviation très marquée de la langue à droite, il existait une paralysie de l'hypoglosse droit. Cette paralysie rétrocéda assez rapidement. Il y a quinze jours, il présenta une légère parésie faciale droite avec troubles du goût du même côté et une légère faiblesse de la main gauche.

Devant l'évolution lente et progressive des accidents, M. Pauly pense qu'il s'agit d'un processus pachyméningitique, auquel est due la compression de l'hypoglosse et du facial près de leur origine apparente à la face antérieure du bulbe.

Dans ce cas, les troubles du goût acquièrent un intérêt tout particulier, car ils viennent à l'appui de l'opinion actuelle des physiologistes et anatomistes qui admettent que les filets de la corde du tympan constituent, avec le nerf intermédiaire de Wisberg, avec lequel ils se continuent, la portion sensitive du facial.

La persistance des troubles gustatifs, alors que la parésie faciale a presque totalement disparu, montre bien qu'il s'agit de la compression d'une branche nerveuse indépendante du facial, c'est-à-dire du nerf intermédiaire. Ce fait explique pourquoi les troubles gustatifs n'accompagnent pas habituellement la paralysie faciale d'origine basilaire.

L'auteur insiste sur ce fait à retenir, qu'il peut exister des troubles du goût dans le domaine de la corde du tympan par lésion de la base; il attire aussi l'attention sur la rareté de la paralysie de l'hypoglosse dans le mal de Pott sous-occipital. G. C.

XXIII. **A quelle partie de la molécule de cocaïne est due la psychose de cocaïne**; par le Dr HEIBERG.

Autrefois, l'art médical opérait presque exclusivement avec des drogues qui, dans les temps modernes, ont été remplacées en grande partie par les alcaloïdes.

De nos jours, on est allé encore plus loin, et l'on a essayé de découvrir à quels groupes d'atomes d'alcaloïde sont dûs les effets désirés ou non.

Quelques alcaloïdes ont, parmi d'autres effets secondaires, celui de pouvoir produire des psychoses, mais jusqu'ici on n'a fait aucune expérience pour tirer au clair quels sont les groupes d'atomes, dans les molécules de ces alcaloïdes, auxquels il faut attribuer la provenance de la psychose. La molécule de cocaïne se prête à servir de point de départ pour une telle analyse.

En effet, les feuilles de belladone et l'atropine produisent une psychose ayant tant de points de ressemblance avec la psychose de cocaïne (hallucinations caractéristiques), que, si les deux substances ont un radical commun, on aurait le droit de chercher la cause de la psychose essentiellement dans ce radical. Or, on a justement constaté les rapports intimes, au sens chimique, entre la cocaïne et l'atropine.

La cocaïne se divise en alcool méthylique, en acide benzoïque et en un groupe basal d'ecgonique. D'un autre côté, l'atropine se divise en acide tropique et en tropine, et précisément le principe de l'ecgonique se trouve être la tropine. La cocaïne et l'atropine ont, d'ailleurs, en commun, beaucoup d'autres effets physiologiques : influence sur la pupille, sur la température. (*Revue neurologique*, juillet 1901.) E. BLIN.

XXIV. **Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la myélite syphilitique**; par les Drs THOMAS et HAUSER.

Observation intéressante de méningo-myélite subaiguë d'origine syphilitique, avec altérations considérables du côté des méninges et des vaisseaux, et désorganisation complète de la moëlle au niveau du foyer de myélite.

Contrairement à l'opinion le plus généralement admise, les auteurs pensent qu'il y a lieu, dans l'étude du développement de l'affection, de faire place à l'irritation primitive des éléments parenchymateux, à côté des altérations secondaires que peuvent leur imprimer les troubles de la circulation et l'inflammation des méninges. (*Revue neurologique*, juillet 1901.) E. B.

XXV. **Sur la question de la valeur clinique de la contraction idio-musculaire dans les maladies mentales**; par les Drs SOUKANOFF et SANNOUCHKINE.

Dans les trois quarts des cas de malades psychiques, la contraction idio-musculaire est exprimée d'une manière très marquée. En comparant les données des divers tableaux publiés par les auteurs, on voit que l'existence de la contraction idio-musculaire n'a pas de valeur diagnostique comme pathognomonique pour l'une ou l'autre forme de maladies mentales; on l'observe aussi bien dans les maladies aiguës et curables que dans les maladies chroniques et incurables.

Il est à noter que, sur 11 cas d'épilepsie et 11 cas de délire alcoolique prolongé, elle n'a manqué dans aucun.

Plus la nutrition générale est insuffisante, plus la tendance à l'apparition de la contraction idio-musculaire est grande; l'existence fréquente de la contraction idio-musculaire chez les malades psychiques est une preuve de plus que la lésion mentale est en connexion très proche avec les troubles généraux de la nutrition. (*Revue neurologique*, août 1901.) E. B.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXVI. **Les porencéphalies traumatiques** ; par M. le professeur Landouzy et M. Labbé (*Presse médicale*, 19 août 1899).

Les auteurs considèrent comme insuffisamment justifiée la distinction que M. Bourneville a établie entre la porencéphalie vraie, par arrêt de développement, et les pseudo-porencéphalies résultant de processus pathologiques divers. A leur avis, le terme de porencéphalie doit désigner la lésion anatomique caractérisée par l'existence de cavités creusées dans le tissu cérébral, quelle que soit leur origine.

Ils rapportent l'observation détaillée, avec autopsie, d'un cas typique de porencéphalie traumatique constaté chez une jeune fille de vingt ans. A l'âge de dix-huit mois, la malade était tombée sur la tête et il en était résulté une fracture du crâne, suivie d'une réparation osseuse incomplète ; la substance cérébrale avait été remplacée par une cavité infundibuliforme, en communication avec le ventricule latéral. La déformation cérébrale était restée latente jusqu'à l'âge de seize ans. A cet âge, se produisirent des attaques épileptiformes et une hémiplégie droite avec aphasie ; ces symptômes s'amendèrent mais reparurent quatre ans après et entraînèrent alors la mort de la malade. Du rapprochement de cette observation avec dix autres publiées par divers auteurs, et dont ils donnent le résumé, MM. Landouzy et Labbé tirent des déductions sur l'étiologie, le mode de production et l'évolution des porencéphalies traumatiques. Ce n'est guère que par l'étiologie et l'anatomie pathologique que la porencéphalie traumatique se distingue des autres faits de porencéphalie. Le traumatisme porte le plus souvent sur un individu très jeune, au moment de la naissance ou dans les premiers mois de la vie ; il résulte parfois, chez le nouveau-né de l'application maladroite et répétée du forceps dans un accouchement difficile ; il peut aussi être réalisé par la compression exercée sur la tête de l'enfant par la ceinture osseuse du bassin, au cours du travail, ou encore par la chute de l'enfant dans un accouchement précipité. On s'est même demandé si un traumatisme intra-utérin, agissant par lui-même et à lui seul, ou aidé de quelque processus hémorrhagique actionné par quelque affection toxi-infectieuse passée de la mère à l'enfant, ne pourrait pas expliquer certaines porencéphalies congénitales attribuées jusqu'ici à un arrêt de développement. Habituellement, mais non constamment, le traumatisme a provoqué une fracture du crâne, ainsi que l'atteste, par la suite, l'existence d'une dépression ou

d'une perte de substance osseuse au point atteint. Le mode d'action du traumatisme (lacération de la substance cérébrale, hémorrhagie, trouble trophique, inflammation) dans la production de la porencéphalie n'est pas encore bien déterminé ; selon toute probabilité, il doit varier suivant les cas. Les auteurs exposant avec détails le mécanisme du développement de la porencéphalie à la suite de traumatismes avec fractures ou fissures du crâne. Les fractures et les fissures du crâne chez l'enfant n'ont aucune tendance à se réparer ; la perte de substance osseuse tend même à s'agrandir et ce fait, joint à l'absence de la dure-mère et de l'arachnoïde à ce niveau, permet, dans la plupart des cas, la production d'une encéphalocèle. Que celle-ci existe ou non, la portion de substance corticale qui séparait la cavité intra-cérébrale des téguments du crâne, se détruit en cette cavité prend alors la forme d'un entonnoir à base externe ; le sommet communique généralement avec le ventricule latéral. L'absence de la dure-mère au niveau de l'orifice cranien, l'unilatéralité des lésions ont été considérés par certains auteurs comme des signes distinctifs des porencéphalies traumatiques ; mais elles n'ont à ce point de vue qu'une valeur relative à cause de leur inconstance. Il est à noter que la variabilité du siège de la porencéphalie traumatique contraste avec la fixité de la localisation de la porencéphalie par arrêt de développement ; toutes les régions, en effet, peuvent être atteintes ; cela dépend du point où a porté le traumatisme.

A. Fenayrou.

XXVII. **Sur un cas de méningite cérébro-spinale à streptocoque et à staphylocoques chez un sujet atteint du mal de Pott fistuleux** ; par Guibal. (*Presse médicale*, 16 septembre 1899).

Observation d'un enfant de cinq ans, atteint depuis deux ans d'un mal de Pott fistuleux et qui a succombé à une méningite cérébro-spinale. Cette complication s'était déclarée six jours après la cessation de tout écoulement purulent par la fistule ; il n'y avait eu, cependant, pendant ce laps de temps, aucune modification de la plaie et aucun symptôme de rétention du pus. L'infection streptococcique et staphylococcique dont la méningite a été la conséquence, a eu certainement son point de départ dans le foyer tuberculeux. Bien que ce foyer arrivât au contact de la dure-mère, cette méningite semble avoir constitué une barrière suffisante à l'infection ; mais, celle-ci a pu se propager le long des intercostaux qui baignaient dans le foyer tuberculeux et il est très vraisemblable que les voies lymphatiques de ces nerfs sont celles que les agents microbiens ont suivi. La cause occasionnelle qui a provoqué l'infection des méninges et la pullulation des microbes à leur niveau n'ont pu être déterminées. Cette cause n'intervient, d'ailleurs, que rarement et il est exceptionnel de voir une ménin-

gite cérébro-spinale entraîner la mort des sujets atteints de mal de Pott fistuleux. A. FENAYROU.

XXVIII. **Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes** ; par M. TOUCHE (*Presse médicale*, 30 août 1899).

Sur 40 tabétiques soignés par lui, M. Touche en a trouvé 12, dont il rapporte brièvement les observations, qui ont présenté des crises laryngées. Un seul de ces 12 malades n'avait probablement pas de crises viscérales autres ; des 11 autres, 10 ont eu des crises gastriques (parmi eux, 2 ont été atteints à la fois de crises gastriques et de crise de diarrhée, 2 ont présenté à la fois des crises gastriques et des crises rectales, 1 a souffert à la fois de crises gastriques, de crises de diarrhée et de crises rectales) et le onzième a été atteint seulement de crises de diarrhée. L'auteur conclut de ces faits : que la crise laryngée est fréquente, qu'à l'état d'isolement, elle est rare ; que, le plus habituellement, elle est doublée de crises du tube digestif ; dans l'immense majorité des cas, de crises gastriques ; très exceptionnellement, de crises de diarrhée à l'état isolé ; assez fréquemment, de crises gastriques associées à des crises rectales et à des crises de diarrhée. A. FENAYROU.

XXIX. **Sur une forme récurrente de la polynévrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance (Dejerine) avec participation du nerf oculo-moteur externe** ; par le Dr ROSSOLIMO. (*Revue neurologique*, août 1899.)

La polynévrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance ou maladie de Dejerine, a pour caractères : ataxie des quatre membres avec atrophie musculaire et contractions fibrillaires ; troubles de la sensibilité cutanée avec retard des sensations et douleurs fulgurantes ; nystagmus dynamique ; myosis avec symptôme d'Argyll-Robertson ; cypho-scoliose ; hypertrophie et dureté très marquée des troncs nerveux des extrémités ; hérédité similaire.

L'observation rapportée par l'auteur présente tout d'abord le syndrome de Déjerine mais son intérêt vient de son cours qui, bien que lent et progressif, fut compliqué de trois exacerbations des symptômes toutes les fois reproduits d'une manière stéréotypée. De plus, au début des deux dernières exacerbations fut constaté un symptôme nouveau : la parésie passagère du droit externe.

L'agent provocateur des exacerbations des phénomènes polynévritiques ne peut être cherché, pour les deux derniers épisodes, que dans une auto-intoxication, qui commençait dans le cours des grossesses et se manifestait quelque temps après les couches.

E. B.

XXX. **Maladie de Friedreich et hérédo-syphilis**; par le Dr Bayet. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 8).

L'étiologie de la maladie de Friedreich est des plus obscure. On sait que c'est une maladie familiale; on sait aussi que souvent c'est l'hérédité qu'il faut incriminer; mais qu'il est très rare d'observer une hérédité similaire. Quant aux causes prochaines, immédiates, à celles que mettent en jeu l'hérédité morbide, c'est à peine si on les connaît. L'observation qui fait l'objet de ce travail tendrait à faire ranger l'hérédo-syphilis parmi le causes de cette maladie.

Il s'agit de cinq frères ou sœurs présentant tous à divers degrés les risques de l'hérédo-ataxie de Friedreich; chez tous, sauf un, il existait des anomalies de développement (arrêts de croissance, aplasie diverses); chez tous on constatait des stigmates de syphilis ancienne, d'ordre héréditaire et chez deux d'entre eux on a vu évoluer des lésions d'hérédo-syphilis absolument caractéristiques. Or, ce que l'on voit de l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich tendant à faire croire qu'il s'agit souvent d'un véritable arrêt dans le développement de la moelle, celui-ci dans bien des cas d'après l'auteur ne reconnaissait pas d'autre cause que l'hérédo-syphilis. G. D.

XXXI. **Nouveau cas de tabes fruste chez un syphilitique**; par le Dr Glorieux. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 10).

Un homme de cinquante-sept ans, ayant contracté la syphilis, il y a dix-sept ans, présente des symptômes intermittents de tabes; ses réflexes rotuliens en particulier qui étaient abolis l'année dernière ont réapparu cette année : Par contre, il est devenu complètement impuissant. Ni ataxie, ni névrite optique. Il s'agit donc là d'un tabes fruste essentiellement bénin chez un ancien syphilitique ayant en outre commis de nombreux excès vénériens. G. D.

XXXII. **Un cas de névrose traumatique grave**; par J. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 10).

Un homme de quarante-cinq ans, est victime, le 22 octobre 1901, d'un accident de chemin de fer, qui ocassionne une commotion physique et morale des plus violentes; il perd connaissance et revient à lui le lendemain. Il éprouve de vives douleurs au flanc gauche, à la tête et dans les jambes, il présente de l'amnésie des vomissements, une parésie des membres inférieurs. Actuellement on observe de l'obnubilation des facultés, des troubles de la parole, une céphalalgie et une lombalgie intenses, une parésie avec anesthésie des membres inférieurs; les réflexes tendineux sont exagérés. le réflexe plantaire en flexion et le réflexe du facia lata sont abolis à droite et presque seuls à gauche, le réflexe crémastérien est plus

faible à droite qu'à gauche, enfin le réflexe abdominal inférieur est très faible. De l'analyse de ces différents symptômes, l'auteur croit devoir conclure à l'existence à la fois de troubles purement névrosiques et de troubles purement organiques causés par des modifications moléculaires généralisées du système nerveux produits par la commotion. G. D.

XXXIII. **Comment meurent les épileptiques**; par W. SPRATLING (*Medical News*, 28 juin 1902).

L'auteur ramène à quatre les principales formes sous lesquelles on voit le plus souvent survenir la mort dans l'épilepsie.

1° Attaque unique foudroyante, 3 à 5 p. 100; — 2° Coma mortel par suite d'attaques en série, 23 p. 100; — 3° Accidents concomitants à l'attaque, 50 p. 100; — 4° Autres causes diverses, 24 p. 100 (à signaler la fréquence des complications pulmonaires et de la tuberculose). Cette statistique diffère notablement de celle que nous avons fait dresser par l'un de nos élèves (Ballard, *Comment meurent les épileptiques*, thèse de Paris, 1900). Nous relèverons les différences. BOURNEVILLE.

XXXIV. **Névralgie paresthésique sur un membre atteint de paralysie infantile**; par le Dr SOLLIER (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 2).

XXXV. **Un cas de paralysie segmentaire**; par van GEHUCHTEN (*Journal de Neurologie*, 1899, n° 25).

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, qui est atteint, depuis cinq mois, d'une paralysie des muscles des jambes et des pieds avec abolition des réflexes rotuliens, sans amyotrophie, ni troubles de la sensibilité. L'auteur incline à croire que ces troubles sont dus non à une polynévrite, mais à une lésion de la substance grise. On se trouverait donc en présence d'une de ces paralysies segmentaires pour l'explication desquelles M. Brissaud a imaginé la théorie de la métamérie spinale. D'après M. van Gehuchten, ces paralytiques s'expliqueraient beaucoup plus naturellement, en admettant l'existence dans la substance grise de la corne antérieure de la moelle, de groupements cellulaires en connexion intime avec les différents segments, soit du membre supérieur, soit du membre inférieur.

XXXVI. **Sur un cas de colique hépatique nerveuse**; par le Dr ROBINSON.

Observation de névralgie du foie sans lésion matérielle, et notamment sans calcul. C'est la difficulté de diagnostic qui a amené nombre d'auteurs à contester l'existence de la colique nerveuse, et à n'y voir qu'une lithiase larvée. L'auteur donne quel-

ques indications sur l'étiologie et le diagnostic de cette affection. (*Revue neurologique*, septembre 1901.) E. B.

XXXVII. **Un cas de paralysie bulbaire asthénique suivi d'autopsie**; par les Drs Déjerine et A. Thomas.

En 1878, Erb a attiré l'attention des neurologistes sur un complexus symptomatique d'origine bulbaire, caractérisé par un état parétique des releveurs des paupières et de la musculature externe des globes oculaires, des muscles de la face et de la langue, des muscles masticateurs, des muscles du voile du palais et du larynx, des muscles de la nuque et des extrémités; cet état parétique augmente avec le fonctionnement des muscles dont l'énergie s'épuise rapidement et aboutit rapidement à une paralysie totale; l'atrophie musculaire fait défaut et les réactions électriques sont normales. Cette forme de paralysie bulbaire a été appelée successivement : paralysie bulbaire sans lésion anatomique, paralysie bulbaire asthénique, maladie d'Erb; elle est mieux connue sous le nom de paralysie bulbaire asthénique ou syndrome d'Erb.

La plupart des autopsies n'ont donné que des résultats négatifs; toutefois, dans un cas de Widal et Marinesco, il y avait des altérations chromatolytiques des noyaux des nerfs craniens, et, dans une observation de Sossedoff et Glockner, les cellules du noyau dorsal du pneumogastrique présentaient aussi des altérations chromatiques.

Au point de vue clinique, l'intéressant cas rapporté par les auteurs présente tous les caractères de la paralysie bulbaire asthénique : ophtalmoplégie externe, parésie faciale, parésie de la langue, du larynx, du voile du palais, épuisement rapide des muscles, absence d'atrophie musculaire, résultats négatifs de l'examen électrique.

Anatomiquement, cette observation diffère sensiblement des résultats obtenus jusqu'ici; l'examen histologique, en effet, décèle, dans des territoires assez limités de la zone motrice, des lésions caractérisées par une multiplication très intense des cellules de la névralgie et une raréfaction assez considérable des cellules nerveuses. Il existe de l'atrophie des fibres pyramidales dans leur trajet protubérantiel et bulbaire. Les noyaux des nerfs craniens moteurs sont sains.

Enfin, les muscles de la langue, du pharynx et surtout les muscles du larynx présentent de la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire.

Quel que soit l'intérêt des particularités anatomiques qui y sont relevées, cette observation ne saurait à elle seule faire conclure à la nature organique de la paralysie bulbaire asthénique, qui est

XXXVIII. **Trois observations de paralysie des mouvements associés des globes oculaires**; par les Drr Raymond et Cestan.

Dans le premier cas, il s'agit, chez un homme de quarante ans, atteint d'une hémiplégie sensitivo-motrice gauche, avec participation du facial inférieur gauche, d'une paralysie des mouvements associés de latéralité des deux yeux. A l'autopsie, on trouva un gros tubercule ovoïde, mesurant 4 centimètres en hauteur et 3 en largeur, intéressant le ruban de Reil, respectant les noyaux moteurs des yeux, mais ayant détruit les fibres qui vont de l'écorce à la VIe paire et celles que l'on croit unir entre eux les noyaux de la IIIe et de la VIe paires.

Dans le second cas, suivi aussi d'autopsie, il s'agit d'un tubercule médian du tiers supérieur de la protubérance, ayant intéressé les deux faisceaux longitudinaux postérieurs et s'étant traduit cliniquement par une paralysie des mouvements associés de latéralité vers la droite et vers la gauche; plus tard, ce tubercule poussa un prolongement inférieur qui vint léser directement la VIe paire droite et créer dès lors un strabisme interne permanent de l'œil droit. Chez un 3e malade, existent, d'abord une paralysie de l'élévation, puis, à un moindre degré, une paralysie de la latéralité et, enfin, à un degré moins prononcé encore, une paralysie de la convergence. Ces accidents ont succédé à un ictus et sont associés à une hémiplégie sensitivo-motrice gauche. Depuis dix ans, ils n'ont pas évolué et sont restés semblables à eux-mêmes.

Une autopsie est seule capable de donner la clef du syndrome présenté par ce malade, d'en préciser le siège soit nucléaire, soit extra-nucléaire dans le voisinage des tubercules quadrijumeaux, soit supra-nucléaire dans le cerveau. (*Revue neurologique*, janvier 1901.) E. B.

XXXIX. **Sur deux cas de spondylite** (*type Betcherew et type P. Marie*); par les Drs de Buck et Debray. (*Journ. de Neurol.*, 1902, no 14).

Ce travail est basé sur deux cas de spondylite dont l'un se rapprochait du type Betcherew par la localisation méningée primitive et la seule atteinte de la colonne vertébrale, tandis que l'autre correspondait au type Stumpell-Marie. De l'étude comparative de ces deux cas, les auteurs tirent la conclusion que le mécanisme des arthropathies est des plus variés; ils rejettent la manière de voir de Kollaritz et se rallient à celle de Massalongo qui voit dans le rhumatisme chronique une affection plutôt une au point de vue clinique et anatomique, mais dont l'étiologie peut être très différente et reconnaître des facteurs dyscrasiques, traupeut-être moins une entité morbide qu'un syndrome abritant sous son nom des affections de nature et d'origine différentes. (*Revue neurologique*, janvier 1901.) E. B.

matiques, toxiques, infactieux, némotrophiques, etc. Les lésions varieraient seulement d'intensité suivant qu'elles intéressent la cynoviale et les méninges ou seulement les cartilages et les ligaments périarticulaires. En un mot, l'appareil articulaire réagirait toujours de la même façon, à des degrés près, aux divers agents morbides qui l'atteignent. La gravité de l'affection est naturellement subordonnée à l'intensité de ces lésions et aussi de leur cause productrice. Ainsi la forme nerveuse de l'arthropathie est grave surtout parce que la cause productrice (tabes, tyringomyélie), est immuable et que les altérations portent à la fois sur tout l'appareil articulaire. G. D.

XL. **De l'exagération des réflexes tendineux dans les névrites périphériques**; par MM. Brissaud et Bruandet. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 15).

Dans les quatre cas de névrite périphérique des membres inférieurs relatés dans ce travail, les réflexes rotuliens étaient exagérés et comme symptôme connexe le réflexe contralatéral. Il y a donc un étage de neurone spinaux dont l'irritabilité est exagérée.

D'autre part, dans ces quatre observations, la paralysie était nettement localisée au segment jambier. Comme il est difficile d'admettre une lésion périphérique du nerf sciatique intéressant seulement les fibres motrices descendant plus bas que le genou, on est conduit à admettre que cette paralysie est d'origine centrale. Il y aurait donc dans la nouvelle deux étages de neurones altérés. Ces faits confirment donc la doctrine de la simultanéité de la lésion périphérique du neurone. En un mot, dans les névrites périphériques, la « neuronule » est totale soit d'emblée, soit à très bref délai. G. D.

XLI. **La valeur clinique de la dissociation des réflexes tendineux et cutanés**; par J. Crocq. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 12).

Les conclusions de ce travail peuvent se résumer de la façon suivante : la dissociation des réflexes tendineux et cutanés est inconstante dans le tabes spasmodique; cette dissociation pouvant en outre exister en dehors de toute altération organique du système nerveux, on ne saurait lui accorder la même valeur pathognomonique qu'au phénomène des orteils de Bubinski dont la signification se précise de jour en jour davantage dans le sens d'une lésion organique du faisceau pyramidal. G. D.

XLII. **La genèse des tics**; par Henry Meige. (*Journal de Neurologie*, 1902 — n° 11).

Tout acte, primitivement voulu, coordonné, systématique, qui devient ensuite automatique et se répète avec excès, sans cause et sans but, est un tic. La première manifestation motrice d'un tic

est donc, au moins dans la majorité des cas, sous la dépendance de la volonté, autrement dit au début une intervention de l'écorce cérébrale est nécessaire. Dans quelques cas cependant c'est un spasme, un simple réflexe spinal, tel que le cliquotement des paupières qui succède à la pénétration d'un corps étranger dans l'œil — qui est le point de départ du tic; l'écorce n'entre alors en jeu que secondairement pour commander la reprise du cliquotement lorsque toute cause d'irritation a disparu. Tout tic comporte donc à la fois un trouble mental et un trouble moteur : ce trouble mental consiste dans une insuffisance du pouvoir inhibiteur de la volonté, d'où cette conséquence que la thérapeutique des tics devra être basée surtout sur la discipline des actes volontaires. G. D.

XLIII. **Asthme vésical** ; par Gawinski (*Revue de Médecine* 1899).

Quelques observations d'accès de dyspnée observés chez des vieillards et liés d'une façon évidente à l'évacuation défectueuse de la vessie. Chez ces malades, les lésions de l'appareil respiratoire et circulatoire n'étaient pas suffisantes pour expliquer à elles seules les accès de dyspnée et les résultats immédiats du cathétérisme ont été tellement concluants qu'il est impossible de ne pas attribuer la cause directe de l'asthme et la rétention vésicale. La pathogénie de ces troubles doit plutôt être attribuée à l'auto-intoxication qu'à une action réflexe. M. H.

XLIV. **Un cas de sclérose en plaques à tremblement hémilatéral** ; par Remlinger (*Revue de Médecine* 1899).

Observation d'un cas de sclérose en plaques où le tremblement était limité aux membres supérieurs et inférieurs droits. Les autres symptômes très nets ne permettaient pas d'infirmer le diagnostic et d'attribuer ce tremblement à l'hystérie. M. H.

XLV. **Sclérose en plaques médullaires consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule**, par Lannois et Paviot. (*Revue de Médecine* 1899).

Le cas observé présentait comme signe particulier une hémiplégie droite à évolution progressive, avec intégrité de la face. Il y avait exagération des réflexes et trépidation épileptoïde mais absence d'ictères et de troubles oculaires. La présence de l'arthrite pouvait faire supposer une névrite par propagation, ayant déterminé une lésion initiative de la moelle. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une sclérose en plaques. L'auteur émet dans ce cas l'hypothèse d'une infection due à la tuberculose articulaire. M. H.

XLVI. **L'angor pectoris non coronarienne** ; par Morel-Lavallée (*Revue de Médecine*, 1899).

Observation d'une angor pectoris survenue chez une hystérique à la suite de névralgies intercostales dues à une pleurésie grippale

et s'étant étendues peu à peu au plexus cardiaque. A la suite d'accès fréquents et douloureux, l'affection évolua vers la dilatation cardiaque avec ectasie des orifices valvulaires et asystolie cardio-pulmonaire. Commentant cette observation, l'auteur ne voit pas qu'il faille séparer d'une façon absolue au point de vue symptomatique, les angines de poitrine en angines vraies ou coronaires, toujours graves, et en angines fausses ou nerveuses, toujours bénignes. Beaucoup d'angines fausses peuvent revêtir un caractère de gravité exceptionnel sans être pour cela coronariennes et entraîner soit la mort subite, soit la mort par déchéance cardiaque. Il s'agit probablement dans ces cas de névrite par propagation. M. H.

XLVII. **Névrose présénile** ; par Allan M. L. Hamilton. (*Medical Record*, 28 décembre 1901.)

L'auteur applique à la période présénile les vues déjà émises à la phase préparalytique et montre l'éclosion de névroses prémonitoires de la sénilité imminente précoce ou non. Il émet à ce sujet quelques conclusions relatives à la thérapeutique prophylactique et à l'hygiène du travail intellectuel des gens arrivés à la période critique de l'insénescence prochaine.

XLVIII. **Commotion cérébrale et hystéro-épilepsie** ; par Will-Noyes. (*Medical News*, 1er novembre 1901.)

C'est un chapitre des rapports des névroses avec le traumatisme cérébral. L'auteur rappelle, à propos d'un cas personnel, les travaux de Clark sur le sujet.

XLIX. **Du pronostic dans les affections du système nerveux** ; par Judson Bury. (*Brit. med. Journ.*, novembre 1901.)

L'auteur examine successivement la question en se plaçant au point de vue de l'agent provocateur, de l'altération morbide intime du système nerveux, au point de vue des symptômes généraux et du traitement. A. M.

L. **L'adipose douloureuse** ; par Ch. Feré. (*Revue de médecine*, août 1901.)

L'adipose douloureuse, déjà décrite par Dercum, peut se présenter sous deux formes principales : une forme diffuse se confondant par son aspect avec l'obésité et une forme disséminée avec nodules lipomateux multiples. Des quatre observations rapportées dans cet article, les deux premières se rapportent à deux femmes hystériques ayant présenté la forme disséminée avec nodules adipeux douloureux et sensation de déchirure provoquée par la mobilisation de la peau.

Les deux autres observations se rapportent à deux neurasthéniques, un homme et une femme, ayant présenté de l'embonpoint suivi d'algie douloureuses avec exacerbation par la pression et le glissement de la peau. Ces troubles cessèrent avec un traitement ayant amené une amélioration des troubles neurasthéniques et une diminution de l'embonpoint. M. HAMEL.

LI. **Des troubles respiratoires en rapport avec les différents degrés d'une émotion pathologique**; par VASCHIDE et MARCHAND. (*Revue de médecine*, septembre 1901.)

Recherches expérimentales faites à l'asile de Villejuif, sur un sujet mélancolique présentant par intervalles des états anxieux avec hallucinations multiples suivant des tableaux donnant l'état des courbes respiratoires pendant la durée de l'état émotif.

M. HAMEL.

LII. **Un cas de névrite périphérique d'origine paludéenne**; par BURQUET. (*Revue de médecine*, août 1901.)

LIII. **Sur une forme d'hérédo-ataxie cérébelleuse**; par THOMAR et ROUX. (*Revue de médecine* septembre 1901.)

Observation d'un malade appartenant à une famille de cinq personnes ayant présenté une même affection nerveuse et dont les troubles ont été déjà décrits par MM. Klippel et Durante. M. H.

LIV. **Une forme spéciale de tabes amyotrophiques** ; par CHRÉTIEN et THOMAS (*Revue de Médecine* 1899).

Observation d'un cas de tabes avec absence de douleurs fulgurantes et d'incoordination motrice et dont le signe le plus marqué a été une atrophie musculaire à prédominance inférieure avec évolution très rapide et mort dans le marasme.

Les signes pupillaires et la constatation à l'autopsie de la sclérose des cordons postérieurs permirent seuls de poser nettement le diagnostic de tabes. Il y avait en outre une altération notable des cellules des cornes antérieures. M. H.

LV. **Un cas de migraine ophtalmoplégique** (paralysie oculo-motrice périodique ou récidivante); par MATHIS. (*Revue de médecine*, nov. 1901.) M. H.

LVI. **Contribution à l'étude des accidents névropathiques de l'indigestion** ; par Ch. FÉRÉ. (*Revue de médecine*, janvier 1902.)

Passant en revue les rapports entre la névropathie et les troubles gastriques, l'auteur donne quelques observations d'accidents nerveux consécutifs à des indigestions. Ces observations portent la plupart sur des sujets névropathes.

L'indigestion produisit chez les uns des syncopes qui ne cédèrent qu'à un régime approprié; chez d'autres, des algies à distance, des parésies. L'indigestion peut aussi produire chez les sujets prédisposés des hallucinations, du délire, ou bien des troubles du sentiment apparaissant avant les sensations gastriques : apathie, angoisse, confusion de l'esprit, etc.

Comme étiologie, l'auteur pense que les accidents tardifs et durables peuvent être attribués à une intoxication; mais les accidents qui se terminent à la suite d'une évacuation peuvent être plutôt rattachés à un acte réflexe. M. H.

LVII. **Trois cas de polynévrite palustre**; par C. Mathis. (*Revue de médecine* 1902.) M. H.

LVIII. **Quelques cas de sclérodermie et de vitiligo chez des enfants**; par Hanshalter et Spillmann. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1899.)

Plusieurs observations de troubles trophiques chez des enfants, les uns pouvant être franchement étiquetés « sclérodermie », les autres s'en rapprochant. Y a-t-il identité entre le vitiligo et la sclérodermie. Les auteurs ne sauraient l'affirmer, mais ils signalent les analogies qui existent et les cas qui pourraient être considérés comme une transition entre les deux formes. R. C.

LIX. **Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'amyotrophie Charcot-Marie**; par P. Sainton. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n^{os} 3 et 4, 1899.)

L'auteur estime que le diagnostic d'amyotrophie Charcot-Marie a été porté abusivement dans un certain nombre de cas et qu'il n'y a jusqu'à ce jour que deux cas qui peuvent être considérés comme indiscutables, celui de Monnesco (1889) et celui qui est rapporté dans cette étude. Cette affection, si elle est extrêmement rare, n'en est pas moins une entité morbide dont le tableau clinique et anatomo-pathologique peut être très nettement arrêté et qui peut se résumer comme suit : atrophie musculaire progressive *et très lente débutant par le membre supérieur* et par les muscles des éminences thénar et hypothénar et les interosseux, puis gagnant peu à peu les avant-bras et respectant les muscles du bras et de l'épaule, intéressant enfin et toujours très lentement les muscles des membres inférieurs en commençant par le pied. Au point de vue anatomo-pathologique : altérations de la moelle (sclérose des cordons postérieurs, prédominante dans le cordon de Burdach, dégénération légère des faisceaux pyramidaux, altérations de la colonne de Clarke, lésions cellulaires atrophiques des cornes antérieures) : altérations des nerfs périphériques (dégénération des

fibres nerveuses des nerfs intra-musculaires, lésions des troncs nerveux de l'avant-bras et de la jambe); lésions musculaires (atrophie plus ou moins accentuée des fibres). R. C.

LX. **Un cas de polynévrite tuberculeuse motrice**; par M. Decroly (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 2).

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, qui présentait une paralysie complète de tous les muscles innervés par les sciatiques poplités externes et internes et les extrémités des deux médians à la main, avec abolition des réflexes tendineux et cutanés, réaction de dégénérescence, atrophie musculaire, etc. Il n'existait pas de troubles de la sensibilité.

C'est en se fondant sur le développement rapide de ces accidents de trois ou quatre jours et sur l'intensité des douleurs localisées aux nerfs et aux muscles intéressés, qui les ont accompagnés, que l'auteur se croit autorisé à porter le diagnostic de polynévrite motrice. Comme il est établi, d'autre part, que le malade était atteint depuis deux ans de tuberculose pulmonaire et que de nombreuses observations que le poison tuberculeux peut attaquer le système nerveux périphérique, il lui semble logique de rattacher cette polynévrite à cet agent étiologique. G. D.

LXI. **A propos des relations entre l'astasie-abasie et l'artériosclérose**; par le Dr Pelnar.

A propos de quatre cas intéressants d'astasie-abasie chez des vieillards, l'auteur, après discussion, émet les conclusions suivantes: 1° il existe une astasie-abasie à début sénile; 2° à côté de l'astasie-abasie sénile chez des individus névropathiques, il y a des cas d'abasie sénile monosymptomatique; 3° la pathognomonie de ces cas n'est pas moins aisée à établir que la pathognomonie des abasies monosymptomatiques chez les individus jeunes; 4° il n'y a pas de raisons cliniques suffisantes pour distinguer une astasie sénile artériosclérotique de l'astasie-abasie banale; 5° l'abasie sénile peut se compliquer d'une artériosclérose, et le tableau clinique des symptômes est donc modifié en ce sens; 6° dans quelques cas d'artériosclérose, la démarche des malades est modifiée, mais cette modification est assez distincte de la marche abasique (*Revue neurologique*, septembre 1902). E. B.

LXII. **Sur un réflexe anormal du facial inférieur dans un cas de paralysie pseudo-bulbaire**; par le Dr Perrers.

Il s'agit d'un malade atteint, sans aucun doute, de paralysie pseudo-bulbaire.

Le voile du palais ne répond pas aux excitations de la muqueuse qui le revêt; mais on observe, par contre, un phénomène peu com-

mun qui suit cette excitation; en touchant avec l'extrémité d'une tige la moitié droite ou gauche du voile du palais, ou détermine une contraction réflexe bien marquée du facial inférieur du côté opposé à celui où a lieu la stimulation. Les limites de cette surface réflexogène sont la ligne médiane en dedans et, en dehors, la muqueuse du pilier antérieur.

Après une discussion intéressante, l'auteur conclut que ce réflexe croisé du facial démontre :

1° Qu'il n'y a pas une origine corticale, comme Crocq et Jendrassik l'admettent pour les réflexes cutanés; 2° que le voile du palais ne reconnaît pas son innervation motrice dans le facial; 3° que dans la paralysie pseudo-bulbaire les réflexes à centre bulbaire sont exagérés (*Revue neurologique*, septembre 1902. E. B.

LXIII. **Un nouveau cas de torticolis mental. Rôle de l'idée fixe, crainte de voir tomber la tête** ; par le Dr Scherb.

Observation type de torticolis mental, aussi intéressant au point de vue des attitudes de la malade, des subterfuges qu'elle emploie que de l'idée fixe qui préside aux accidents et aux puériles précautions prises pour y porter remède. L'idée fixe mère de toutes les phobies, de tous les subterfuges et artifices de statique, est la peur continue qui hante la malade de voir son cou se casser et sa tête tomber (*Revue neurologique*, sept. 1902). E. B.

LXIV. **Contribution à la pathogénie du goître exophtalmique**; par le Dr Tedeschi.

De ces expériences, l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Chez les animaux, la lésion des corps restiformes (spécialement dans leur portion antérieure) produit nettement le syndrome basedowien; — 2° chez les animaux qui sont devenus basedowiens par suite de lésion expérimentale, mais chez lesquels les symptômes ont diminué ou sont disparus, on peut réveiller en totalité ou en partie ces symptômes en produisant une hyperthyroïdisation ;

3° Chez les animaux sur lesquels on a pratiqué la thyroïdectomie, la lésion des corps restiformes ne provoque pas le syndrome basedowien; — 4° chez les animaux qui sont devenus basedowiens par la lésion des corps restiformes, la thyroïdectomie diminue ou fait disparaître la plus grande partie ou même tous les symptômes basedowiens (*Revue neurologique*, juillet 1902). E. B.

LXV. **Sur un cas de pellagre accompagné de la rétraction de l'aponévrose palmaire** ; par les Drs Parhon et Goldstein.

Observation intéressante à plusieurs points de vue. D'abord elle montre la coexistence de la rétraction de l'aponévrose palmaire et

de la pellagre, fait qui n'a pas été noté jusqu'à présent. De plus, et ce dernier fait ne manque pas d'importance, la pellagre étant une maladie qui porte son action spécialement sur le système nerveux, on peut soutenir, à cause de l'apparition de la rétraction de l'aponévrose dans un pareil cas, que cette rétraction est un trouble trophique dû à une altération du système nerveux (*Revue neurologique*, juin 1902). E. B.

LXVI. **Les myopathies familiales paroxystiques, myotonie, myoplégie ;** par le professeur Oddo.

Parmi les syndromes familiaux à caractère évolutif, les troubles musculaires occupent par leur fréquence une place prépondérante.

Le type habituel des myopathies familiales est caractérisé par la lésion anatomique du muscle atrophié ou pseudo-hypertrophié. Un autre caractère essentiel des myopathies familiales communes est leur marche progressive et envahissante.

A côté des myopathies amyotrophiques, il existe d'autres troubles héréditaires du muscle, plus rares mais non moins intéressants : le caractère essentiel de ces myopathies familiales est l'intermittence des troubles fonctionnels qu'elles entraînent ; elles méritent donc d'être englobées sous la dénomination de myopathies familiales paroxystiques. Deux affections peuvent être rangées dans ce groupe : la maladie de Thomsen et la paralysie familiale périodique. Cliniquement, la maladie de Thomsen, c'est la maladie de la contraction musculaire et le terme de myotonie la définit très bien. La paralysie familiale périodique est constituée par des attaques d'impotence musculaire complète, c'est une myoplégie : les attaques surviennent tous les jours chez quelques malades, mais chez la plupart les dates d'apparition sont plus éloignées, elles sont irrégulières et imprévues.

Qu'il s'agisse de maladie de Thomsen ou de paralysie périodique familiale, le trouble moteur résume à lui tout seul tout le syndrome clinique, et ce trouble moteur est lui-même constitué par la perturbation momentanée du seul élément musculaire ; myotonie ou myoplégie constituent bien cliniquement une myopathie dont le caractère commun est la marche paroxystique. D'ailleurs il existe des relations étroites entre la maladie de Thomsen et la paralysie familiale périodique. D'autre part, ces deux affections ont une parenté évidente avec les amyotrophies héréditaires myopathiques. Elles constituent bien un groupe de myopathies familiales paroxystiques méritant de prendre place dans la classe des dystrophies musculaires héréditaires (*Revue neurologique*, sept. 1902). E. B.

LXVII. **Tic et fonction ;** par le Dr Meige.

Si l'on envisage la série des actes qualifiés de fonctionnels,

exception faite pour les fonctions de la vie végétative, on peut dire que les tics sont toujours des sortes de perturbations fonctionnelles.

On y retrouve les caractères des actes fonctionnels : la répétition, le besoin. Mais, dans le tic, ces caractères sont viciés : le rythme moteur n'obéit plus à la loi du moindre effort, le besoin devient excessif, l'acte se produit inopportunément.

Tantôt c'est un trouble d'une fonction indispensable à la vie, — tics respiratoires, — ou à la santé, — tics de nictitation. Tantôt il s'agit d'une perturbation d'un acte fonctionnel dont l'importance vitale est moindre, — tic de la phonation, — et qui peut même faire défaut chez certains sujets, — tic de sputation. Le tic peut donc être un trouble d'une fonction normale, utile à l'individu.

Il existe en outre des actes comme l'écriture, la danse, etc., qui, par l'éducation, arrivent à s'exécuter comme les actes fonctionnels les plus essentiels. De ces actes on peut observer aussi des perturbations qui, tout en restant étroitement apparentes aux tics, en diffèrent surtout par ce fait qu'elles ne se produisent qu'au moment où l'acte fonctionnel devrait se manifester.

Ces accidents — tics ou crampes dits « professionnels » — sont encore des troubles d'une fonction, fonction qui n'est pas commune à tous, mais dont le but est logique, utile.

Dans tous ces cas, le trouble fonctionnel paraît être sous la dépendance d'une imperfection, de l'état mental, en particulier de la volonté dont l'action frénatrice est insuffisante pour rétablir la régularité de l'acte fonctionnel, lorsque ce dernier, pour une cause quelconque, vient à se modifier. (*Revue neurologique*, mai 1902). E. B.

LXVIII. **De l'hémiatrophie faciale dans ses rapports avec les lésions du ganglion cervical inférieur** ; par le Dr Bouveyron.

Sans infirmer d'autres hypothèses qui restent dans le domaine des possibilités théoriques, l'auteur, se fondant sur les observations qu'il a déjà publiées, sur l'interprétation d'observations anciennes, estime que l'hémiatrophie faciale est fonction de la lésion du ganglion cervical inférieur. Les rapports immédiats de ce ganglion avec le dôme formé par la plèvre pariétale permettent de comprendre qu'il puisse être englobé dans les processus de pachypleurite dont le sommet du poumon peut être le siège (*Revue neurologique*, mars 1902). E. B.

LXIX. **Sclérose en plaques infantile à forme hémiplégique d'origine hérédo-syphilitique probable** ; par le Dr Carrier

Il s'agit d'une sclérose disséminée chez une enfant de douze ans, atteinte de syphilis héréditaire probable, ayant débuté cinq ans

auparavant avec le tableau clinique d'une hémiplégie spasmodique avec un léger tremblement intentionnel du membre supérieur.

L'étude histologique montra des lésions disséminées, sans systématisation aucune, à aspect de sclérose en plaques. (*Revue neurologique*, oct. 1902). E. B.

LXX. **Tabes dorsalis et aortite. Note clinique**; par le Dr Arullani.

D'après les recherches de l'auteur, on peut dire qu'il existe entre le tabes et les altérations aortiques (aortite, insuffisance, anévrisme), des rapports fréquents, la cause toxique qui produit l'une des maladies amenant aussi l'autre. Et puisque la cause du tabes doit surtout être recherchée dans la syphilis, on comprend aisément la fréquence de l'aortite comme manifestation vasculaire de la syphilis.

La même chose peut être affirmée pour l'alcoolisme, la malaria, le saturnisme.

Enfin, lorsqu'on considère la fréquence des altérations vasculaires et particulièrement aortiques dans le tabes, se pose naturellement la question de savoir si, par hasard, la lésion du système nerveux ne contribue pas à déterminer ou, au moins, à aggraver les lésions vasculaires. (*Revue neurologique*, oct. 1902). E. B.

LXXI. **Sclérose en plaques à symptômes transitoires et récidivants. Paralysie temporaire des mouvements associés des yeux pour la vision binoculaire à gauche, plus tard pour la vision binoculaire à droite**; par M. Gilbert Ballet.

Curieuse observation suivie depuis dix ans par M. Ballet. L'affection est à l'heure actuelle facilement diagnosticable mais ne le fut pas toujours : elle débuta en 1887, par de la parésie des mouvements des yeux à gauche et des membres gauches. Après quelques semaines, retour à l'état normal jusqu'en 1892. A cette époque, spasme de la face à gauche, puis diplopie binoculaire, vertiges, vomissements.

D'avril 1892 à janvier 1893, santé parfaite, au moins au jugement de la malade; de 1893 à 1895, nouveaux troubles : diplopie latérale et en hauteur, spasme facial gauche, parésie faciale droite périphérique, vertiges, vomissements. Cessation de tous ces symptômes en 1895. De 1895 à 1901, c'est-à-dire pendant plus de cinq ans, état normal. En 1901, réapparition des accidents, cette fois sous la forme de paralysie associée des mouvements de latéralité des yeux à droite. Aggravation progressive des troubles, avec cette double particularité que la paralysie associée a fait place à un simple nystagmus et que la paraplégie spasmodique s'est installée

pour s'amender partiellement et reparaître enfin avec ses caractères actuels.

Ce mode d'évolution par poussées successives, avec rémission et rétrocession des symptômes, s'il n'est pas un fait nouveau dans l'histoire de la sclérose en plaques s'est présenté rarement avec des caractères aussi tranchés que dans le cas actuel. (*Revue neurologique*, mai 1902). E. A.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 octobre 1902. — Présidence de M. Motet.

Le Président annonce la mort de MM. Dagonet et Rousselin dont il fait l'éloge.

M. Christian donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Dagonet.

M. Giraud lit le dernier adieu adressé par lui à M. Rousselin.

M. Dagonet ayant été Président de la Société, la séance est levée en signe de deuil.

Reprise de la séance. — Présidence de M. Motet.

De la poudre minérale de Trunecek dans le traitement des aliénés artério-sclérosés.

M. Marchand. — La fréquence de l'artério-sclérose chez les aliénés a déterminé l'auteur à traiter plusieurs malades par l'ingestion de la poudre minérale de Trunecek. Le sérum de Trunecek détermine souvent des indurations chroniques, son injection est douloureuse ; la poudre minérale permet d'administrer une quantité de sel plus grande que celle introduite dans l'organisme par les injections de sérum ; telles sont les considérations qui font préférer l'emploi de la poudre minérale au sérum de Trunecek. Pendant toute la durée du traitement, l'auteur a examiné l'état mental des malades, leur nutrition générale, leur pouls, leurs réflexes et leur force dynamométrique. L'affaiblissement intellectuel et les idées délirantes n'ont présenté aucune modification sous l'influence du traitement, l'anxiété et l'agitation ont disparu chez plusieurs malades ; la nutrition générale et les troubles diges-

tifs ont été très favorablement influencés; le pouls est devenu moins tendu et plus rapide ; la force dynamométrique a notablement augmenté ; l'état des réflexes est resté le même. Ce traitement peut rendre des services en médecine mentale en relevant les forces des malades, en combattant les altérations nutritives des cellules nerveuses, par une meilleure irrigation du cerveau.

Des états mélancoliques au cours des granulies tuberculeuses.

M. Bienvenu lit quatre observations de malades, emportés en quelques jours, par une granulie dont la caractéristique est de n'avoir pas touché le cerveau et ses enveloppes, ce qui a été vérifié par le microscope.

Ces malades ont présenté, depuis le début de l'affection jusqu'à la mort, un état mélancolique grave, une dépression profonde avec stupeur ou angoisse, hallucinations fréquentes, etc.

M. Bienvenu croit que, dans ces cas, la cause de la dépression est l'action sur les centres nerveux de la toxine ou d'une des toxines du bacille tuberculeux. Cet état de dépression, simple chez les individus normaux, devient vite mélancolie délirante chez les héréditaires cérébraux.

C'est ce dont M. Bienvenu s'est assuré par des expériences sur les animaux. Expériences qui le mènent à conclure que les toxines tuberculeuses sont des poisons déprimant les cellules nerveuses.

Les cas qu'il publie seraient donc comparables à une expérience de Laboratoire dans laquelle une forte quantité des toxines dépressives tuberculeuses se trouveraient tout à coup injectées dans les veines de dégénérés, toujours en puissance de délire et entraînerait ainsi une mélancolie dont la gravité serait fonction et de la tare héréditaire et de l'importance de l'intoxication.

M. Dide a observé dans le service de M. Joffroy des faits qui viennent à l'appui de ceux rapportés par M. Bienvenu.

Traitement de la paralysie générale par les injections intrarachidiennes de bi-iodure de mercure et d'iodure de potassium.

M. Marchand. — Certains auteurs sont persuadés qu'il est possible d'améliorer les paralytiques généraux par un traitement antisyphilitique intensif. La façon d'introduire les sels de mercure dans l'organisme peut avoir une influence dans son mode d'action ; de plus, les lésions dominantes de la paralysie générale sont d'ordre inflammatoire. Ces diverses considérations ont engagé l'auteur à tenter le traitement de la paralysie générale par les injections intrarachidiennes de sels de mercure. Après avoir prélevé par une ponction lombaire classique six centimètres cubes environ de liquide céphalo-rachidien, l'auteur injecte deux milligrammes de bi-iodure de mercure et deux centigrammes d'iodure de potassium,

dissous dans deux centimètres cubes d'eau distillée. L'auteur n'a jamais observé d'accidents à la suite de ses injections qui sont renouvelées tous les huit jours. Sur sept malades qui ont suivi ce traitement pendant trois mois, quatre ont été améliorées. L'auteur fait remarquer que c'est là une nouvelle voie thérapeutique et qu'il est possible de traiter les paralytiques généraux par l'injection de sels de mercure dans le liquide céphalo-rachidien.

M. G. Ballet croit qu'il faut ne faire d'injections intra-rachidiennes qu'avec la plus extrême prudence et qu'on ne doit pas trop se hâter de conseiller une thérapeutique aussi hardie, qui pourrait trouver au dehors un écho dangereux.

M. Toulouse. Des deux questions soulevées par M. Marchand il en est une de résolue, c'est la possibilité de faire sans danger des injections dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Briand rappelle qu'on fait depuis longtemps des injections de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien et que M. Tuffier a institué sur cette pratique toute une méthode d'anesthésie chirurgicale. On pourra la juger dans un avenir prochain.

M. Ballet. Il est certain que plusieurs chirurgiens sont convaincus de l'innocuité de cette méthode qui ne serait dangereuse dit-on, que si l'eau est employée comme véhicule de la substance médicamenteuse. Pour atténuer le danger, on conseille de dissoudre l'agent thérapeutique dans une petite quantité de liquide céphalo-rachidien, préalablement extrait par ponction. Je maintiens néanmoins qu'une thérapeutique aussi dangereuse ne doit être pratiquée qu'avec la plus extrême prudence.

M. Dide. — M. le professeur Joffroy, ayant eu la pensée de faire des injections médicamenteuses dans le liquide céphalo-rachidien, les expérimenta sur des animaux. Tous ceux auxquels on injecta de l'iodure de potassium moururent. Le gaïacol fut mieux supporté. M. B.

Séance du 24 novembre 1902. — Présidence de M. Motet.

Du rythme psycho-biologique dans l'automatisme de certains aliénés.

MM. Vaschide et Vurpas développent cette opinion que le rythme et la périodicité semblent traduire les manifestations les plus rudimentaires de la vie biologique et mentale, lorsque les éléments qui la composent évoluent pour leur propre compte et sont soustraits à l'action d'un centre coordinateur régulateur.

Le rythme et la périodicité seraient ainsi la caractéristique propre de la vie, de cet équilibre toujours instable, et seraient la traduction extérieure de ces deux qualités, qui expriment la vie, à savoir la dynamogénie et le repos, se succédant périodiquement et

rythmiquement. Les centres supérieurs auraient un rôle de coordinateur psychodynamique, réglant la machine vitale, selon un équilibre plus stable, grâce à cette propriété supérieure et véritablement spécifique, réelle force active, qui est l'inhibition.

MM. Vigouroux et Jaquelier communiquent trois observations de malades, ayant présenté un délire hallucinatoire ressemblant à s'y méprendre à un délire alcoolique et dû à une auto-intoxication par insuffisance rénale.

Chez le premier, homme de cinquante-huit ans, le diagnostic, appuyé sur la constatation de plusieurs signes de petite urémie, fut confirmé par le retour et la lenteur de l'élimination du bleu de méthylène. La disparition du délire coïncida avec la reprise de l'élimination urinaire.

Chez le second, âgé de trente-six ans, suspect d'alcoolisme, les phénomènes délirants disparurent sous l'influence du régime lacté, en même temps qu'une albuminurie notable, l'oligurie, les céphalées et l'œdème des jambes.

Le troisième, ancien rhumatisant et atteint d'insuffisance mitrale, présentait, à la fois, des troubles délirants très intenses et une oligurie excessive.

Il était abstinent depuis plusieurs années et son état mental s'améliora au moment où l'oligurie fut remplacée par la polyurie.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion de MM. Klippel, Régis, Ballet, Wales, Cullerre, etc., qui ont noté l'analogie étroite, unissant le syndrome délire alcoolique au syndrome délire toxique.

M. Dupré. — Ces observations rappellent beaucoup le délire par insuffisance hépatique. Je désirerais savoir dans quel état se trouvait le foie des malades qui en font l'objet.

M. Vigouroux. — Dans les deux seuls cas où il a été observé rien d'anormal n'a été relevé.

M. Dupré insiste sur la fréquence de l'association de l'insuffisance rénale avec l'insuffisance hépatique.

M. Trénel a observé une femme, atteinte pendant trois semaines d'un délire très actif de persécution survenu au cours d'une néphrite aiguë à laquelle elle a succombé. Il a vu une autre femme, non alcoolique et présentant les symptômes du délirium tremens, et qui était atteinte uniquement de néphrite chronique.

M. Dupré rappelle que Maurice Faure a publié des cas analogues d'hépato-néphrite graisseuse, accompagnée de délire toxique. Ils ressemblent beaucoup à ce qu'on observe quelquefois dans les psychoses polynévritiques.

M. Vigouroux. — Dans la thèse de Maurice Faure il s'agit surtout de néphrites aiguës.

M. Trénel considère qu'il est important de distinguer les symptômes hépato-rénaux des symptômes polynévritiques,

M. Dupain a observé un cas de délire pseudo-alcoolique, chez une femme à l'autopsie de laquelle on trouva des lésions du foie et des reins.

M. Pactet croit qu'on porte très fréquemment le diagnostic de délire alcoolique, alors qu'il s'agit de délire toxi-infectieux, par insuffisance hépato-rénale.

M. Vallon a observé un cas analogue à celui de M. Vigouroux, chez une infirmière brightique, suivant depuis longtemps un régime lacté exclusif.

M. Toulouse. — On subit trop l'influence de Lasègue, en portant le diagnostic de délire alcoolique, d'après la description erronée qu'il en a donnée. Il est temps de revenir sur cette erreur, qui fait confondre le délire alcoolique avec tout autre délire toxique. Elle a pour conséquence de donner dans les statistiques une proportion inexacte de délirants alcooliques. Je reconnais qu'on n'a pas encore trouvé de caractères permettant d'identifier le délire alcoolique.

M. Briand croit que la demi-conscience, qu'ont certains délirants, du caractère hallucinatoire de leurs manifestations sensorielles pénibles est un signe probable d'intoxication non alcoolique. Il cite l'exemple d'un brightique, qui fut pris d'un délire toxi-infectieux, à la suite d'une ingestion de gibier faisandé et qui se rendait compte dans ses intervalles lucides, de l'inanité de ses conceptions délirantes.

La céphalée, qu'on observe presque toujours dans les cas analogues, est rare dans le délire alcoolique vrai. Ce sont là deux caractères importants à noter et qui résultent d'une longue observation.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 février 1903. — Présidence de M. Paul Richer.

Des temps de réactions sensorielles chez quelques aphasiques.

MM. Marie et Vaschide communiquent une série de recherches expérimentales sur la vie mentale des aphasiques. Comme technique les auteurs ont utilisé le chronomètre d'Arsonval. Les recherches portèrent sur quatre sujets.

Il résulte de leurs recherches que chez les aphasiques le temps de réaction auditive simple et de choix est beaucoup plus lent, en

dehors de tout trouble auditif. que chez les sujets normaux. Les temps de choix sont extrêmement longs; les sujets ne paraissent pas pouvoir toujours faire une distinction entre deux excitations sensorielles différentes. Les impressions ne se fixent pas suffisamment pour faciliter la comparaison nécessaire; l'attention est instable et l'automatisme joue un rôle plus grand qu'à l'état normal.

Paralysie double du pneumogastrique pulmonaire.

M. Max Egger rappelle les accidents produits chez le chien par la section des deux pneumogastriques : vomissements incoercibles, raucité de la voie, tachicardie, respiration réduite de deux tiers comme nombre avec courbe spéciale et enfin mort pour bronchite infectieuse assez rapide. Une malade observée par l'auteur et atteinte de tous les signes du tabes présente exactement tous les mêmes phénomènes, elle n'a que trois ou quatre inspirations par minute. La survie tient probablement à ce que la paralysie pneumogastrique s'est installée lentement et progressivement, créant ainsi une sorte d'accoutumance, tandis que la soudaineté des accidents contribue à tuer rapidement les chiens opérés des deux vagues.

La marche de flanc chez les hémiplégiques.

MM. O. Crouzon et C.-M. Campbell présentent les résultats d'un examen de la « marche de flanc » (Flankengang) chez des hémiplégiques dans le service de M. P. Marie, à laquelle M. Schüller (de Vienne) a consacré récemment un travail. Ils n'ont jamais trouvé que la marche de flanc faisait ressortir une hémiplégie que la marche en avant n'eût également décelée; mais d'accord avec M. Schüller ils pensent que la « marche de flanc » peut aider à établir le diagnostic différentiel de l'hémiplégie hystérique et de l'hémiplégie organique.

Dégénérescences descendantes consécutives au ramollissement du pédoncule cérébral.

M. Cestan insiste sur la dégénérescence du faisceau longitudinal postérieur et sur la dégénérescence des fibres de la calotte. Il lui a semblé que ces fibres venaient se placer en arrière de l'olive bulbaire pour descendre ensuite directement dans le cordon antérieur de la moelle; ainsi donc une lésion pédonculaire entraine dans le cordon antérieur de la moelle d'une dégénérescence d'un faisceau qui est distinct de la voie pyramidale.

M. Marie appuie l'opinion de M. Cestan et présente quelques coupes de moelles montrant des lésions consécutives à des altérations pédonculaires.

Fracture du rachis. — Paraplégie spasmodique. — Laminectomie. Guérison.

MM. Raymond et Sicard présentent un jeune malade qui s'est fracturé accidentellement la colonne vertébrale au niveau de la 12e dorsale. Consécutivement, il s'est installé une paraplégie spasmodique, avec troubles de la vessie et ébauche du syndrome de Brown-Séquard, ayant persisté durant plus de six mois. La laminectomie a été suivie rapiecement de la dispartition de tous ces symptômes. Ce fait vient à l'appui de ceux publiés déjà par Philippe et Cestan, Babinski, Schulze et montrent que l'état spasmodique n'est pas exclusivement et nécessairement sous la dépendance de la dégénération du faisceau pyramidal.

Clonisme du pied chez un neurasthénique,

Par MM. Gilbert Ballet et Louis Delherm.

Les neurologistes ne sont pas d'accord sur le point de savoir si le clonisme du pied, ou comme on dit encore la trépidation spinale peut s'observer dans les névroses (l'hystérie et la neurasthénie) et en dehors des lésions du faisceau pyramidal.

MM. G. Ballet et L. Delherm présentent un malade qui permet d'affirmer que sans aucun signe de lésion ou d'irritation permanente de ce faisceau, on peut rencontrer la trépidation spinale. Il s'agit d'un homme de quarante-six ans entré à l'Hôtel-Dieu au mois de décembre dernier pour une céphalée en casque assez vive prédominante aux régions biparrétales et occipitales, remontant à près de trois ans, associée à une sensation de lassitude et de fatigue générale habituelle. On ne relève chez lui aucun signe de lésion cérébrale ou spinale; l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas décelé de lymphocytose les réflexes tendineux sont un peu forts partout, mais également des deux côtés; les gros orteils réagissent en flexion. Or, lors de l'examen pratique le lendemain de l'entrée on a constaté le phénomène suivant : En relevant fortement la plante du *pied* droit, on détermine un clonisme des plus net dont la durée était pour ainsi dire indéterminée et ne cessait qu'avec la cessation du relèvement passif du pied. Ce clonisme ressemblait de tous points à celui qu'on rencontre chez les malades affectés de lésions organiques; il était notamment impossible de la différencier par ces caractères objectifs du clonisme particulièrement marqué qu'on constatait au même moment chez un hémiplégique avec coutracture, couché dans le service. Ce clonisme n'a été que transitoire. Trois jours après l'entrée du malade, on ne l'a plus noté; ce qui contribue encore à établir son caractère de trouble indépendant d'une lésion organique. Ce cas permet donc d'affirmer que chez un malade présentant des symptômes neurasthéniques et

indemne de tout signe de lésion organique du faisceau pyramidal, on peut rencontrer le clonisme du pied, identique quand à ses caractères objectifs à celui qui se rencontre dans l'hémiplégie avec lésion.

Il convient d'ajouter que si, cliniquement le clonisme est le même dans les deux cas, il n'est pas démontré que dans les deux cas, sa physiologie pathologique soit identique. En effet, chez le malade de l'Hôtel-Dieu a existé et existe encore un tremblement à petites oscillations des mains et des prises survenant dans l'extension des membres et ayant tous les caractères d'un tremblement hystéro-neurasthénique, ce tremblement était plus accusé et plus diffus à l'époque où le malade présentait la trépidation. Il pourrait se faire que cette trépidation eut été le résultat d'une sorte de traumatisme des gastroumens. En tout cas, réserve faite sur ce point de physiologie pathologique, elle présentait et c'est le fait qu'il était intéressant de mettre en relief tous les caractères cliniques de la trépidation par lésion organique.

M. Babinski ne pense pas que l'épilepsie spinale dénote fatalement une lésion pyramidale, on la rencontre dans des intoxications, dans l'épilepsie, dans l'hystérie, dans la neurasthénie et même chez des sujets normaux. Dans les névroses elle n'est pas fonction de ces névroses, elle n'y a pas d'autre signification que chez les sujets normaux. En somme, elle n'a de valeur comme signe que quand elle est unilatérale et très accentuée.

M. Ballet. — Elle peut donner une présomption en faveur d'une lésion organique mais elle n'a pas de valeur décisive.

M. Brissaud. — L'épilepsie spinale peut manquer chez des organiques comme elle peut se montrer chez quelques névrosés, mais des cas isolés ne prouvent rien contre la règle générale. D'ailleurs dans la plupart ces cas de lésions organiques on la voit rétrocéder.

M. Babinski. — Qu'on me montre un hystérique présentant une épilepsie spinale et s'en guérissant en même temps que de sa névrose !

M. Raymond se rappelle avoir vu chez P. Sollier une jeune fille hystérique qui avait un clonus du pied bilatéral très net qui disparut après guérison de l'hystérie. La discussion se termine sur l'avis général que l'épilepsie spinale perd de son importance comme signe de lésion organique.

Atrophie des membres de nature mal déterminée.

M. Marie montre un jeune homme qui eut à quatre ans des convulsions suivies de paralysie des quatre membre, A huit ans il put marcher de nouveau. Il présente aujourd'hui une atrophie énorme des membres ; mais cette atrophie n'atteint pas le squelette.

Les fonctions des muscles persistent ; les mains conservent leur longueur normale. Il ne s'agit donc pas vraisemblablement d'une paralysie infantile. Ne serait-ce pas un de ces cas d'atrophie consécutive à une méningite cérébrospinale comme Rendu en a publié.

M. Brissaud. — C'est en tout cas une atrophie consécutive à une céphalo-myélite aigue. Il n'est d'ailleurs pas impossible de voir des paralysies infantiles sans diminution du squelette et le malade de M. Marie n'est peut-être pas absolument indemne de ce côté, car s'il conserve, chose rare, la dimension normale de ses mains, il est en tout cas bas de jambes.

Fracture chez un myopathique.

M. Crouzon présente la radiographie d'une fracture de l'humérus survenue, sinon spontanément, du moins avec un traumatisme minimum chez un malade atteint de myopathie progressive primitive. L'humérus est très atrophié.

Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans le tabes.

MM. P. Armand-Delille et Jean Camus ont examiné treize cas de tabes du service de M. le professeur Déjerine ; dans les deux tiers de ces cas ils ont constaté l'absence de lymphocytose. L'âge du tabes dans ces cas n'a pas semblé en rapport ni avec la présence ni avec l'absence de la lymphocytose. La lymphocytose n'est pas non plus en relation avec l'existence ou non d'ataxie ou de douleurs fulgurantes ; elle ne pouvait donc être dans ces cas un élément de diagnostic ou de pronostic.

Lésion du noyau rouge.

M. Guilmain montre les pièces et les préparations d'une lésion ancienne limitée au noyau rouge, à la suite de laquelle la dégénérescence secondaire a atteint le faisceau central de la calotte dans le pédoncule, la protubérance et le bulbe, avec les fibres périolivaires. Le faisceau central de la calotte irait donc bien de la capsule périolivaire à celle du noyau rouge. A noter aussi dans ce cas l'atrophie du pédoncule cérébelleux supérieur.

Un cas de Zona à topographie radiculaire suivi d'autopsie.

MM. P. Armand Delille et Jean Camus ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'une malade du service de M. le Dr Déjerine, trois semaines après une atteinte de zona portant sur le territoire des 2e et 3e racines cervicales gauches.

Par la méthode de Marchi, ils ont constaté des fibres dégénérées des racines postérieures correspondantes. Ces lésions étaient

extrêmement nettes à l'entrée de ces racines dans la moelle, on les constatait également dans les cordons de Burdach. Dans les ganglions correspondant, on trouve également des lésions cellulaires. Ce cas vient donc apporter une nouvelle confirmation à l'origine ganglionnaire du zona.

Pathogénie du tabes.

M. Brissaud reprenant la discussion des précédentes séances déclare que si l'on se range à l'opinion de MM. Marie et Guillain, théorie lymphangitique, on ne peut conserver aucune cohésion au syndrome de Duchenne, de Boulogne, et il faut en écarter par exemple la névrite optique et les ophtalmoplégies qui sont pourtant caractéristiques du tabes. En suivant d'autre part M. Nageotte dans sa théorie méningitique radiculaire, il faut renoncer à quantité de variétés du tabès. Le système lymphatique postérieur spécial ne lui paraît pas encore anatomiquement démontré, et pour M. de Massary et lui-même le tabes reste une affection spéciale de l'ectoderme frappant de dégénérescence le protoneurone centripète.

M. Déjerine. — Ce n'est pas la première fois que la méningite a été considérée comme l'accident primitif du tabes. Cette idée avait été déjà avancée par Vulpian, mais après plus ample étude il y avait renoncé et il considérait les lésions méningitiques comme consécutives aux lésions des racines.

M. Marie considère que la région postérieure de la moelle forme un bloc composé de l'élément nerveux, vasculaire et méningé. Les lymphatiques font partie intégrante de ce bloc comme les racines postérieures elles-mêmes, et c'est dans ce bloc ou une de ses parties inséparables que débute le tabes sous l'influence de la syphilis.

M. Raymond admet le tabes comme ne se produisant que sous l'influence de la syphilis ; mais il survient dans un organisme syphilisé plutôt que comme accident directement syphilitique. D'ailleurs si la syphilis crée seule le tabes vrai, la lésion systématique du bloc postérieur médullaire peut se produire dans d'autres maladies sans syphilis antérieure, telle par exemple la maladie de Friedreisch. M. Raymond voit d'ailleurs rétrocéder tous les jours des tabes sans traitement spécifique, il en voit d'autres soumis à ce traitement qui ne rétrocèdent pas. Tout en admettant entièrement l'origine syphilitique du tabes, il doute de l'efficacité du traitement spécifique. Il propose donc qu'on choisisse deux cents cas de tabes, on en traitera cent spécifiquement et les cent autres par les autres méthodes et on jugera des résultats.

M. Déjerine appuie cette dernière proposition qui serait fort instructive. Il voit lui aussi de vieux tabétiques qui n'ont subi

jamais aucun traitement spésifique même en pleins accidents syphilitiques et dont le tabes a pourtant rétrocédé.

M. Brissaud accepte avec empressement la proposition de M. Raymond. L'origine spécifique du tabes pour lui ne fait aucun doute, mais il voit rétrocéder des tabes sans traitement spécifique. Il applique d'ailleurs ce dernier traitement et croit à l'amélioration que les malades en retirent parce que peut-être il veut y croire et s'en donner au moins l'illusion. F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 16 décembre 1902. — Présidence de M. Jules Voisin

De la suggestion en pédagogie scolaire.

M. Raffegeau expose les excellents résultats que l'on peut obtenir chez des enfants paresseux ou névrosés, au moyen de la suggestion à l'état de veille, associée à l'hydrothérapie et aux agents physiques. Il rapporte, à l'appui de sa thèse, un certain nombre d'observations et termine en insistant sur le rôle excellent que pourrait jouer le médecin, dans les écoles, aussi bien au point de vue mental qu'au point de vue physique.

M. Bérillon. — Je considère comme très inexacte l'expression de : suggestion « *à l'état de veille* » ; on devrait dire : suggestion « *à l'état de veille apparente* ». En effet, le prestige du médecin, son autorité naturelle, la mise en scène, etc., exercent sur l'enfant une sorte d'intimidation. Cela est si vrai que tel sujet qui n'est pas suggestionnable aujourd'hui pourra l'être demain à un haut degré ; et tel, réfractaire à l'influence d'un individu subira au plus haut point la domination d'un autre. L'enfant auquel on croit faire une suggestion à l'état de veille n'est plus à l'état de veille proprement dite ; il est déjà monoidéisé, inhibé ; son pouvoir de contrôle est suspendu, la suggestionnabilité accrue ; il subit l'ascendant de son suggestionneur, ou bien il s'est spontanément et préalablement auto-hypnotisé par la mise en jeu de l' « *expectant attention* », ou bien il présente un cas d'hypnotisme fortuit. C'est à la faveur d'un « *état passif* » (Liébeault) que la suggestion réussit. Dès lors ne vaut-il pas mieux provoquer délibérément cet état passif ? Grâce à l'hypnotisme, la suggestion gagne considérablement en efficacité et les résultats thérapeutiques sont à la fois plus nombreux et plus stables.

M. Félix Regnault. — Dans l'emploi de la suggestion pédago-

gique, il faut distinguer entre les sujets. Les enfants sont vicieux, indisciplinés, inattentifs, etc., tantôt parce qu'il y a surmenage intellectuel avec classes trop longues et insuffisance de récréations, tantôt parce qu'ils ont une très mauvaise hygiène alimentaire, tantôt parce qu'ils absordent des excitants, tels que vin, thé, café. Dans ces divers cas, il faut réiormer l'hygiène intellectuelle et le régime alimentaire. D'autres fois, ces troubles du caractère sont sous la dépendance d'un polype muqueux, de végétations adénoïdes, d'adhérences préputiales (Bérillon) : en traitant la cause, on supprime l'effet. Restent les névropathes, les héréditaires, les tarés. J'accorde que l'hypnotisme réalise chez eux des guérisons d'une certaine durée; je doute qu'elles restent permanentes. Au bout de quelques mois, il faut, je pense, revenir à la charge et faire de nouveau appel à la suggestion ; car le fonds héréditaire n'a pas changé. La suggestion n'est donc pas souveraine et il est bon qu'on en connaisse les limites.

M. Jules Voisin. — Chez les héréditaires, chez les individus atteints de folie morale, en particulier, les symptômes se succèdent ou se remplacent. Par exemple, le kleptomane devient dipsomane ou érotomane, etc., de plus, ils sont très difficilement hypnotisables.

M. Félix Regnault. — Donc, si l'on parvient à les hypnotiser, on ne peut que supprimer un symptôme ; mais, à cause du terrain prédisposé, le champ reste libre pour l'apparition et le développement d'autres symptômes morbides. C'est donc une amélioration que l'on peut obtenir et non une guérison.

M. Bérillon. — Sans doute, si l'enfant dépasse un certain degré de dégénérescence, il n'est ni curable, ni hypnotisable et même, dans ces cas, l'hypnotisme est un instrument de diagnostic comme de pronostic. Cette réserve faite, je maintiens en orthopédie morale l'exactitude d'une formule que je me plais à répéter, à savoir qu'hypnotisable veut dire curable. Beaucoup qui ne sont pas hypnotisables peuvent néanmoins être suggestionnés si on les chloroformise, ainsi que le faisait Auguste Voisin, ou, mieux encore, si on les soumet au somnoforme, ainsi que le recommandait tout récemment M. Paul Farez. Dans ces cas, suggestionnable est synonyme de curable. On nous dit : « Vous obtenez une amélioration d'une durée limitée et non une guérison ». Je répondrai : si par exemple, dans la kleptomanie ou l'onychophagie, on associe à la suggestion hypnotique ce que j'ai appelé la psychomécanique, si l'on ne cesse pas le traitement trop tôt, si l'on a soin de créer des « crans d'arrêt » si l'on réveille et développe le pouvoir modérateur, on obtient des guérisons au sens propre du mot. En effet, le petit vicieux est vraiment guéri, lorsqu'il est armé contre les tentations ultérieures; et c'est cela que l'hypnotisme réalise. Si,

par la suite, sous l'influence d'une intoxication, d'une infection d'un traumatisme, l'enfant succombe à nouveau, il va sans dire qu'on doit recourir de nouveau à la suggestion pour restaurer son pouvoir de résistance.

M. Paul Farez. — Lorsque, pour diverses raisons, il est possible de recourir ni à la suggestion hypnotique, ni à la suggestion somdique (pendant le sommeil naturel), ni à la suggestion pendant une narcose chimiquement provoquée, nous sommes réduits à la suggestion pendant l'état de veille. Or, celle-ci est, d'ordinaire, fort peu efficace, à moins qu'on ne l'appuie sur le sommeil. D'une manière générale, et surtout en orthopédie morale, je m'applique à la formuler non pas dans la journée, mais le soir, au moment où le malade vient de se mettre au lit et va s'endormir. Ma suggestion est ainsi ce qui occupe en dernier lieu la conscience du malade ; c'est sur elle qu'il s'endort ; elle constitue une sorte de monoidéisme qui, à la faveur du sommeil naturel, acquiert une bien plus grande efficacité thérapeutique. Cette suggestion présomnique n'est nullement combattue et annihilée, comme l'est trop souvent la suggestion diurne, par toutes sortes de représentations variées qui assaillent et distraient la conscience ; elle offre une matière au développement de la cérébration subconsciente, elle offre un moyen facile et commode de se rapprocher, autant que possible, des conditions de la suggestion hypnotique.

M. de Bourgade. — Les enfants auxquels s'adresse cette orthopédie morale ne sont pas tous des dégénérés ou des névropathes. Souvent leur estomac et leur intestin sont malades et fabriquent des toxines ; leur nutrition générale est en mauvais état. Pour les guérir, il suffit de rétablir chez eux ce que j'appellerais l'orthonutrition. Un de mes malades avait l'idée fixe d'assassiner son père ; il en fut complètement débarrassé par des prescriptions de thérapeutique générale.

M. Paul Magnin. — Ces observations sont très justes et il va sans dire que, nous autres hypnotiseurs, nous restons, quand même et par-dessus tout, médecins. Nous ne négligeons chez nos malades aucune des indications de la thérapeutique générale ; mais il est de nombreux cas où celle-ci est loin de suffire. Certains de nos malades, nerveux ou mentaux, sont en imminence de guérison, mais ils restent profondément abouliques ; et si l'hypnotisme les guérit, c'est parce qu'il permet un entraînement méthodique de leur volonté. A ce propos, plusieurs auteurs, très autorisés à d'autres points de vue, écrivent et soutiennent encore aujourd'hui que l'hypnotisme détraque ou supprime la volonté. Est-ce par ignorance ou par mauvaise foi ? En tous cas, ils propagent une erreur de tous points erronée, à laquelle les faits donnent quotidiennement un formel démenti. Le psychothérapeute, au contraire, est, au sens propre, un professeur de volonté.

Les hierosyncrotèmes familiaux.

M. Binet Sanglé. — Les hiérosyncrotèmes (groupes formés par des religieux ou des dévots suggestionnés l'un par l'autre), peuvent être figurés par une fraction dont le nominateur représente le nombre total des membres de la famille et le numérateur le nombre de religieux ou dévots de la famille ainsi définie. J'ai pu reconstituer plus de 200 hiérosyncrotèmes familiaux dont quelques-uns comptent jusqu'à 30, 38, 40 et 43 membres et qui montrent le rôle joué à la fois par l'hérédité et le milieu dans la propagation des idées religieuses et leur transmission à travers les siècles.

Séance du mardi 20 *janvier* 1903. — Présidence de M. Voisin

La psychologie du cardiaque.

M. Fiessinger. La psychologie du cardiaque est bien différente de celle du dyspeptique ou du tuberculeux. Chez le dyspeptique, l'humeur est très inégale; les alternatives d'excitation et de dépression sont très accusées; son pessimisme est fait d'un sentiment d'amertume; sa misanthropie s'étend à sa personne d'abord et à tout le genre humain ensuite; son intelligence gagne en finesse, promptitude et délicatesse. Le phtisique est un optimiste pour lui, un pessimiste vis-à-vis du genre humain qu'il déteste; il est aisément rageur; il aime à voyager; il change de médecin. Le cardiaque est un pessimiste pour lui, un optimiste vis-à-vis de ses semblables qu'il supporte et qu'il aime; il est obéissant et doux; il reste chez lui et demeure un client fidèle. En un mot, si le phtisique est optimiste et rageur, le dyspeptique misanthrope est délicat, le cardiaque, lui se signale surtout par son indulgence, sa pondération et sa sagesse; il juge avec finesse et perçoit les nuances; il ne s'indigne pas contre le mal mais lutte contre lui avec tenacité.

M. Bérillon. Le cœur est un réactif délicat et la moindre émotion se traduit par une modification cardiaque ou circulatoire. Les émotions sont très dangereuses chez les cardiopathes. Aussi conviendrait-il d'instituer pour eux, par la psychothérapie, une prophylaxie de l'émotion. En les habituant à ne pas se laisser démonter par une émotion, on empêcherait des aggravations et même des morts subites. Cette indication thérapeutique est d'autant plus légitime que l'hypnotisme peut agir directement sur le cœur, la circulation générale et la tension artérielle, ainsi que je l'ai montré à l'aide de nombreux tracés sphygmographiques.

Les facteurs psychologiques et les divergences médicales.

M. Dauriac. Les désaccords entre médecins dans leurs prescriptions ou leurs défenses ne portent généralement pas sur les dissen-

timents d'origine médicale. Les médecins s'entendent sur le mal et sur ses conséquences. Mais, quand il s'agit d'interpréter ces conséquences, de formuler des permissions ou des défenses, ils cessent d'être du même avis, parce qu'ils ne sont ni du même caractère, ni de la même humeur.

M. Paul Magnin. Sans doute; aussi, c'est à la fois comme médecin et comme homme que, par exemple, je n'hésite pas à interdire le mariage à mes tuberculeux ou à mes syphilitiques, même guéris. J'apporte mes connaissances et mon autorité médicales au service de la société pour épargner à cette dernière des rejetons qui risqueraient de n'être que de non valeurs à la charge de la collectivité.

M. Bérillon. Cependant Fournier permet le mariage des syphilitiques après un certain nombre d'années de traitement. Et pour ma part, je ne désespérerais pas de la descendance d'un tuberculeux guéri; car, si dernier s'est véritablement guéri, c'est qu'en outre de qualités morales de volonté et de persévérance, il offre une certaine résistance physiologique.

M. Jules Voisin. Les enfants de syphilitiques guéris peuvent paraître normaux. Toutefois j'ai remarqué que, s'ils sont surmenés, ils font très facilement des psychoses de la puberté.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance 25 *janvier* 1902. — Dédiée au nom de S.-S. Korsakoff

S.-J. Popoff. *Un cas d'ataxie cérébelleuse aiguë d'origine organique, compliquée par l'hystérie.*

Malade, de cinquante-quatre ans, ancien alcoolique, devint malade subitement de la manière suivante : tout d'abord apparaît un bruit constant dans l'oreille gauche ; trois jours après la démarche devint chancelante, mais il n'y avait point ni vomissements, ni de céphalalgie ; en ce temps on arracha au malade l'une des dents ; immédiatement après l'opération la démarche devint encore plus chancelante et ce phénomène progressa encore. Dans le cours de la maladie on nota plusieurs périodes d'exacerbation de l'ataxie, de sorte que, quatre mois après le début de la maladie, il n'était plus en état de marcher. Outre l'ataxie on pouvait noter chez le malade des symptômes de compression de certains nerfs craniens, à savoir : des nerfs auditif, trijumeau et oculo-moteur commun. Ayant

en vue, que les lésions organiques du système nerveux sont souvent compliquées de symptômes de caractère fonctionnel, l'auteur soumit le malade à la suggestion, après quoi l'ataxie s'affaiblit considérablement ; après la seconde séance de suggestion l'ataxie disparut et le malade commença à bien marcher. Il mourut à la suite d'une maladie physique occasionnelle (volvulus)L'autopsie manifesta un kyste sous-méningien apoplectique qui avait détruit une petite région du cervelet. Vu les données de l'autopsie, le rapporteur attribue l'apparition primordiale de l'ataxie aux hémorrhagies sous-méningiennes ; quant à l'empirement ultérieur de l'ataxie, il l'explique par le trouble fonctionnel qui est confirmé : 1° par la guérison de l'ataxie après la suggestion et 2° par les données expérimentales de Luciani que la lésion des petites régions du cervelet provoque l'ataxie, mais que cette ataxie peut très vite guérir, grâce à la propriété du cervelet de compenser très rapidement les troubles des fonctions des petites régions du cervelet. Puisque la lésion du cervelet chez le malade en question n'était pas grande, donc on ne peut pas expliquer seulement par la lésion en foyer l'ataxie si prolongée.

DISCUSSION

Dr W. Serbsky ne voit pas d'indications nettes sur l'existence de l'hystérie dans le cas en question.

Dr V. Weidenhammer pense que les oscillations dans le degré de l'ataxie peuvent être expliquées par le degré de pression en dedans du kyste ; si le kyste était provoqué par une simple hémorrhagie, il n'y aurait pas eu de phénomènes si accentués de compression de la moelle allongée.

Dr G. Pribytkoff trouve que les modifications dans le cervelet sont très significatives et voit sur la préparation une compression très marquée de la moelle allongée, qui indique l'augmentation lente de la compression du côté du kyste. Les oscillations très marquées dans l'intensité des phénomènes morbides sont une règle dans les kystes du cervelet.

M. G.-J. Rossolymo ne nie pas la possibilité de complication hystérique dans le cas donné.

M. L. S. Minor rappelle que les tumeurs cérébelleuses peuvent exister sans aucuns symptômes, par exemple, les cholestéatomes.

Dr Mouratoff indique sur ce fait que les explications anatomiques du rapporteur ne sont pas fondées sur des données suffisantes.

Dr Weidengammer pense à l'existence possible d'une lésion des deux hémisphères, à une lésion disséminée à la suite de modifications vasculaires.

Dr Serbskx voit chez le second malade des phénomènes indubitables de démence qui prouvent le caractère diffus du process u

morbide, mais il ne comprend pas l'opinion de l'auteur sur l'amnésie comme sur un symptôme en foyer. — Les Drs Pribytkoff et Vorobieff ont aussi pris part à la discussion.

P.-A. Préobrajensky. *Etude sur l'alexie sous-corticale et sur les troubles similaires.*

L'auteur a observé dans l'hôpital de Sainte-Catherine deux cas d'alexie. — *Cas I.* Malade, journalier, cinquante ans, grand buveur, n'a jamais souffert de rien jusqu'à la maladie actuelle. Vers la mi-décembre 1901, sans perte de conscience, il commença à ressentir une faiblesse dans les extrémités gauches ; trois jours après le début de la maladie, c'est-à-dire le 18 décembre, il entra dans l'hôpital. *Etat présent* : certain affaiblissement d'attention et de combinaison, parésie du nerf hypoglosse et des ramifications inférieures du nerf facial gauche ; hémiplégie et hémianesthésie gauche (de toutes espèces); abolition des réflexes patellaires ; hémianopsie gauche. Le malade ne peut presque pas lire, même l'imprimerie en gros caractères ; et déchiffre mal les mots ou ne les déchiffre pas du tout ; parfois d'après le commencement du mot il en devine la fin, mais il se trompe bien souvent sans doute. Il ne peut pas copier des phrases d'un livre, il doit avant déchiffrer le mot ; si il réussit à lire le mot, il l'écrit alors vite et régulièrement. Il écrit bien lui-même et sous la dictée, mais il déchiffre mal les mots écrits (même par lui-même). Le malade comprend mal les dessins et les tableaux. En suivant la main de celui qui écrit, il peut deviner d'après les mouvements le mot écrit. Il lit mieux les mots imprimés en noir qu'en rouge, mais il distingue bien les couleurs l'une de l'autre. Vision des deux yeux $= \frac{5}{10}$. En lisant, il ne perd pas les lignes et passe de l'une à l'autre régulièrement. L'ouïe est normale des deux côtés. Pendant le séjour du malade à l'hôpital tous les phénomènes morbides s'améliorèrent de même que l'alexie qui commença à disparaître progressivement. Le malade n'était pas gaucher.

Cas II. — Malade de quante-cinq ans, ouvrier de fabrique, fut amené à l'hôpital le 17 juillet de 1901 en état d'inconscience. Sur les antécédentes on parvint seulement à apprendre que le malade avait eu la syphilis à l'âge de vingt ans et comment est survenue la maladie actuelle, on n'a pas pu le savoir. A l'entrée, on signale une confusion mentale, une mauvaise orientation dans l'entourage; le malade ne comprend pas tout de suite ce dont on lui parle ; il se démène constamment dans son lit. Hémianesthésie complète du côté gauche. Parésie des extrémités gauches, ataxie. La confusion mentale commença à disparaître progressivement et alors seulement on a eu la possibilité d'examiner d'une manière plus détaillée et plus circonstanciée le malade en question.

Etat présent, 29 octobre 1901. Hémianopsie gauche très accentuée. Vision de l'œil droit $= \frac{7}{10}$, vision de l'œil gauche $= \frac{2}{10}$. Le malade distingue bien les couleurs. Il déchiffre les caractères imprimés avec une certaine difficulté. En lisant il oublie bien vite ce qu'il a lu, et souvent repète plusieurs fois une seule et même ligne ou une partie de cette ligne ; s'il regarde de côté, il ne peut plus trouver l'endroit, où il s'est arrêté ; le plus souvent malgré toutes ses recherches le malade lit des fragments de phrases dans différents endroits de la page. Parfois il ne peut se rappeler que quelques mots isolés de tout ce qu'il vient de lire. Il déchiffre en épelant les mots écrits par lui-même et souvent les lit de travers ; il reconnaît son écriture. Il écrit assez bien lui-même et sous la dictée, il copie juste les mots qu'il a bien déchiffrés. La copie de diverses figures géométriques ne lui réussit pas toujours et la copie même grossière de divers tableaux quelconques n'est pas du tout à sa portée. Il reconnaît fort mal les tableaux et les dessins, il mêle souvent les images ; par exemple il prend le chien pour un homme, les poupées pour des gens, etc. Il ne peut pas non plus concevoir le sens d'un tableau. L'ouïe est affaibli des deux côtés, plus du côté gauche. L'odorat s'est affaibli. Point d'aphasie. Le malade souffre d'amnésie antérograde (et en partie rétrograde) : depuis le début de sa maladie il ne se rappelle de rien ; de sa chambre le malade doit être reconduit, car malgré le séjour d'une demi-année à l'hôpital, il ne peut trouver lui-même, ni sa chambre, ni son lit. Le malade n'est pas gaucher.

La particularité de ces cas consiste dans la lésion de l'hémisphère droit (ordinairement l'alexie isolée correspond à une lésion de l'hémisphère gauche), malgré que les deux malades ne sont pas des gauchers. L'auteur s'associe à l'opinion de ceux qui pensent que nous lisons avec les deux hémisphères. La particularité du cas II consiste dans l'amnésie antérograde comme symptôme d'une lésion en foyer, identique au trouble d'orientation, décrit par d'autres auteurs. L'alexie dans le cas II est aussi particulière, elle provient non pas de ce que la voie optique est rompue, mais elle est due seulement à la diminution de la durée de l'impression. Une alexie de ce genre a été décrite par Grashey (le malade pouvait lire le mot s'il l'avait devant ses yeux en entier ; mais si on le faisait lire ce même mot par syllabes et qu'il ne voyait qu'une seule lettre et puis une autre, alors il ne pouvait plus lire ce mot.

DISCUSSIONS.

Dr Mouravieff trouve que l'explication présentée par l'auteur sur l'origine de l'alexie dans ses cas ne s'accorde pas avec la manière de voir clinique et anatomique généralement adoptée.

N'y avait-il pas dans ces cas quelque chose de plus simple, comme par exemple, un trouble dans l'appareil oculomoteur commun ?

Séance du 15 février 1902.

Dr N.-P. Postovsky. *Sur le diagnostic des psychoses syphilitiques.*

Se basant sur deux observations, le rapporteur note les particularité suivantes des psychoses syphilitiques : 1. Trouble de conscience en forme d'accès de sommeil pathologique, différent du sommeil normal par l'inclination du malade à s'endormir de nouveau tout de suite après le réveil. 2. Affaiblissement des capacités intellectuelles, se manifestant par une lenteur particulière dans les opérations mentales, une amnésie, surtout pour les faits courants et récents et par un affaiblissement du sens moral ; cet affaiblissement est d'une telle intensité qu'il est propre seulement aux psychoses organiques. 3. Cours de maladie, caractérisé par l'inconstance de symptômes dans la période primordiale de la maladie et par l'échange subit tantôt des accerbations, tantôt des rémissions. 4. Présence des troubles nerveux spéciaux pour les lésions syphilitiques (céphalalgies, analgésies cutanées, états épileptiques équivalents). 5. Présence des lésions syphilitiques cutanées. 6. Influence favorable de la thérapie spécifique. L'auteur signale ses cas par le nom de démence stupeureuse syphilitique. Cette forme morbide doit être différenciée de l'amentia stupeureuse et de la démence précoce para-hérédo-syphilitique, qui dans son cours présente des phénomènes précoce et qui peut apparaître comme l'un des chaînons terminaux de la longue série des formes morbides provenant de la syphilis.

DISCUSSIONS.

Dr B. Sémidaloff et le Dr V. Weidengammer se basant sur la connaissance personnelle des malades en question, ne peuvent pas être d'accord avec le diagnostic du rapporteur.

Dr A. Bernstein trouve que le rapporteur fait une erreur méthodologique en élevant ses cas d'après le critérium, qui lui-même est élevé de ces cas.

Dr W. Serbsky ne voit pas de raison d'attribuer la cause de la lésion donnée à la syphilis, car un symptomocomplexus pareil est aussi possible sans l'existence de la syphilis.

Les docteurs S. Soukhanoff, A. Popoff et V. Vorobieff et S. Steinberg ont pris part aux débats.

2. Dr S. Steinberg. Sur la construction et les plans de l'asile psychiatrique du Zemstro du gouvernement de Saratoff.

A. Bernstein. Ch. Busch.

S. Sokuhanoff. *Réseau endocellulaire de Golgi dans les éléments nerveux de la moelle épinière.*

Le procédé Golgi-Veratti permet de révéler dans les cellules de la moelle épinière l'existence d'un réseau intracellulaire particulier. Les morceaux de la moelle épinière doivent être placés pour la fixation dans le liquide de Veratti (2 parties de solution de bichromate de potassium à 5 p. 100 ; 2 parties de solution de chlorure de platine et de potassium à 1 p. 1 000 ; 1-1 1/2-2 parties de solution d'acide osmique à 1 p. 100). Les préparations les mieux réussies ont été obtenues chez les jeunes cobayes de trois et cinq mois. Mais avant de placer les fragments de la moelle épinière dans le liquide fixateur formulé ci-dessus, les tronçons de moelle étaient partagés par une section longitudinale en deux parties, une antérieure et une postérieure. Les meilleures préparations étaient obtenues après un séjour dans le liquide de Veratti de vingt à trente jours. Ensuite, les petits fragments de moelle étaient portés dans un mélange de bichromate de potassium (3 parties de solution de bichromate de potasse à 5 p. 100) et de sulfate de cuivre (1 partie de solution de sulfate de cuivre à 5 p. 100) pour deux, deux et demi, trois jours et d'ici ils étaient transportés dans une solution de nitrate d'argent (à 1 p. 100) pour y rester environ quarante-huit heures. Les coupes des morceaux, traités de cette manière, faites au microtome étaient obtenues longitudinales. Le réseau endocellulaire s'obtient plus difficilement dans les cellules de la moelle epinière que dans les cellules des ganglions spinaux.

L'aspect externe du réseau intra-cellulaire de Golgi, inclus en dedans des cellules spinales, présente beaucoup de variétés dans les grosses cellules motrices ce réseau a une structure plus compliquée, plus parfaite ; il est constitué ici par des filaments ayant, pour la plupart, des contours irréguliers, tantôt plus fins, tantôt plus gros, traversant le corps cellulaire dans des directions diverses ; ces filaments forment des mailles et donnent souvent des épaississements. Ces mailles, souvent allongées dans un sens, ont leur grand axe, parallèle au bord du corps cellulaire, et auprès de la base des dendrites ou dans les dendrites elles-mêmes il est parallèle à l'axe longitudinal de ces dernières.

Le réseau endocellulaire pousse des rejetons qui se dirigent dans les dendrites ; parfois on peut suivre une telle dendrite sur un assez long trajet ; assez souvent on peut voir que plusieurs rejetons 3-4 par exemple, se dirigent dans la même dendrite. Parfois le réseau est formé comme un peloton embrouillé. Le réseau en question est indubitablement endocellulaire ; il n'atteint pas la périphérie du corps cellulaire, mais à la suite de l'absence de l'espace péricellulaire les contours du corps cellulaire ne sont pas nets et distincts. Mais si l'espace péricellulaire apparaît, alors on n'obtient

pas du tout de réseau endocellulaire. Dans la région du noyau cellulaire le réseau se raréfie ; il ne semble pas avoir de relation avec le noyau ; l'aspect du réseau dépend de la forme du corps cellulaire ; ainsi, par exemple, dans les cellules spinales fusiformes le réseau a l'aspect fusiforme dans son ensemble ; dans les cellules rondes, le réseau a l'aspect correspondant, etc. Dans les petites cellules spinales le réseau affecte une telle simplicité qu'on ne peut même pas parler ici d'un réseau. Dans quelques-unes des petites cellules fusiformes les rejetons du réseau endocellulaire, entrant dans la dentrite, pouvaient être poursuivis sur une étendue plus ou moins longue, et alors on pouvait voir de quelle manière se dichotomisent ces rejetons, inclus dans la dendrite lorsque cette dernière se bifurque en deux ou plusieurs petits prolongements protoplasmatiques. Sur l'une des préparations on pouvait voir comment dans la dendrite d'une cellule fusiforme menue passent parallèlement deux rejetons, partant du réseau endocellulaire, par places s'unissant entre eux et ensuite se dichotomisant dans l'endroit où se fait, à ce qu'il paraît, la bifurcation de la dendrite. En ce qui concerne la signification de ce réseau, ici aussi, comme dans les travaux précédents sur cette question, l'auteur pense que ce réseau n'a pas de rapport avec les voies dites conductrices de la cellule nerveuse ; il présente seulement un système particulier, inclus dans la cellule et pénétrant dans ses dendrites ; il est difficile pour le moment de dire quelque chose de défini sur la signification de ce réseau.

Le Dr Minor et le Dr Mouravieff ont proposé plusieurs questions au rapporteur. V. Mouravieff. S. Soukhanoff.

NÉCROLOGIE.

Le Dr A.-M.-C. FEBVRÉ

Le Dr Febvré (Alphonse-Marie-Camille), médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, est décédé le 6 janvier 1903 à l'asile de Ville-Evrard, après quelques mois de maladie. Il était dans sa cinquantième année. Originaire de la Lorraine annexée, Febvré avait été successivement interne à l'asile de Maréville (1879), puis médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues (Vaucluse), où le dévouement dont il fit preuve au cours d'une épidémie cholérique lui valut une médaille d'or. Appelé à l'asile de Ville-Evrard dans les premiers mois de 1887, en qualité de médecin-adjoint, Febvré

fut nommé, moins d'une année après (1888) médecin en chef et chargé des divisions des femmes à l'asile et au pensionnat. Durant les seize années qu'il a passées à Ville-Evrard, Febvré a eu le mérite de provoquer bien des réformes destinées à améliorer le sort de ses malades. Ses travaux sur les questions médico-administratives ayant trait à l'assistance des aliénées, ses recherches cliniques, ses publications portant sur la thérapeutique des maladies mentales protègeront sa mémoire contre l'oubli. Son nom restera toujours attaché à l'importante question de l'intervention chirurgicale chez les aliénées. Avec son ami, le Dr Picqué, Febvré a lutté sans répit afin de faire bénéficier les personnes atteintes de maladies mentales des progrès de la chirurgie contemporaine et plus particulièrement de la gynécologie. Ce n'est pas sans une profonde tristesse qu'on a appris la fin prématurée de l'aliéniste modeste et consciencieux, du médecin dévoué, du collègue serviable et sympathique que fut Febvré.

Febvré a fait un certain nombre de communications à la Société médico-psychologique dont il était membre titulaire, à la Société de chirurgie; il a publié divers travaux dans les *Archives de neurologie*, le *Progrès médical*. Nous citerons les plus importants de ses mémoires : *Contribution à l'étude du délire d'origine sympathique* (avec le Dr Picqué), *Annales médico-psychologiques*, janvier 1893; — *Du rôle de l'intervention chirurgicale et en particulier des opérations gynécologiques dans certaines formes d'aliénation mentale* (avec le Dr Picqué), communication faite à la Société de chirurgie, le 29 mars 1899; — *Du rôle de l'hygiène et de la gynécologie dans les services de femmes aliénées* (avec le Dr Picqué) Congrès des aliénistes de Marseille, 1899; — *Observation de folie sympathique* (avec le Dr Picqué), Société médico-psychologique, séance du 26 décembre 1898; — *Rapport sur les asiles unisexués*, sur la *Société de patronage des aliénés* (commission mixte du Conseil général de la Seine); une communication sur l'*Open-door*, Société médico-psychologique, 1897; — sur un *Nouvel appareil pour l'alimentation artificielle*. Revue de psychiatrie, 1897. Il serait injuste enfin de ne pas mentionner les *Rapports annuels* de Febvré au préfet de la Seine. Ces rapports, qui sont un modèle, témoignent de sa préoccupation constante d'améliorer le sort des malades et de sa connaissance profonde des questions d'assistance des aliénées.

P. Serieux.

Dans la séance du 13 janvier de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, le président, M. Atthalin, a rappelé en termes éloquents la vie médico-administrative de Febvré. Il a terminé ainsi :

« L'existence professionnelle du docteur Febvré, a-t-il dit, s'est passée dans un constant souci d'améliorer le sort des aliénés. Très

bienveillant pour le personnel, on le voyait insister encore, dans son rapport de 1899, sur le caractère de la tâche des infirmiers et infirmières et apprécier comme réduits à une trop étroite mesure les repos qui leur sont accordés en regard des agents des ateliers et des services généraux astreints à une durée de travail plus limitée. Enfin, la visite de son service, toujours admirablement tenu, vous donnait lieu de découvrir, chaque année, quelque innovation intéressante. Je citerai seulement, parmi celles-ci, la création de l'appentis pour les gâteuses, si remarquée par la Commission, et signalée comme modèle par notre excellent collègue le Dr Thulié.

« Aujourd'hui Febvré est parti d'entre nous, pour venir s'étendre dans le champ du repos. Il a eu, si l'image de la mort s'est offerte à ses yeux perdus dans les derniers brouillards, la consolation suprême de mesurer le chemin parcouru, la dette payée par l'homme éphémère à l'éternelle humanité, et de s'endormir ainsi que font, au soir, les ouvriers des rudes labeurs. Ce n'est pas seulement à la maison de Ville-Évrard, devenue pour lui un second foyer, ce n'est pas seulement dans le corps médical auquel nous sommes si intimement liés par notre mandat, que la mémoire du docteur Febvré restera fidèlement conservée ; nous garderons ici, avec l'évocation de cet expressif et loyal visage, l'impression du devoir social supérieurement accompli. »

BIBLIOGRAPHIE.

VIII. *Rapport sur l'asile d'aliénés d'Auxerre* pour l'année 1901 ; par le Dr Journiac, médecin-directeur.

La population de l'asile était de 635 malades le 1er janvier 1901, de 764 au 31 décembre, dans laquelle figurent 105 aliénés de la Seine (59 H. et 46 F.). Pensionnat, 107. Sorties, 62, dont 29 par guérison, 21 par amélioration, 5 par évasion. Les décès ont été de 78 (39 H. et 38 F.), Recettes, 419.878 ; dépenses, 359.726. Dans les recettes figurent 59.000 fr. provenant des aliénés de la Seine. Parmi les dépenses, relevons une subvention de 100 francs pour l'*Association des médecins-aliénistes*, qui devrait être inscrite au budget de tous les asiles, une pension de repos de 350 francs et une somme de 1.500 francs pour le relèvement des salaires du personnel secondaire. Le prix de journée des indigents est de 1 fr. 198.

M. Journiac donne des détails intéressants sur le fonctionnement de la lingerie, etc. Il voudrait « que les chefs de quartier aient un

approvisionnement de linge toujours fixe, et dont ils auraient à répondre. » « Le cordonnier a soixante-dix-huit ans, ne sait ni lire, ni écrire et se trouve forcé d'avoir recours à un malade pour tenir la petite comptabilité qui lui incombe... L'atelier de tailleur ne répond pas suffisamment à nos besoins, son chef qui approche de quatre-vingts ans n'a plus l'énergie indispensable à sa fonction. » D'où la nécessité de ne pas hésiter à créer des pensions de repos. L'asile bénéficierait du remplacement de ces vieux serviteurs par des chefs d'atelier jeunes et actifs. La buanderie, la cuisine, la serre sont insuffisantes et malpropres, ainsi que nous l'avons constaté dans notre visite, le 13 août dernier.

« Mon attention, dit M. Journiac, a été appelée sur le mode de distribution des eaux par l'apparition de trois cas de fièvre typhoïde, et j'ai paré au plus pressé en supprimant les points où les eaux de la ville et celles de Sainte-Marguerite pouvaient se trouver en contact [1]. » Il y aurait intérêt à consigner dans tous les rapports de ce genre, la nature de l'eau donnée aux malades, et à procéder de temps en temps à des analyses chimiques et bactériologiques.

Le service hydrothérapique est défectueux, surtout par suite de la répartition des appareils dans trois salles plus ou moins exiguës, au lieu d'une seule salle vaste. Cabinets à la turque, fosses fixes ou tinettes mobiles. Utilisation à la colonie du Verger. Chaise percée, entourée de rideaux, la nuit, dans les dortoirs. C'est moins défectueux que les baquets ; mieux vaudraient des cabinets intérieurs.

Avant 1890, le médecin-directeur, le Dr Rousseau, donnait assez souvent des *congés d'essai* et des *permissions de sortie*. M. Lapointe, non; M. Journiac, qui n'est à Auxerre que depuis dix-huit mois, en a donné quelquefois.

Le pensionnat ne procure pas les bénéfices qu'on en espérait. On est en train de le gâter — comme nous l'avons vu pour celui de Saint-Robert — en obstruant la vue qu'avaient les pensionnaires de leur jardin, par la construction de deux pavillons d'isolement. Il est surprenant que ni le médecin de l'époque, ni la Commission de surveillance, ni les inspecteurs, n'aient pas protesté... à moins qu'on ne les ait pas consultés du tout.

Aux cellules, dont celles de l'Asile clinique sont une copie, nous avons vu, dans le couloir, des chaises pleines, en bois, très épaisses, très lourdes.

Le service médical comprend : 1 médecin directeur, 1 médecin adjoint, 1 interne ; — le personnel secondaire : 25 surveillants et

[1] L'asile est alimenté par la source de Sainte-Marguerite qui paraît avoir été polluée par des infiltrations superficielles et par un ru en communication avec la nappe souterraine? De plus, l'asile reçoit de l'eau de la ville, contaminée (Fièvres typhoïdes fréquentes à Auxerre).

infirmiers pour 309 aliénés dont 309 indigents; 24 surveillantes et infirmières pour 308 aliénées dont 257 indigentes; à la *colonie*, pour 39 malades, il y a 1 chef de culture, 1 basse-courière, 3 surveillants ou gardiens, 1 charretier et 1 reposant.

Les aliénés dits criminels et dangereux sont au nombre de 29 (22 hommes et 7 femmes), dont 2 assassins, 4 tentatives d'assassinat, 1 incendiaire, 2 attentats aux mœurs, les autres : voies de fait, menaces, vagabondage, etc.

L'asile primitif daterait de 1839. Il a été confié à des *laïques*. Il a été reconstruit en 1859. Il passait alors pour un asile modèle et en harmonie avec sa population (450 pensionnaires). B.

IX. *Rapport sur l'exercice* 1901 *de l'asile départemental de l'Allier;* par le Dr Charon, médecin directeur.

Le 1er janvier 1901, on comptait 557 malades (282 H. et 275 F.), dont 17 cas de *folie alcoolique*. Les admissions dans l'année ont été de 159 (92 H. et 67 F.), les sorties de 84 (46 H. et 37 F.), les décès de 61 (44 H. et 17 F.). Il restait, le 31 décembre, 572 malades (284 H. et 288 F.). « Dans les admissions figurent 14 malades de la Seine. En 1891, il y a eu 116 admissions; en 1901, 159. « Si on défalque les 12 aliénés de la Seine venant d'Ainay-le-Château, des 159 admissions, on obtient 147, chiffre sensiblement égal à celui des années précédentes. Les cas d'aliénation mentale paraissent donc être à peu près stationnaires dans l'Allier, depuis cinq ans tout au moins. »

Parmi les malades admis pour la première fois, figurent 22 idiots et imbéciles (15 H. et 7 F.). Dans les sorties figurent 66 par guérison, 30 par amélioration, 11 par évasion. « Presque tous étaient améliorés et jouissaient, pour cette raison, d'une assez grande liberté, dont ils ont profité pour s'évader. »

Au sujet de la mortalité, 61 décès, M. Charon fait remarquer qu'il faut tenir compte, dans son appréciation, d'un fait particulier. De décembre 1900 à décembre 1901, il est entré à l'asile 16 malades venus de la colonie familiale d'Ainay-le-Château, dépendant du département de la Seine. Ces malades, tous âgés, sont arrivés, pour la plupart, dans un état d'affaiblissement très grand; beaucoup sont morts peu après leur entrée. En effet, sur ces 16 entrées d'Ainay-le-Château, il y a eu 16 décès, soit la proportion énorme de 43,75 p. 100. Pour avoir donc une idée plus exacte de la mortalité à l'asile Sainte-Catherine, il est juste de défalquer ces malades du chiffre des décès et de considérer 54 décès sur une population traitée de 700 malades. Le pourcentage est alors plus faible et donne 7,71 p. 100.

12 des 61 décès sont dus à la *tuberculose* pulmonaire (9 H. et 3 F.). (Il y en avait eu 16 en 1900). « Tous nos efforts, écrit M. Charon,

tendent à améliorer cette situation, et depuis notre arrivée à l'asile Sainte-Catherine, en juillet 1901, nous avons mis en œuvre autant que le permettent l'insuffisance et l'exiguité des locaux, tous les moyens propres à combattre l'extension du fléau. Des pancartes interdisant de cracher à terre, des crachoirs en nombre suffisant ont été placés dans tous les quartiers ; le balayage humide des salles est pratiqué tous les jours. Les aliénés tuberculeux sont, sinon isolés dans un quartier spécial, comme cela serait désirable, mais actuellement irréalisable, du moins placés dans des chambres particulières, à l'écart des autres malades qu'ils peuvent ainsi plus difficilement contaminer. Leur linge est mis de côté et plongé dans des solutions antiseptiques avant d'être envoyé au blanchissage ; enfin, après le décès de chaque tuberculeux, leur chambre est soigneusement désinfectée par les vapeurs de formol. Cet ensemble de mesures hygiéniques, bien qu'on ne puisse en juger par le trop court espace de temps écoulé depuis leur emploi, paraît avoir donné des résultats très favorables ; deux nouveaux cas de tuberculose ont été seulement constatés depuis près d'un an. Il est à espérer que cette mortalité se restreindra encore. »

M. le Dr Charon a bien voulu nous fournir quelques renseignements complémentaires. Depuis son arrivée à l'asile de Sainte-Catherine, 1er juillet 1901, jusqu'au 30 juin 1902, il a accordé 12 *congés d'essai* (4 H. et 8 F.), 41 *permissions de sorties* (26 H. et 15 F.), variant de quelques heures à plusieurs jours. Il n'a observé aucun inconvénient à cette pratique, ce qui vient à l'appui de ce qui se fait dans les asiles de la Seine et ailleurs.

Le personnel secondaire (infirmiers, infirmières et ouvriers) comprend 54 H. et 35 F., total 89. Au cours de 1901, il y a eu 69 sorties et 72 entrées. « Ce mouvement considérable, dit M. Charron, correspond aux premiers temps de mon administration, pendant lesquels j'ai cru devoir *remplacer* le personnel presque tout entier. Les mutations, malgré la faible moyenne du personnel, seront beaucoup moins nombreuses cette année. »

Jusqu'au 1er janvier 1902, les frais de culte dépassaient 2,000 fr. par an, par suite de la présence d'un aumônier dans l'établissement ; soit, pour 1901 :

Traitement de l'aumônier	1.500 fr.	»»
Avantages en nature.	150	»»
Frais de culte (chapelle, etc.). . . .	452	39
Total . . .	2.102 fr.	39

L'exemple donné par le Conseil général de l'Allier devrait être suivi par tous les Conseils généraux qui ont un asile public. Par ses inspecteurs généraux et par ses préfets, M. Combes, président du Conseil, pourrait intervenir utilement. Nous rappellerons, à cette

occasion, que les asiles de la Seine n'ont plus d'aumônier, et que l'asile de Villejuif et l'asile de la Maison Blanche n'ont pas de chapelle. BOURNEVILLE.

X. *La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste;* par J. MOREL (Rapport in-8°. Amsterdam, 1901).

A la suite du Congrès d'anthropologie criminelle de 1893, l'auteur a été chargé de cette question pour le Congrès de 1901 dans lequel il résume les opinions de tous les criminalistes, jurisconsultes et psychiâtres ayant pris part aux débats. La définition du criminel incorrigible est difficile à fixer. Celle de M. Morel est la suivante : « Un individu né dans des conditions spéciales, ou devenu victime après sa naissance d'un processus morbide ou d'un défaut d'adjuvants dans ses premières années et qui conséquemment n'a pas atteint le développement psychique indispensable à l'homme normal. Il faut donc que les autorités veillent sur ces arriérés pour les soustraire à leurs milieux corrompus et à leurs parents. Que ceux qui se sont fait remarquer soient l'objet d'un rapport spécial remis à l'autorité administrative et même judiciaire. Qu'on les place dès qu'on pourra dans des *Instituts médico-pédagogiques* [1] spécialement organisés, dans lesquels les parents pourraient au besoin faire placer spontanément leurs enfants dont le défaut de développement moral les inquiéteraient. F. B.

XI. *La gymnastique de chambre sans appareils*, avec 32 figures explicatives. par le Dr de FRUMERIE (Paris 1902, Maloine éditeur).

Dans cet ouvrage, M. de Frumerie s'est proposé de vulgariser un certain nombre de mouvements raisonnés de gymnastique de chambre, que chacun peut exécuter chez lui, seul et sans appareils, dans un but thérapeutique ou simplement comme exercice hygiénique.

Après quelques courtes considérations sur le bénéfice que l'on peut tirer d'une pratique méthodique de la gymnastique de chambre, sur la distinction du but des mouvements, sur leur sélection, et sur les précautions préliminaires que comporte cette gymnastique, l'auteur décrit d'abord les attitudes à prendre, ce que l'on pourrait appeler les positions initiales, ensuite les divers mouvements réglés à exécuter dans ces différentes attitudes plus ou moins combinées les unes avec les autres.

La partie consacrée aux mouvements est naturellement beaucoup plus étendue que la précédente, car ces mouvements sont nombreux, variés, et l'auteur, après les avoir décrits, indique pour

[1] Ce mot, ainsi que ceux de *Traitement médico-pédagogique*, ont été créés par Bourneville.

chacun d'eux son effet physiologique et son dosage convenable. La terminologie, empruntée à la gymnastique suédoise et traduite littéralement en français, surprend quelque peu le lecteur au premier abord; mais le tout n'est que de s'entendre, comme dit le proverbe, et grâce aux nombreuses figures qui accompagnent le texte, l'entente n'est ni longue ni difficile. L'ouvrage se termine par quelques pages consacrées à la marche méthodique, puis à des remarques générales sur l'application de la gymnastique de chambre, et enfin par une sorte de table d'ordonnances ou d'indications des mouvements plus particulièrement appropriés à un certain nombre d'affections courantes. Ce petit livre pourra avantageusement être utilisé par le médecin et par le client. Le premier y trouvera des renseignements qui pourront, surtout s'il n'est pas familier avec les pratiques de la gymnastique, lui être d'une grande aide pour choisir et formuler les exercices de gymnastique de chambre applicables dans tel ou tel cas particulier, soin qu'il doit toujours se réserver; et le second s'en servira avec profit pour se diriger dans l'exécution correcte et méthodique de ceux de ces exercices qui lui auront été conseillés par son médecin.

Ch. H. Petit-Vendol.

VARIA.

Troisième congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée.

Ce Congrès organisé sous le patronage du Comité national, dont le Président d'honneur est M. le Dr Théophile Roussel, sénateur et le Président M. Casimir-Périer, ancien Président de la République, se tiendra à Bordeaux pendant les vacances de la *Pentecôte*, du 1er au 7 juin 1903. Une commision locale d'organisation vient d'être créée ayant à sa tête comme Président d'honneur M. le Dr Lande, maire de Bordeaux et comme Président M. Bayssellance, ancien maire de Bordeaux.

Les questions suivantes qui feront l'objet de rapports imprimés et distribués par avance, seront discutées dans les assemblées générales : Première question. — *Assistance publique: des moyens pratiques d'établir un lien permanent entre l'assistance publique et la bienfaisance privée*. Deuxième question. — *Assistance et éducation des enfants anormaux (arriérés, bègues, sourds-muets, aveugles, épileptiques et autres)*. Troisième question. — *Instruction professionnelle et situation du personnel secondaire des hôpitaux*. Quatrième question. — *Organisation de l'assistance aux valides trop âgés pour trou-*

ver du travail, sans l'être assez pour participer aux secours publics.

Les sections à leur tour discuteront plus particulièrement dans leurs séances respectives les questions suivantes : **Première Section** : Enfants et Adolescents. — 1° *Patronage des nourrissons*; 2° *Colonies de vacances*; 3° *Ecoles de préservation pour les enfants indisciplinés ou en danger moral ou confiés par les Tribunaux à l'Assistance publique en vertu de la loi de* 1898. *Tentatives et progrès depuis* 1900. **Deuxième Section** : Adultes valides et malades. — (Assistance médicale, visite des pauvres, assistance par le travail.) 1° *Œuvres d'assistance matérielle et morale aux militaires et marins sous les drapeaux et au moment de leur libération*; 2° *Efficacité des secours à domicile aux familles nombreuses*, **Troisième Section** : Vieillards, infirmes et incurables, aliénés. — 1° *Assistance aux mutilés, notamment aux victimes d'accidents du travail bénéficiaires d'une loi récente*; 2° *Patronage des aliénés convalescents et guéris.*

Des visites aux établissements hospitaliers et charitables, publics et privés, de la région, compléteront le programme de cet important congrès. Les adhésions et cotisations (20 francs), sont reçues dès maintenant chez M. le Dr E. Régis, secrétaire général du congrès, 164, rue Saint-Sernin, à Bordeaux.

Asiles d'aliénés : Concours de l'adjuvat. — Errata.

Nous avons inséré dans notre numéro de janvier dernier (p. 116) les résultats du dernier concours, tels qu'ils nous avaient été fournis. La note ne donnait aucun renseignement sur les *épreuves cliniques*. Or, ces épreuves ont eu lieu à l'Asile clinique, chaque jour, pendant une semaine. Cette épreuve fondamentale consistait en l'examen de *deux aliénés*; une demi-heure d'examen, une demi-heure d'exposition. Ajoutons qu'il existe aussi une *épreuve sur titres* dont la cote avait été donnée avant la correction de toute épreuve écrite (Voir le texte de l'arrêté relatif à ce concours dans le n° de juillet 1902 des *Archives* (p. 70).

Concours pour la nomination a deux places d'interne en médecine a l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

Le concours sera ouvert à neuf heures précises à l'asile de Clermont, le jeudi 5 mars 1903. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à l'asile de Clermont, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de neuf heures à midi et de deux heures à cinq heures du soir, du 10 février au 1er mars.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir : Pourront prendre part au concours tous les étudiants en médecine ayant moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours. Ils devront remplir les conditions suivantes : 1° Etre Fran-

çais et avoir satisfait à la loi de recrutement (acte de naissance, livret militaire) ; 2° Avoir seize inscriptions (certificat de la Faculté) ; 3° Produire un certificat de bonne vie et mœurs. — N. B. Si le nombre des candidats le permet, le 3e et le 4e pourront être désignés, dans l'ordre du classement, pour être titularisés en cas de vacances ultérieures.

Epreuves du concours. — Le concours portera sur les matières suivantes : 1° *Epreuves d'admissibilité.* — Epreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie ; — 2° *Epreuve définitive.* Epreuve orale de quinze minutes, après dix minutes de réflexion sur la pathologie interne, la pathologie externe et la petite chirurgie. — *Le maximum des points à accorder pour chaque est* : pour l'épreuve écrite : 30 points ; pour l'épreuve orale : 20 points.

Avantages attachés à la fonction. — Les internes recevront le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et un traitement annuel de 800 francs. La durée de l'internat est de trois ans. Les internes pourront passer leurs thèses dans cet intervalle sans être obligés de renoncer à leurs fonctions. — Fait à Clermont, le 31 janvier 1903. — Le directeur de l'asile, Lesvier.

Ce concours est annoncé trop tardivement pour attirer les candidats en nombre.

British medical Association. — Congrès annuel

Section de méd. psychologique. (*British med. Jour.*, 30 août 1902.)

La section a entendu un exposé du Dr G.-W. Mould président, sur les progrès modernes de l'hospitalisation et de la thérapeutique des aliénés. Discussion générale entre MM. Bucknill, Hack Tuke Maudsley et Cr. Brown. La victoire est restée sans contredit au cottage system et aux asiles pavillonnaires dont le Cheadle-Royal Asilum de Manchester fut le premier type érigé en 1862. — Sir John Sibbald a parlé ensuite des soins à donner aux malades mentaux hors l'asile fermé. Ce dernier imprime, quelle que soit sa perfection, un stigmate particulier à ceux qui y ont passé; aussi doit-on ériger à côté des établissements de ce genre des cliniques ouvertes où ces malades, dès le début et les premiers signes de maladie, puissent être traités durant un temps plus ou moins long, voire même comme traitement externe par consultation ouverte. Ces institutions cliniques spéciales seraient outillées selon les dernières données de la thérapeutique contemporaine (alitement, observation continue) et confiées à la direction d'aliénistes de carrière. Sir John Sibbald cite comme type du genre l'hôpital spécial du Dr Pontopidan, à Copenhague, datant déjà de plus de trente ans. L'intérêt de l'enseignement se trouve là concilié avec celui des malades. Cette communication a servi de base aux décisions de la section. A. M.

Une idiote a l'état sauvage

Sous ce titre : *Un être mystérieux*, la *Petite Gironde* du 25 septembre raconte l'histoire bizarre qui suit :

Depuis quelque temps, les habitants de la paisible cité d'Oron, dans le canton de Vaud, passaient par des transes épouvantables. Toutes leurs nuits étaient troublées par les promenades d'un fantôme, un véritable fantôme, affirmait-on, et non pas les gamineries d'un sinistre farceur. Plusieurs personnes voulurent en avoir le cœur net et proposèrent une expédition nocturne pour éclaircir ce mystère, mais la majorité des habitants s'y opposa, en disant qu'il fallait laisser le fantôme subir les tourments auxquels il avait été condamné. Si on interrompait ses promenades, un désastre épouvantable ne manquerait pas de s'abattre sur la région.

Or, hier, un simple gendarme, en faisant sa tournée, se trouva dans un bois face à face avec le fantôme, et grande fut la stupéfaction du brave Pandore en constatant que le spectre était une jeune fille, âgée d'une quinzaine d'années, *muette* et *idiote*. Elle n'avait sur elle pour tout vêtement qu'un morceau de toile dont on fait les sacs; sa chevelure, toute embroussaillée, retombait sur ses épaules. La plante des pieds est formée d'une corne épaisse, et la malheureuse, retournée presque à l'état sauvage, rampe et marche à quatre pattes comme un animal. On ignore d'où elle vient, et on ne possède aucun renseignement sur son identité.

Ce cas rappelle celui du *Sauvage* de l'*Aveyron*, qui a fait l'objet de deux mémoires remarquables d'Itard, que nous avons réimprimés dans notre *Bibliothèque d'éducation spéciale*. La publication de l'histoire de cette idiote ne manquerait sans doute pas d'intérêt. B.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. *Nominations et promotions.* Mouvement de janvier 1903. — M. le Dr Costa, médecin-adjoint à l'asile de Marseille, nommé médecin-inspecteur du service des aliénés du département des Alpes-Maritimes, est maintenu dans ses fonctions de médecin-adjoint et conserve son rang pour être nommé, ultérieurement, médecin en chef. M. le Dr Allaman, médecin-adjoint à Blois, nommé médecin-adjoint à Marseille, en remplacement de M. le Dr Costa. M. le Dr Mercier, reçu le premier au concours d'adjuvat, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var),

en remplacement de M. le Dr Pélissier, nommé à Marseille. M. le Dr Marchand, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord), nommé médecin-adjoint à l'asile de Blois, en remplacement de M. le Dr Allaman, nommé à Marseille. M. le Dr Bécue, médecin-adjoint à l'asile de Rafond (Charente-Inférieure), nommé à l'asile de Bailleul en remplacement de M. le Dr Marchand nommé à Blois. M. le Dr Capgras, second du concours d'adjuvat, nommé médecin-adjoint à l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), en remplacement du Dr Bécue, nommé à Bailleul. M. le Dr Bonne, médecin-adjoint à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), nommé à la première classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. Raoul, directeur de l'asile d'aliénés de Bron (Rhône) ; M. Rémond, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse (chaire des maladies mentales) ; M. Régis, chargé du cours à la Faculté de médecine de Bordeaux (chaire des maladies mentales). Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami et collaborateur Régis.

Revista Frenopatica espanola, organo cientifico del manicomio de son Baudilio de Llobregat, periodico mensual illustrado director : Dr Rodriguez-Morini. Nous venons de recevoir le premier numéro de cette Revue qui comble une lacune de la presse médicale espagnole.

Société d'études psychiques de Marseille. — Il est ouvert, par les soins de la *Société d'études psychiques* de Marseille (41, rue de Rome), une enquête scientifique sur les *stigmates* et généralement toutes marques ou particularités corporelles, attribuées, dans l'opinion populaire, à une influence de la pensée sur le corps. Pour l'étude d'une question qui intéresse tout le monde, la Société a cru pouvoir compter sur le concours du public.

Toute personne, mère de famille ou autre, en possession de documents intéressants sur le sujet, notamment de ces faits si courants d'influence supposée de l'esprit de la mère sur le corps de l'enfant à naître [1], est priée de vouloir bien les adresser à M. le Dr Goudard, vice-président de la Société, et président de la commission qui les étudiera et les classera pour en tirer les conclusions qu'ils comporteraient. Les personnes qui désireraient conserver l'anonymat sont prévenues qu'aucune publication ne sera faite avec les noms propres sans l'autorisation des auteurs.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales et nerveuses*, M. J. Voisin : jeudi à 10 heures.

[1] On trouvera de nombreux renseignements sur cette question dans la collection des *Compte-rendus du service des enfants* de Bicêtre.

HÔTEL-DIEU. — M. G. BALLET a repris ses leçons cliniques (*Traitement des maladies nerveuses*), le *Dimanche 1er février*, à 10 heures (Amphithéâtre Trousseau), et les continue les dimanches suivants à la même heure. Consultation externe et policlinique, le samedi à 9 h. 1/2 (Salon de la Salle Sainte-Anne).

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses et mentales des enfants*; M. Bourneville, le samedi à 9 h. 1/2 très précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ALOMBERT GOGET (J.-G.). — *L'internement des aliénés criminels.* In-8° de 208 pages. J.-B Baillière, éditeur.

CHIPAULT (A.). — *Etat actuel de la chirurgie nerveuse.* T. Ier. In-8° de 800 pages avec 230 figures. Paris 1902. Rueff éditeur. Prix : 25 francs.

DENY (G.) et ROY (P.). — *La démence précoce.* In-18 de 96 pages (Actualités médicales). Prix : 1 fr. 50; J.-B. Baillière, éditeur.

JENNINGS (Oscar). — *La guérison de la morphinomanie sans souffrance.* In-18 de 232 pages. Prix : 4 francs.

GRASSET (J). — *Leçons de clinique médicale*, 4me série. 1 vol, in-8° de 756 pages. Librairie Masson et Cie, 120, Boulevard Saint-Germain. Prix : 12 francs.

LAFARQUE (Georges). — *La prétuberculose et le sanatorium de Banyuls-sur-Mer.* In-8° de 48 pages. Librairie C. Naud, 3 rue Racine Prix : 1 fr. 50

MARTIN BARR. — *Mental defectives : Their Classification and Training.* In-8° de 14 pages.

MÉEUS (Fr.). — *De la démence précoce chez les jeunes gens.* In-8° de 86 pagés. Gand, 1902. Vander Haegken, imprim.

PIERACCINI (G.). — *La scrittura a specchio ed il centro moture grafico autonomo.* In-8° de 548 pages.

RENOULT (Paul-Louis). — *Contribution à l'étude des rapports de l'idiotie et du rachitisme.* Librairie Jules Rousset, 1 vol. in-8°, de 84 pages. Prix : 2 fr. 50.

ROGUES DE FURSAC (J). — *Manuel de Psychiatrie.* 1 vol. in 12 de 314 pages. Librairie Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

RUMLER. — *Les maladies sexuelles contagieuses ainsi que les principes fondamentaux de leur traitement.* In-8° de 96 pages. Genève. 1902.

RUMLER. — *Cause, nature et guérison de la neurasthénie.* In-8 de 342 pages. Genève. 1902.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 2-1903.

Vol. XV. Avril 1903. N° 88.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

HISTOIRE ET CRITIQUE.



Physio-psychologie des religieuses; les religieuses de Port-Royal.

(Cinquième série de cinq observations).

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ, professeur à l'Ecole de psychologie.

Observation I. Marguerite Dupré.

Etat général. — Lorsque, le 28 décembre 1651, Marguerite Dupré entra au monastère de Port-Royal, elle était « dans un état d'infirmité qui visiblement devoit durer toute sa vie[1]. » « J'étois sujette, écrit-elle, à de grandes migraines et à des maux d'estomac et de rein qui avoient beaucoup augmenté depuis deux ans[2]. »

L'abbesse de Port-Royal Jacqueline Arnauld la saigna, lui fit prendre divers remèdes, et, pendant un an, elle jouit d'une meilleure santé. Mais deux mois après sa profession, c'est-à-dire à la fin de février 1653 (la profession ayant lieu d'ordinaire un an après la prise d'habit), elle tomba gravement malade.

« Cette maladie, qui étoit toujours accompagnée de grandes fièvres, me dura une année toute entière et me mit à l'extrémité. L'année suivante, je jouis d'une santé passable, mais je ne tardai pas d'être de nouveau enveloppée d'infirmités à cause qu'il se formoit dans mon corps des abcès qui manquèrent de me donner la mort sur la fin de l'année 1657, ce qui a continué jusqu'au mois de janvier 1662[3]. » C'étaient des abcès de foie. En effet sa bio-

[1] Jérôme Besoigne, *Histoire de l'abbaye de Port-Royal*. A Cologne, aux dépens de la Compagnie. MDCCLII, t. II. 204

[2] *Vies intéressantes et édifiantes des religieuses de Port-Royal et de plusieurs personnes qui leur étaient attachées*, etc,. Aux dépens de la Compagnie. MDCCLI, II.

[3] *Vies*, II, 364.

graphe la sœur Angélique Arnauld d'Andilly nous apprend qu'elle avait, depuis plusieurs années, un « abcès dans le foie qui ne la laissoit jamais sans douleurs[1] ». « En ces quatre années (fin 1657 janvier 1662), continue Marguerite Dupré, j'ai été seize fois à l'extrémité et j'ai reçu deux fois les derniers Sacremens; pour ce que ces abcès se vuidoient de tems en tems, et il s'en formoit de nouveaux ou les mêmes se remplissoient: ce qu'il y a de certain c'est que pendant ce tems-là j'étois accablée de fièvres, de vomissemens et de coliques très violentes. Outre ces accidens, qui survenoient de tems en tems, j'étois dans de continuelles infirmités. La douleur de mon côté droit ne me donnoit aucune heure de relâche, et m'étoit le plus souvent presque insupportable. Je ne me pouvois plus tenir à genoux, ni debout, à cause des nerfs qui se tendant me faisoient faillir le cœur. L'humeur de mes abcès étoit si maligne que, quand elle s'épanchoit dessus les nerfs, ce qui arrivoit assez fréquemment, elle me rendoit comme paralytique. En un moment je demeurois sans pouvoir plus me remuer; de sorte qu'il me falloit me rapporter des lieux où j'étois. On me fit appliquer deux cautères aux bras; mais la malignité de l'humeur étoit si grande, que l'on fut contraint de les ôter, de peur que je ne devinsse impotente des deux bras, comme je commençois déjà, ne les pouvant plus étendre. Les coliques étoient fort fréquentes et le dégoût continuel, et quelquefois il étoit si grand que je vomissois tout ce que je prenois[2] ». « Les maux de cœur qu'elle avoit presque toujours, dit de son côté Angélique Arnauld d'Andilly, faisoient qu'elle avoit extrêmement besoin d'air et ne pouvoit vivre sans cela[3] ».

Quelques renseignements nous sont parvenus sur les complications qui survinrent pendant ces quatre années. « Au commencement de 1660, elle tomba dans une dangereuse maladie, dont elle revint cependant à force de remèdes, mais qui la laissa très affaiblie[4] ». « A la première signature des Religieuses, en 1661, elle tomba malade à l'extrémité de la douleur qu'elle ressentoit d'avoir été obligée de faire ce qu'elle avoit résolu de ne jamais faire, quoique cette signature se fit avec restriction[5] ». En effet, douze jours après la mort de Jacqueline Arnauld, c'est-à-dire le 18 août 1661, « je tombai, dit-elle, dans un de mes grands accidens, ayant la fièvre continue, accompagnée de rêveries, de vomissemens si grands, que l'on n'attendoit que la mort[6] ». A peine relevée, « je retombai

[1] *Vies*, II, 378.
[2] *Vies*, II, 364.
[3] *Vies*, II, 379.
[4] *Vies*, II, 373.
[5] Jérôme Besoigne, II, 204.
[6] *Vies*, II, 364-7.

malade d'une dissenterie à la fin de septembre, et l'on croyoit que je n'en reviendrois pas. Je relevai encore de cet accident; mais je continuai d'avoir les infirmités que j'ai dit m'être ordinaires et qui étoient causées par ces abcès. Au commencement de l'année 1662, mon mal s'augmentoit de jour en jour[1] ». Le médecin lui ordonna du vin émétique.

« Il lui prit en même tems de grandes peines d'esprit sur quelques péchés qu'elle croyoit avoir commis[2] », et, pour se faire pardonner une de ces fautes, elle commença une neuvaine le 16 janvier 1662. « Le lendemain 17, comme elle prioit devant un tableau de la mère Angélique[3] » (Jacqueline Arnauld), « il me vint en pensée, dit-elle, de la prier de m'obtenir du soulagement dans mes maux, seulement pour trois mois, et que ce me seroit une vraie marque que je n'avois pas offensé Dieu dans cette occasion que je craignois. En même tems je pris une petite croix rouge, qui étoit faite de celle qu'elle avoit portée, avec laquelle je fis trois signes de croix sur mon côté malade, la priant que, comme elle avoit autrefois demandé à Dieu de faire toutes les observances seulement pendant trois ans, elle m'obtint la même grâce pour un an, et que même les trois mois me suffiroient : je ne lui demandois pas d'être sans douleurs, mais qu'elles fussent telles que je pusse m'acquitter des observances, et qu'elles ne m'obligeassent point à me servir de remèdes. Dans le même tems je fus quitte de toutes mes infirmités et de toutes mes peines; et chaque jour de la neuvaine, je rentrai dans quelqu'une des observances dont j'étois exempte à cause de mes infirmités; tellement que le dernier jour j'étois dans tous les exercices de la Communauté, même au jeûne, et je n'eus plus besoin de tous les remèdes dont j'usois continuellement, et dont je ne pouvois me passer. Je les quittai tous; et depuis ce tems je n'en ai usé d'aucun, et n'ai manqué à aucune observance pour cause d'infirmité depuis le 17 janvier 1662... jusqu'au 27 mars. J'ai été trois mois dans une parfaite santé : au bout de ces trois mois les douleurs ont recommencé, mais avec tant de modération, comme j'en avois prié la mère Angélique, que je ne me suis plus servi de remèdes et que j'ai depuis assisté à toutes les observances[4] ».

Les dévots médecins de Port-Royal crurent à un miracle. Nous pouvons aujourd'hui nous rendre mieux compte des faits. Voici comment les phénomènes paraissent s'être succédé :

1° Un an environ après son entrée à Port-Royal, Marguerite Dupré, déjà souffrante d'algies diverses, est atteinte d'une maladie qui se manifeste par de grands accès de fièvre, et dure une année entière;

[1] *Vies*, II. 364-7.

[2] et [3] Jérôme Besoigne, I, 476.

[4] *Vies*, I, 367.

2° Après une autre année de santé passable, il se forme chez elle des abcès du foie, dont elle nous décrit la marche inégale, les alternatives de reprise et de rémission, la douleur fixe et violente qui, sous peine de syncope, condamne les malades à l'immobilité dans le décubitus dorsal, l'inappétence absolue, les nausées, les vomissements, la fièvre, les rêvasseries des paroxysmes. A ces symptômes s'ajoutent des attaques soudaines de paralysie et des contractures en flexion des bras qui, rapprochés des migraines et des « maux d'estomac et de rein » de notre religieuse, nous permettent de porter le diagnostic d'hystéro-neurasthénie.

3° L'hépatite suppurée présente avec la dysenterie des affinités si intimes qu'Annesley a proposé d'introduire dans la nomenclature la *dysenterie hépatique*. Cette maladie s'observe non seulement dans les pays chauds mais aussi dans nos climats, où elle peut donner lieu, comme l'a montré Netter, à de grands abcès. Bien que la maladie dont Marguerite Dupré fut atteinte en février 1653, paraisse être la malaria, maladie endémique au monastère de Port-Royal, à cause des étangs peuplés de moustiques qui l'entouraient, il est probable que l'agent de la dysenterie joua un rôle dans l'hépatite suppurée de cette religieuse, et que c'est à lui qu'il faut attribuer surtout les vomissements répétés et les coliques « fort fréquentes » et « très violentes » qu'elle nous signale. Quoi qu'il en soit, à la suite d'un paroxysme occasionné par une émotion dépressive (signature du formulaire), la dysenterie, maladie également endémique à Port-Royal, se déclare chez Marguerite Dupré.

4° Elle s'accompagne d'angoisses morales, dues vraisemblablement à une légère altération des neurones corticaux provoquée par elle, et la malade est ainsi conduite à faire une neuvaine, au cours de laquelle elle demande le soulagement de ses maux pendant trois mois.

5° L'hépatite suppurée procède par poussées congestives interrompues par des rémissions trompeuses. Il se peut donc qu'il n'y ait eu qu'une simple coïncidence entre la prière en question et l'une de ces rémissions. Mais il se peut aussi que celle-ci se soit produite par autosuggestion. L'hystéro-neurasthénie du sujet, sa crainte d'avoir offensé Dieu, son ardent désir de s'acquitter des observances, la rapidité de l'atténuation des symptômes, l'égalité de durée entre la rémission demandée et la rémission effective, plaident en faveur de cette hypothèse, que légitiment d'ailleurs les relations existantes entre les neurones à images et à idées et les neurones pathiques et vaso-moteurs. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que la cessation des angoisses morales de Marguerite Dupré ne soit due à l'autosuggestion.

Les trois mois écoulés, elle recommença à souffrir de « plusieurs

incommodités[1] », et, en 1664, il se produisit un réveil de ses colonies hépatiques. « Elle tomba malade, le jour des Saints Innocens, d'un abcès qu'elle avoit au côté et qu'elle avoit caché tant qu'elle avoit pu[2] ». Toutefois, l'archevêque de Paris étant venu la voir, « elle se traina comme elle put au parloir[3] ». Cette nouvelle poussée s'accompagna d'angoisses morales, qui furent attribuées à l'affaire de la signature, et de crainte de la mort.

A la fin de juin 1666, elle retomba malade. Le 2 juillet, il lui prit « une fort grande colique à quoi elle étoit sujette[4] ». Elle assista à Vêpres avec un visage de mort, et passa toute la nuit « dans de grandes douleurs et de grands vomissemens[5] ». Le lendemain 3 juillet, elle dut s'aliter. Les remèdes ne lui procurèrent aucun soulagement, « sinon qu'elle avoit des intervalles où la douleur étoit plus modérée[6] ». « Le médecin l'avoit fait saigner, et il trouva le sang extraordinairement corrompu[7]. ». Dans la nuit du 4 juillet, qui était environ le dixième jour de la maladie, son état s'aggrava. « Les douleurs ne lui donnoient point de relâche, non plus que ses vomissemens. » Le pouls était fort, mais les forces s'épuisaient. On lui administra un remède. « D'abord l'opération alla assez bien, mais ensuite tout d'un coup tout s'arrêta, et ses douleurs augmentant, elle changea si fort en une heure, dit Angélique Arnauld d'Andilly, que quand je rentrai dans sa chambre et que je jettai les yeux sur elle, je vis la mort sur son visage[8]. » Les selles et les vomissements avaient cessé. Elle souffrait de douleurs intenses. Elle était sans forces, et avait grand peine à parler. Elle resta dans cet état de onze heures du soir à deux heures du matin. A deux heures, « elle fit un mouvement de tête, comme pour se retourner sur le côté, et dans le même instant... elle perdit la parole et la connoissance[9] ». Mais parole et connaissance revinrent, et elle fit preuve « d'une entière liberté d'esprit jusqu'à un demi-quart d'heure avant d'expirer[10] », « tenant en main le crucifix qu'elle adoroit dans une grande paix, et suivant avec une attention marquée les prières que la Communauté récitoit pour elle[11]. ».

Caractère. Orgueilleuse et d'un « naturel prompt et vif »[12], elle devint, sous l'influence des suggestions religieuses,

[1] Jérôme Besoigne, I, 476-7.

[2] et [3] *Ibid.* II, 208.

[4], [5], [6], [7] *Vies*, II, 381.

[8] et [9] *Vies*, II, 384.

[10] *Vies*, II, 388.

[11] Jérôme Besoigne, II, 335.

[12] *Vies*, II, 373.

retenue, silencieuse et humble. Elle se disait « une pauvre ignorante »[1], et s'occupait des travaux les plus bas.

Tristesse. Elle présentait une prédisposition à la tristesse. En 1661, la dysenterie se déclara chez elle à l'occasion d'une douleur morale. En 1662, ses abcès du foie s'accompagnèrent de « grandes peines d'esprit ». En 1664, pendant son exil aux Annonciades de Saint-Denis, la nouvelle que des religieuses de Port-Royal avaient signé le formulaire[2] la plongea dans l'abattement. Pressée elle-même par l'archevêque de Paris de se rendre, « elle passa cinq jours à pleurer, désolée de l'état où elle se trouvoit, partagée entre la crainte d'offenser Dieu en signant, et d'avoir toujours à souffrir en ne signant pas », « peinée et excédée d'angoisses »[3]. Elle finit par se soumettre, et n'y gagna que de nouvelles inquiétudes. Le jour de sa rentrée à Port-Royal, elle resta dans un coin de l'église « priant et pleurant »[4]. En ce temps là, « elle dormoit peu la nuit »[5]. Enfin, s'étant convaincue que la signature était un mal, elle s'accusa de sa faute « dans les termes les plus humbles et les plus touchants et avec une grande abondance de larmes »[6]. « Depuis ce moment, elle sentit la plus grande joie qu'elle eût jamais éprouvée, mêlée avec une intime douleur de son péché »[7]. Elle continua d'ailleurs à le pleurer et en eut d'affreux remords.

Suggestibilité. Elle disait à propos de la rémission pseudo-miraculeuse de son mal : « Je n'ai pas seulement reçu cette grâce par l'intercession de notre chère mère, mais bien d'autres très secrètes et très considérables que je ne puis publier; et je puis assurer que je ne me sens jamais inspirée de demander quelque chose à Dieu que je ne l'obtienne par son intercession »[8]. Cela donne la mesure de sa suggestibilité.

[1] Jérôme Besoigne, II, 206.

[2] *Recueil des pièces relatives à la signature du formulaire, pour servir à l'histoire des religieuses de Port-Royal.* Relation de ce qui s'est passé à Port-Royal depuis le commencement de l'année 1664, jusqu'au jour de l'enlèvement des religieuses, etc., p. 14.

[3] Jérôme Besoigne, II, 208.

[4] et [5] *Ibid.*, II, 215.

[6] *Vies.* II, 373.

[7] Jérôme Besoigne, II, 215.

[8] *Vies*, II, 368.

Elle était professe d'un couvent de la Congrégation de Notre-Dame en Flandre, lorsque, « au bout de deux ans, le 18 décembre 1651, elle fut reçue à Port-Royal, sans dot »[1]. Là, elle subit les suggestions d'Antoine Singlin, directeur des religieuses, et de l'abbesse Jacqueline Arnauld, qui, dit-elle, « prit possession de mon cœur »[2]. Ayant refusé de signer le formulaire antijanséniste de 1661, elle fut, en 1664, exilée aux Annonciades de Saint-Denis[3]. Elle y faisait neuf neuvaines par jour. Dans les premiers temps, elle se glorifiait de sa résistance, mais au bout de dix mois de captivité, « elle se laissa tellement emporter par la considération de l'obéissance aveugle à son supérieur, qu'oubliant tout autre chose, elle signa purement et simplement le formulaire entre les mains de M. de Pèrefixe »[4], ce qu'elle fit « avec un grand trouble »[5]. « Elle étoit alors malade et elle craignoit de mourir dans une désobeissance criminelle »[6]. « Elle signa aussi le nouveau formulaire avec le mandement de M. l'archevêque »[7]. Revenue à Port-Royal et soumise de nouveau aux suggestions jansénistes, elle rétracta sa signature et refusa de signer le formulaire de 1665. Bien plus, voulant multiplier les preuves de son repentir, elle fit de sa rétractation plusieurs copies qu'elle jetait par les fenêtres et par-dessus les murs du monastère, alors bloqué.

Observation II. Anne-Marie de Flécelles de Brégy.

Ascendance. — En 1664 (trente et un ans), Anne-Marie de Flécelles de Brégy avait encore une de ses grand'mères. En juin 1665, (trente-deux ans), son père vivait encore. En mai, il l'engagea en pleurant à signer le formulaire antijanséniste. Il avait un frère ecclésiastique, l'abbé de Flécelles. Celui-ci étant allé voir sa nièce ce même mois, pour l'engager aussi à signer, « il se saisit extraordinairement en me parlant, dit-elle, et ce saisissement joint à son grand âge et à une indisposition actuelle où il étoit

[1] Jérôme Besoigne, II, 204.

[2] *Vies*, II.

[3] Il s'agit des *Annonciades célestes* ou *Filles bleues*, institution fondée à Gênes en 1604 par une veuve Maria Vittoria Fornari et son amie Vincentina Lamelli. Cet ordre possédait 50 maisons en Italie, en France et en Espagne. Le nom d'Annonciades commémorait la légendaire annonciation de la Vierge.

[4], [5], [6], [7] *Vies*, II, 371.

alors, me fit craindre qu'il ne tombât dangereusement malade. La mère supérieure lui venant dire adieu, le trouva sans parole [1]. » La mère d'Anne-Marie de Flécelles de Brégy était coquette, « grande façonnière et la plus vaine créature qui soit au monde » dit Tallemant des Réaux. Elle essaya aussi de lui faire signer le formulaire, employant « des menaces effrayantes, qu'elle accompagnoit de reproches piquans et de beaucoup de duretés [2] ». Enfin cette religieuse était parente de Jean-François-Paul Philippi dit de Gondi, cardinal de de Retz.

Etat général. — Elle naquit en 1633. Le *Supplément au Nécrologe* de Port-Royal parle des « fréquentes maladies auxquelles elle était sujette [3] ». « Quelque tems après ma profession (1660, vingt-sept ans), écrit-elle, il m'arriva une fâcheuse incommodité qui faisoit que je ne gardois presque pas de nourriture [4].» Le 29 novembre 1664 (trente et un ans), jour de son enlèvement de Port-Royal, elle se trouva « fort mal ». La même année, ayant appris que plusieurs religieuses avaient signé le formulaire, « la douleur que j'en ressentis, écrit-elle encore, la crainte de tomber moi-même et la violence que je me fis pour cacher les angoisses de mon cœur sous l'apparence d'une égalité et d'une force que rien n'altère..., me fit tomber dans des incommodités corporelles que le tems n'a point réparées. » « Les jours gras (1665, trente-deux ans), je me trouvai dans un accablement d'esprit épouvantable sur des sujets qui n'avoient rien de commun avec la signature. Je me fis toutes les violences possibles pour n'en témoigner rien au dehors, et pour conserver mon assiette ordinaire. Cette contrainte autant que les peines mêmes, jointe à la douleur que me causoient les signatures nouvelles que j'apprenois, me causa un crachement de sang qui m'incommoda fort. » Il est difficile de dire si l'affection que révèle ce symptôme fut la cause ou l'effet de ces émotions. En août 1666 (trente-trois ans), elle tomba dangereusement malade. Elle mourut le 1er avril 1684, vers 8 heures du matin, à l'âge de cinquante et un ans.

[1] *Recueil de pièces relatives à la signature du formulaire, pour servir à l'histoire des religieuses de Port-Royal.*
Relation de la captivité de la sœur Anne-Marie de Sainte-Eustoquie de Flécelles de Brégi, Religieuse de Port-Royal des Champs, écrite par elle-même, p. 24.

[2] Jérôme Besoigne, I, 582.

[3] *Supplément au Nécrologe de l'abbaïe de Notre-Dame de Port-Roïal-des-Champs, ordre de Cîteaux, institut du Saint-Sacrement*, etc., MDCCXXXV.

[4] *Recueil de pièces*, etc,. Relation citée, 16.

Intelligence et caractère. — On lui attribuait un « grand génie[1] », « un esprit de premier ordre et un courage dont il y a peu d'exemple[2] ». Elle-même ne se reconnaissait qu'une « volonté droite et sincère dans une intelligence très simple et très bornée[3] ». Dans le milieu d'ignorantes où elle vivait, elle passait pour une savante. Elle parlait et écrivait avec force et élégance, disait-on. Elle fit preuve dans sa jeunesse d'un orgueil que la règle et les suggestions du monastère ne purent entièrement dompter, bien qu'elle se comparât dans la suite à un ver de terre.

Tristesse. — L'affaire du formulaire la plongea dans la tristesse. Exilée aux Ursulines[4] de Saint-Denis, elle assista, le jour de son arrivée, « aux deux récréations qui lui furent d'autant plus pénibles qu'elles étoient fort gaies[5] ».

Chaque signature nouvelle la plongeait « dans la douleur extrême et le tremblement[6] ». Et, lorsqu'elle quitta les Ursulines, le 5 juillet 1665 (trente-deux ans), elle versa des larmes.

Amours. — Comme elle était pensionnaire à Port-Royal, l'abbesse Jacqueline Arnauld la reprit un jour de telle sorte que son orgueil eût à en souffrir. « Cela me fut sensible d'abord, dit-elle, néanmoins jamais je n'aimai si tendrement cette mère que depuis ce tems là ; et il me sembloit que je lui étois quelque chose puisqu'elle prenoit soin de moi[7] ». D'autres fois, il lui arrivait de dire qu' « elle ne tenoit à personne[8] ».

Craintes. — Elle écrivait au sujet de son enlèvement de Port-Royal : « Je trouvois la grâce que Dieu nous faisoit si grande, qu'elle me transportoit de joie; mais la crainte de n'en pas faire un saint

[1] *Vies intéressantes et édifiantes des religieuses de Port-Royal et de plusieurs personnes qui leur étoient attachées*, etc.. Aux dépens de la Compagnie MDCCLI.

[2] *Supplément au Nécrologe*, 509.

[3] *Recueil de pièces*. Relation citée, 9.

[4] L'ordre des Ursulines, fondé en 1537 par Angela de Brescia, comptait environ 300 couvents en France avant la Révolution. On y recevait l'habit religieux à partir de quinze ans.

[5] Jérôme Besoigne, II, 128-9.

[6] *Recueil de pièces*. Relation citée, 60.

[7] *Mémoires pour servir à l'histoire de Port-Royal et à la vie de la Révérende Mère Marie-Angélique de Sainte-Magdeleine Arnauld réformatrice de ce Monastère*. A Utrecht, aux dépens de la Compagnie MDCCXLII, t. II, 406.

[8] *Supplément au Nécrologe*, 512.

usage l'accompagnoit de tremblement [1] »; et, à propos de la signature : Je tremble de peur, « à la voix terrible de celui qui m'assure qu'il perdra tous les menteurs et les précipitera avec les timides dans l'étang de feu [2] ». « Il me prend, écrivait-elle encore en septembre 1664 (trente et un ans), certaines craintes de n'avoir pas assez de crainte [3]. » Et, à propos de religieuses qui avaient signé : « Cela m'a mis dans un tel tremblement et dans une crainte si terrible que Dieu ne m'abandonne, que je lui ai instamment demandé qu'il me fit la grâce de me tirer à lui, et me suis offerte à souffrir toute ma vie toutes sortes d'humiliations, d'afflictions et de maladies, pour obtenir le secours de la grâce et le don de la persévérance en n'abandonnant jamais la vérité [4]. » « Qui ne tremblera ? Qui ne craindra, lorsque l'on voit ceux de la race par laquelle on espéroit le salut d'Israël, tomber. C'est une douleur la plus sensible du monde [5]. »

Suggestibilité. — Elle fut baptisée en 1638 (cinq ans), devint pensionnaire au couvent de Port-Royal, y prit l'habit de novice, le 28 septembre 1656 (vingt-trois ans), d'après les *Vies*, le 28 septembre 1659 (vingt-six ans), d'après le *Supplément au Nécrologe*, fit son noviciat sous la direction d'Angélique Arnauld d'Audilly, et fit profession, le 11 novembre 1657 (vingt-quatre ans), d'après les *Vies*, le 11 novembre 1660 (vingt-sept ans), d'après le *Supplément au Nécrologe*. Ce dernier ouvrage parle de « ses longues et ferventes prières [6] ». Obstinée dans sa foi janséniste, elle refusa de signer le formulaire de 1661, et, le 29 novembre 1664 (trente et un ans), fut enlevée de Port-Royal, et exilée aux Ursulines de Saint-Denis. Au moment de quitter ses compagnes, « dans un mouvement de douleur et de tendresse qui me mettoit hors de moi-même, écrit-elle, je leur dis que je les suppliois de me permettre de leur exposer mes sentimens avant que d'être arrachée d'avec elle, et de leur dire... en leur présence et en celle des Messieurs qui étoient présens, que je condamnois, anémathisois et rétractois toute signature qu'on pourroit extorquer de moi, en santé, en maladie et surtout à la mort [7]. » Une pareille déclaration prouve qu'elle avait parfaitement conscience de sa suggestibilité.

Pendant le trajet de Port-Royal aux Ursulines, elle dit « trois

[1] *Recueil de pièces.* Relation citée, 3.
[2] *Ibid.*, 10.
[3] *Ibid.*, 13.
[4] *Ibid.*, 61.
[5] *Ibid.*, 74.
[6] *Supplément au Nécrologe*, 518.
[7] *Recueil de pièces.* Relation citée, 2.

heures d'office et beaucoup de Psaumes, Litanies et autres Prières[1] ». Pendant sa captivité, « le besoin que j'avois de la prière, dit-elle, m'en renouvelloit sans cesse l'obligation[2] ». Aussi passait-elle de quatre ou cinq heures à neuf ou onze heures du matin, et l'après-midi à proportion dans la chapelle des Ursulines. Son père, son oncle l'abbé de Flécelles, et sa mère l'engageaient à signer. Mais ni les larmes du premier, ni les syncopes du second, ni les « menaces effrayantes » de la troisième ne parvinrent à la fléchir. On la menaça du roi. « Le Roi, dit-elle, peut nous faire couper la tête, puisqu'il a en main l'autorité et l'épée : mais il ne peut pas donner la foi d'un fait contesté, nécessaire pour signer; cela passe sa puissance[3]. » Elle revint à Port-Royal le 5 juillet 1665 (trente-deux ans). Le 28, elle signa de son sang un acte où elle déclarait persister dans son refus de signer et désavouer tout ce qu'on pourrait lui faire faire dans une dernière maladie. Dans ses divers écrits, elle cite Ieschayahou (Isaïe), Irmeyahou (Jerémie), les évangiles, Schäoul dit Paulos (saint Paul), Aurelius Augustinus (saint Augustin), Bernard Tescelin (saint Bernard. *Livre des commandemens et des dispenses*), Thomasso d'Aquino (saint Thomas d'Aquin), Corneille Jansen (Jansenius) et Jean du Vergier de Hauranne.

Pouvoir suggestif. — Pendant la persécution dirigée contre Port-Royal, elle soutint ses compagnes dans leur résistance. On la vit « éclairer de ses lumières les ténèbres de celles qui n'étoient pas suffisamment instruites, soutenir par l'exemple d'une fermeté inébranlable la faiblesse de celles qui chancelloient ; relever dans l'occasion par des saillies vives et justes toute la turpitude des absurdités que le sieur Chamillard leur débitoit pour les séduire; confondre avec la force et la précision du raisonnement tous les mauvais argumens que M. de Péréfixe prenoit la peine de venir sans cesse leur répéter lui-même, dresser tous les actes que la nécessité d'une juste défense les obligeoit d'oposer aux vexations qu'on leur faisoit souffrir; réprimer avec cette sage hauteur, qui ne s'écarte point de l'humilité, les entreprises des étrangères qu'on leur avoit données pour les gouverner, ou plutôt pour les persécuter; et malgré toutes les précautions de ces actives surveillantes et des sœurs infidèles, trouver tous les jours des ressources innocentes, pour entretenir au dehors la correspondance nécessaire au besoin de leurs affaires, et pour instruire le public de ce qu'il importoit à leur justification de lui faire connoître[4]. »

[1] *Recueil de pièces.* Relation citée, 3.
[2] *Ibid.*, 5.
[3] Jérôme Besoigne, II, 141.
[4] *Supplément au Nécrologe*, 510.

OBSERVATION III. Magdeleine de Flécelles.

Etat général. — Magdeleine de Flécelles avait deux sœurs vivantes en 1711. Elle naquit en avril 1650. Pierre Guilbert parle de « son courage et de sa patience dans ses longues et pénibles infirmités [1] ». Le 28 décembre 1710 (soixante ans), la supérieure du couvent de Mont-Cenis, où elle était alors, écrivait : « Sa santé, quoique faible, est assez bonne [2] », et le 10 février 1711 (soixante et un ans) : « elle n'a pas de santé, ou du moins très peu... Elle a la fièvre double-tierce dès les 4 heures après-midi du cinq de ce mois [3] ». D'ailleurs, pendant son séjour au Mont-Cenis (6 novembre 1709-avril 1714, cinquante-neuf à soixante-quatre ans), elle fut « toujours infirme et souvent malade [4] ».

« Elle fut attaquée, le 22 janvier 1724 (soixante-quatorze ans), d'une violente oppression de poitrine accompagnée d'une fièvre continue, avec de fréquens redoublemens. Elle fut la première à sentir que cette maladie le conduiroit en peu de jours à l'éternité... Son mal redoubla la nuit du 24 au 25... Elle fut un peu mieux le 26, mais, sur le soir, elle se trouva plus mal... Vers les onze heures elle perdit connoissance et fut en cet état environ pendant deux heures... enfin... elle joignit les mains et expira [5] ». C'était le 27 janvier 1724, à une heure du matin. Elle avait exactement soixante-treize ans neuf mois et vingt-trois jours.

Tristesse et crainte. — La supérieure du couvent de Mont-Cenis lui ayant lu une lettre où le cardinal Louis-Antoine de Noailles l'engageait à signer le formulaire antijanséniste de 1705, « elle écouta avec de fréquens soupirs qui furent suivis de larmes [6] ».

Lorsqu'elle eût signé, « des doutes sur son état devinrent pour elle une espèce de tourment d'autant plus pénible, qu'il falloit les retenir et n'en rien laisser apercevoir [7] ».

Elle était ainsi « livrée à toutes les peines de sa conscience, flottante entre la crainte et l'assurance, abandonnée à ses inquiétudes [8] ».

« L'abus qu'elle disoit avoir fait de la visite du seigneur, excitoit ses fréquentes larmes [9] » Enfin, dans la nuit du 24 au 25 jan-

[1] Pierre Guilbert. *Mémoires historiques et chronologiques sur l'abbaye de Port-Royal-des-Champs.* A Utrecht, MDCCLVI, t. VII, 321.

[2] et [3] *Ibid.*, VII, 64-5.

[4] *Ibid.*, VII, 69.

[5] *Supplément au Nécrologe*, 347.

[6] Pierre Guilbert, VII, 60.

[7] et [8] *Ibid.*, VII, 66.

[9] *Ibid.*, VII, 321.

vier 1724, c'est-à-dire l'avant-veille de sa mort, elle versa « un torrent de larmes [1] », en pensant au péché qu'elle avait commis en signant le formulaire.

Suggestibilité. — C'était une fille simple et ignorante « n'ayant jamais été curieuse de s'instruire que des devoirs de son état et s'en remettant pour le reste sur les lumières des personnes en qui elle avait confiance [2] ». Elle prit l'habit de novice le 5 février 1674 (vingt-quatre ans) et fit profession le 19 février 1675 (vingt-cinq ans). Elle avait pour confesseur le père Rousseau de l'Oratoire. Elle refusa d'abord de signer le formulaire de 1705 et fut exilée au couvent de Mont-Cenis, où elle arriva le 6 novembre 1709 (cinquante-neuf ans). Là, suggestionnée « par l'insinuante persuasion et la flatteuse induction du doucereux catéchiste (de Truchis) que l'on introduisit auprès d'elle [3] », elle finit par signer le 27 décembre 1710 (soixante ans). Elle resta trois ans dans ce couvent après sa signature. La supérieure écrivait, le 28 décembre 1710 : « Elle a trop de ferveur [4] », et, le 10 février 1711 (soixante et un ans) : « Elle est bien aimable, et d'une vertu très édifiante... je n'ai de querelle avec elle que sur sa trop grande ferveur [5] » En avril 1714 (soixante-quatre ans), elle fut transférée sur sa demande à la congrégation de Soissons.

Le 8 septembre de la même année, elle fit une rétractation de sa signature, où l'on lit : « Je suplie qu'on n'aïe aucun égard *à ce que l'on m'a fait signer par suggestion* [6] ». Vers 1716 (soixante-six ans), elle passa à l'abbaye de Sainte-Perrine de la Villette-lès-Paris, où elle mourut dans des grands sentiments de piété et fut enterrée.

(*A suivre*).

[1] *Supplément au Nécrologe*. 347.
[2] Jérôme Besoigne, III, 267.
[3] Pierre Guilbert, VI, 188.
[4] *Ibid.*, VII, 64.
[5] *Ibid.*, VII, 65.
[6] *Supplément au Nécrologe*, 152.

Travail du Service d'Électrothérapie de la Clinique Charcot

Sur quelques particularités cliniques de la névralgie faciale et son traitement par l'électricité.

Par A. ZIMMERN

Ancien interne des Hôpitaux.

IV. Conclusions

D'après ce que nous venons d'exposer sur le traitement de la névralgie faciale par l'électricité, nous nous expliquons difficilement comment certaines monographies n'insistent pas davantage sur le traitement électrique, et comment d'autres le passent même entièrement sous silence. Gilles de la Tourette n'affirme-t-il pas que, si les moyens médicaux ont échoué, il reste bien le traitement chirurgical, traitement plein de dangers et d'aléas, mais qu'en dehors de lui il n'y a rien à tenter. Mauclaire ne dit-il pas aussi que lorsque les moyens médicaux auront été utilisés sans succès, le médecin « *devra céder la place au chirurgien* », et cet auteur ne conseille-t-il pas d'opérer même de suite et sans attendre, sous prétexte qu'attendre, c'est donner à la névrite ascendante et aux lésions encéphaliques le temps d'évoluer. Et il ajoute : « d'ailleurs quand bien même le résultat ne serait pas parfait (Trousseau affirme n'avoir jamais vu guérir complètement le tic douloureux de la face). on peut dire avec Ch. Monod, qu'un an de bien-être au cours d'une affection qui impose de véritables tortures, constitue un bénéfice apprécié par les malades, d'autant plus que l'intervention est exempte de dangers (névrectomie). »

Contrairement à cette opinion nous ne saurions admettre qu'après une tentative consciencieuse des méthodes médicales, le médecin s'efface sans hésiter devant le chirurgien.

Une place, et une place importante doit être réservée au traitement électrique, que, dans tous les cas, on aura intérêt à essayer avant de songer à une intervention chirurgicale même légère.

Les chirurgiens qui se sont adressés à la névralgie faciale ont tenté la cautérisation, l'arrachement, l'élongation, la section du trijumeau. On a également eu recours à la ligature de la carotide primitive, à la résection du ganglion cervical supérieur, mais la plupart se sont arrêtés à la névrectomie qui est considérée actuellement comme une intervention simple et bénigne. De nombreux procédés ont été préconisés pour pratiquer la névrectomie, et le procédé de Lossen-Braun que Segond a été le premier à faire connaître en France est actuellement celui qui sert de type aux interventions périphériques. On y a recours lorsqu'on considère comme téméraire d'aborder le tronc lui-même du trijumeau.

Dans ces dernières années cependant, et cela surtout depuis les tentatives et la publication de Fedor Krause, les chirurgiens se sont appliqués à une intervention plus sérieuse, l'ablation du ganglion de Gasser.

Rappelons que cette opération fut faite pour la première fois par W. Rose (1890) et reprise ensuite par Horsley, puis par Hartley et Krause ; puis par Doyen, Poirier, Guinard, Delbet, Chipault, Gérard-Marchand et Bouglé, etc. Tous ces opérateurs sont unanimes à reconnaître la difficulté et la gravité de l'intervention. L'hémorragie primitive ou secondaire, la blessure du sinus caverneux, la compression du cerveau, le schok opératoire sont autant d'accidents immédiats possibles et à craindre.

On a également pu constater à la suite de l'opération des troubles sensitifs sans grande importance il est vrai, eu égard à la gravité de l'affection, et des troubles moteurs, mais aussi, et surtout, des complications trophiques ou inflammatoires du côté de l'appareil oculaire, complications, qui, bien que considérées par Krause comme secondaires, ont pu aboutir à l'ulcération de la cornée, à des paralysies oculo-motrices graves et à la perte de l'œil.

La question est donc de savoir actuellement, si, en pré-

sence des risques de la gasserectomie, l'intervention se trouve suffisamment justifiée.

Lorsqu'on consulte dans ce but les statistiques, on trouve des chiffres de mortalité déjà assez éloquents.

Krause déclare au Congrès de 1900 avoir pratiqué 24 fois la résection du ganglion de Gasser et n'avoir perdu que 2 malades. Tous les autres seraient guéris et la névralgie aurait disparu pour ne plus revenir.

Dans une communication plus récente au Trentième Congrès des Chirurgiens allemands, il compte sur 25 extirpations, 3 décès. Il assure en outre n'avoir jamais vu de récidive dans le cas où il s'agissait d'une névralgie classique du trijumeau.

Mais cependant une analyse approfondie des cas publiés par Krause nous a permis de relever sur 25 cas d'extirpation du nerf, 5 *cas seulement de guérison absolue et définitive*, 3 cas de guérison obtenue au prix de troubles oculaires graves, et 3 cas avec récidive plus ou moins sérieuse du côté opposé. Chez 5 malades les douleurs n'ont pas disparu complètement, et chez 2 de ces 5 cas, il y a eu récidive franche et complète, ce que Krause explique du reste, en déclarant que dans l'un des cas il s'agissait d'hystérie, et dans l'autre, de neurasthénie (?). Si l'on ajoute qu'une malade n'a été soignée qu'un temps insuffisant, qu'une autre présentait une hémiplégie qui persista sept mois encore après l'opération, on voit qu'il reste 7 *cas qui représentent le chiffre de la mortalité de cet auteur*. De ce nombre, 3 morts sont évidemment dues à l'intervention opératoire elle-même, les autres à des complications survenues peu de temps après.

Il ressort de cette statistique que Krause a une moyenne d'une mort sur trois cas, et une guérison absolue sur 5 cas. Ces chiffres suffisent à attester la gravité toute spéciale de la gasserectomie.

Depuis le mémoire de Krause du reste, d'autres interventions ont été faites, en France notamment, et les résultats ne paraissent guère avoir été plus favorables. Toutes les statistiques (Gérard-Marchand et Herbet, Tiffany, Massoutard) dénotent l'extrême gravité de l'intervention. Sur 95 cas réunis par Gérard-Marchand et Herbet, il y a eu 17 décès. Becq en 1895 a réuni 41 cas avec 6 morts opératoires. Tiffany donne

une statistique de 108 cas dont 24 morts, sans indiquer le nombre des guérisons.

Le traitement chirurgical ne paraît donc pas avoir donné des résultats assez brillants pour contrebalancer les dangers et les aléas auxquels il expose.

D'après Krause lui-même du reste, il ne faut en arriver là qu'en cas de nécessité absolue, et dans son dernier travail, cet auteur arrive à cette conclusion, que l'opération n'est justifiée que dans les cas de gravité des symptômes et d'insuccès de tous les moyens usités auparavant.

D'après ces considérations sur le traitement chirurgical et en présence de l'amélioration dont on peut faire bénéficier les malades par le traitement électrique méthodique tel que nous venons de l'exposer, nous estimons que *la conduite à tenir* doit être la suivante :

1° Dans les névralgies à étiologie bien déterminée, on aura recours à leur traitement spécifique.

2° Dans les névralgies à type léger, on commencera par s'adresser d'abord aux médications usuelles quitte à recourir en cas d'insuccès à l'électricité, qui amènera à peu près certainement la guérison complète.

3° Dans les névralgies du type grave, après que l'on aura constaté l'inefficacité des moyens médicaux administrés d'une façon méthodique (parmi lesquels le traitement opiacé) on soumettra le malade à *l'électrisation pendant un temps suffisamment long* pour juger des effets obtenus (minimum trois mois) et l'on ne se décidera à pratiquer une intervention chirurgicale qu'en cas d'*insuccès absolu*. En dernière analyse une opération périphérique pourra être tentée (névrectomie). Mais ce n'est qu'*en désespoir de cause* et devant la demande formelle du malade ou la menace péremptoire de suicide, que l'on devra se résoudre à proposer la gasserectomie.



Observation I. — Mme T..., quarante-sept ans, couturière. En 1888, la malade éprouve quelques sensations désagréables dans les gencives en mangeant. Ces petites douleurs ont duré un mois. Elle habitait, nous a-t-elle dit, à ce moment, un rez-de-chaussée très humide. C'est le lendemain d'un bal, en 1897, qu'elle a éprouvé les premières douleurs avec tressaillement léger dans un côté de la face, le côté droit. Ces douleurs étaient extrêmement intenses. Quinze jours auparavant cependant, elle s'était aperçue

d'une certaine gêne avec fourmillements et picotements du côté droit.

Après avoir essayé pendant plusieurs jours de l'antipyrine, de l'exalgine et d'autres médicaments qui calmèrent les douleurs temporairement, la malade s'est fait arracher deux dents sans résultat marqué. Puis elle prend de l'extrait thébaïque à haute dose sans plus de résultat, et enfin après un traitement par le chlorure d'éthyle, elle est soignée pour rhumatisme cérébral. Néanmoins, les douleurs persistent violentes dans la région maxillaire supérieure et inférieure du côté droit. En 1898 on lui fait une double opération (résection) dont la malade porte du reste la cicatrice, l'une sur le nerf maxillaire inférieur, l'autre sur le sous-orbitaire. Le lendemain de l'opération, les douleurs ont réapparu aussi violentes qu'auparavant.

A quelques mois de là, la malade a pris de l'iodure qui lui a procuré un soulagement de neuf mois, mais non pas la disparition de la névralgie. En 1899, la névralgie redouble d'intensité : la malade essaie à deux reprises différentes de se remettre au traitement ioduré, mais cela sans aucun bénéfice.

État actuel. — La douleur se montre chez cette malade avec un double caractère. C'est d'abord :

1° Une douleur violente en coup de fouet allant du menton à l'oreille, survenant le soir à partir de 9 heures, et durant jusqu'à une heure avancée de la nuit, mais n'existant pas d'une façon continue, et survenant seulement par crises de quinze jours ou trois semaines, avec des intervalles de repos peu prolongés cependant. Ces crises sont extrêmement intenses, rendent la mastication absolument impossible, si bien que la malade ne peut prendre que des liquides. Lorsque se produit un bâillement ou que la malade se mouche, la douleur survient atrocement violente, et il lui semble qu'on lui arrache la langue. L'œil paraît être projeté hors de l'orbite. Chaque pas que la malade fait sur les pavés de la Salpêtrière provoque des paroxysmes douloureux des plus intenses.

Ensuite : 2° Une sensation pénible qui n'est pas une véritable douleur et que la malade compare à un fourmillement, à un creusement, à une cautérisation profonde par un fer rouge. Celle-ci est continue et constante.

La déglutition de la salive est presque impossible et la salive s'écoule en dehors. Il paraît y avoir d'ailleurs un certain degré d'hypersécrétion salivaire après chaque crise de même qu'un écoulement abondant de larmes.

La face du côté droit est absolument immobilisée par les douleurs au moment du début des accès, mais après il se produit une sorte de spasme, une sorte de « constriction qui remonte ». La

face est congestionnée, surtout au niveau de l'os malaire qui présente une teinte rouge notablement différente du côté sain. La douleur occupe les trois branches du trijumeau mais les maxillaires paraissent être le trajet de prédilection de la douleur. Quand on recherche la douleur à la pression, on ne trouve que le point dentaire inférieur qui soit véritablement douloureux. Les autres ne paraissent pas exister, ou peut être s'estompent derrière l'hypersensibilité de tout le tégument cutané. L'hyperesthésie de la peau s'étend jusqu'aux cheveux. Leur attouchement est supporté difficilement par la malade.

Lorsque la malade vient nous voir, il lui est absolument impossible de parler, et c'est une personne de sa famille qui nous donne les renseignements de son observation. Comme troubles moteurs, il y aurait quelquefois quelques légers soubresauts, mais passagers; toutefois, le tic est nettement marqué. Il débute par le menton où se produit une fossette et se localise ensuite aux paupières. Comme troubles sensoriels, on note seulement les bourdonnements d'oreille.

Étiologie. — La névralgie ne paraît pas être d'origine dentaire, car toutes les dents ont été enlevées du côté malade. L'hystérie ne paraît pas devoir être mise en cause, bien que la malade ait eu, il y a dix ans, une crise de nerfs, et se souvienne avoir eu « la boule ». Mais actuellement pas de stigmates. Pas de tabes, pas de coryza chronique antérieur, pas de rhinite spécifique. La syphilis ne paraît pas non plus devoir être incriminée bien que la malade ait eu sur 8 grossesses, 4 fausses couches de deux, trois et quatre mois. La malade présente néanmoins un terrain névropathique indiscutable. Elle s'émotionne et pleure facilement. Elle se trouve dans une période d'irrégularité menstruelle, due vraisemblablement à la ménopause prochaine.

Traitement. — Commencé le 28 mars 1900 (4 à 6 mA. 15 minutes). Amélioration dès la 7e séance, qui a progressé, mais très lentement jusqu'à la 30e. Les périodes menstruelles d'avril, mai, juin, sont marquées de douleurs assez violentes.

A partir du 20 juin 1900 (54 séances), il y a une très grande amélioration. Il n'y a plus que quelques rares élancements qui sont plutôt des tiraillements sur le trajet du nerf, des sensations de petite bête qui trottine au-dessus de la lèvre supérieure.

Juillet 1900. On continue le traitement. Douleurs insignifiantes et seulement au moment des règles. Août : on continue le traitement; du 6 au 10, douleurs d'intensité moyenne, les règles surviennent le 20 août, mais sans grandes douleurs. Elle compte fin août 100 séances, prises d'une façon à peu près continue.

Septembre : deux ou trois séances par semaine; n'éprouve que des cuissons insignifiantes; les règles viennent sans douleur.

A partir de septembre, la malade ne vient plus que de temps en temps « pour être suivie » et pour faire quelques séances quelques jours avant ses règles.

De septembre 1900 à mai 1901, la malade n'a eu que de très rares secousses dans la face sans grande intensité. En mai 1901, nous conseillons à la malade un mois à un mois et demi de traitement prophylactique.

Juin 1901 : Les chaleurs sont mal supportées; deux crises douloureuses de cinq jours chacune; la malade continue le traitement tous les jours. En juillet 1901. Etat très satisfaisant. Les règles de juillet sont précédées d'une crise douloureuse du 22 au 27 juillet. A partir de juillet les séances sont de trente minutes au minimum.

En août 1901. Etat très satisfaisant. Les quelques élancements que présente encore la malade de temps à autre, durent à peine une seconde et sont facilement supportés. Elle a trouvé une amélioration considérable des petites crises résiduelles par les séances de trente minutes. Elle prétend que les douleurs ont été plus courtes, durant à peine une seconde. Le 23 août, la malade cesse le traitement pour partir à la campagne.

Septembre et octobre. Etat très satisfaisant. N'a plus que quelques élancements au voisinage de l'œil. En novembre, éprouve une crise très forte à la suite du brouillard. Cette crise a duré trois semaines et a été l'une des plus violentes, et la plus longue que la malade ait eue depuis le traitement. Toutefois, la violence des douleurs n'est pas à comparer avec leur intensité d'autrefois. Diarrhée persistante à ce moment.

Depuis novembre la malade reprend un traitement suivi. Les secousses douloureuses s'espacent peu à peu.

10 décembre. Amélioration très notable. Les douleurs ont presque entièrement cédé. Du 19 au 26 décembre elle a encore eu une période assez pénible.

Du 10 au 25 janvier 1902, nouvelle période très pénible due peut-être à la constipation intense, ou peut-être encore à l'état du temps particulièrement mauvais à cette époque. Les séances sont faites avec une durée d'une heure. Cette durée amène une sédation très manifeste et très rapide.

A partir de février, nous conseillons à la malade de prendre par précaution huit à dix séances chaque mois.

A partir de mars les douleurs ont de nouveau presque entièrement disparu.

Obs. II. — Mme B... vingt-six ans. *Antécédents personnels :* Une pneumonie à l'âge de huit ans. Réglée à l'âge de douze ans; mariée à l'âge de dix-huit ans ; a eu quelques migraines depuis ses premières règles.

La malade a une petite fille âgée actuellement de cinq ans et n'a jamais eu de fausse couche, ni constaté de retard dans ses règles. Mais, si jeune fille, elle a eu quelques migraines excessivement légères, c'est depuis sa grossesse que la douleur qu'elle éprouve dans la tête a pris un caractère de névralgie faciale typique. La malade estime que des chagrins de famille sont pour beaucoup dans l'apparition de cette névralgie.

A cette époque les accès se montraient trois fois par semaine, et duraient cinq à six heures ; la disparition n'était complète que lorsque la malade avait dormi une nuit entière. Tout à fait au début, il est arrivé à la malade d'être en proie à ces douleurs pendant une période continue parfois très longue, mais cette allure dans la marche de la névralgie ne s'est guère présentée qu'une fois ou deux fois par an.

Au début, la névralgie faciale s'est localisée sur les branches ophtalmique et maxillaire ; le plus souvent toutefois sur l'ophtalmique.

État actuel. — La douleur est réveillée par le froid, la lumière, la mastication, le rire, le bâillement. Une sorte d'aura la précède, caractérisé par une sensation de pesanteur dans la tête, sensation indéfinissable de lourdeur au front. La douleur contourne le sourcil, puis se fixe au pourtour de l'un ou l'autre œil, ou bien s'étend jusqu'à la région occipito-mastoïdienne. Dans ce dernier cas, l'accès est bien plus atroce. La douleur siège profondément ; c'est « comme un creusement de la figure ».

La durée de ces phénomènes douloureux est de dix à douze heures, quelquefois de deux jours. Ils cèdent d'ordinaire à une nuit de sommeil pour revenir deux jours après. A certains moments cependant, la douleur affecte le type nocturne, de sorte que la malade ne prend aucun repos. Son intensité a été parfois telle qu'elle a pu faire naître des idées de suicide. Parfois il y a des quinzaines d'accalmie complète.

On ne constate ni troubles moteurs, ni troubles trophiques, et il n'y a à signaler qu'un certain degré de photophobie et d'acouphobie.

Les douleurs affectent tantôt un côté, tantôt l'autre. Elles se répètent plusieurs fois dans le mois sans cause apparente, mais sont constantes aux époques menstruelles, apparaissant généralement au début des règles ; plus rarement à leur déclin.

La névralgie date actuellement de huit ans. La malade a essayé tous les traitements que l'on recommande d'ordinaire, l'iodure, le bromure, les antispasmodiques, sans résultat aucun. Le fer et l'hydrothérapie n'ont pas amené de résultats plus marqués. Plusieurs avulsions dentaires n'ont amené aucun soulagement.

La malade déclare avoir eu quelquefois des crises qui paraissent

avoir été des crises d'hystérie fruste, mais qui cependant n'ont pas réapparu depuis fort longtemps. On ne constate du reste pas de stigmates bien apparents : pas de rétrécissement du champ visuel, pas de troubles de la sensibilité.

Le *traitement* a été commencé le 30 avril 1900, alternativement des deux côtés de la face. Vers la trentième séance la malade éprouve une amélioration très considérable, et à la fin de juillet 1900, les douleurs ont presque complètement disparu.

En septembre, il se produit une période douloureuse. A la fin de septembre, on cesse le traitement, et nous engageons la malade à ne plus faire que quelques séances avant l'époque présumée des règles, cela à titre préventif.

Les règles d'octobre ont été précédées d'une période douloureuse de quelques jours, mais qui a cessé dès l'apparition du flux. En novembre et en décembre. il n'y a pas eu de douleurs, sauf quelques sensations pénibles au moment des règles.

La malade continue à suivre son traitement, faisant à titre prophylactique quelques séances tous les mois avant la période menstruelle, et depuis cette époque, elle n'a plus jamais éprouvé que quelques douleurs venant, soit avant, soit après les règles, très facilement supportables en raison de leur médiocre intensité, de leur courte durée. Aussi la malade se considère-t-elle comme guérie. Notons comme époques les plus douloureuses, les règles de septembre 1901 et de mars 1902. Toutes les autres périodes se sont passées sans douleur appréciable.

Obs. III. — Mme L..., quarante-cinq ans. *Antécédents.* — Sa mère a eu une névralgie faciale qui a provoqué la chute des dents du côté malade, ainsi que des cheveux.

Chez elle les douleurs ont disparu après la ménopause. Le début de la névralgie remonte à huit ans. Elle a commencé par des picotements dans le maxillaire inférieur, existant d'une façon continue sans crise aucune. Ces douleurs n'existaient qu'au moment des repas, ce qui rendait la mastication très pénible. Un mois après, crises de névralgie faciale vraie. Un peu plus tard sont apparues des douleurs du côté opposé. Les crises se produisaient nuit et jour avec intermittences variables mais parfois très rapprochées, et se produisant toutes les cinq minutes.

État actuel. — La crise est annoncée par un léger picotement. La malade se raidit pour essayer de lutter, mais néanmoins la crise survient qui augmente insensiblement d'intensité et arrive à une période d'acmé qui dure une minute entière. Puis la douleur décroît insensiblement. Elle ressemble, au dire de la malade, à des pointes d'acier que l'on enfonce dans la région malade. Pas de tic d'aucune sorte.

Au moment des règles, les douleurs deviennent plus fortes. La

glande sous-maxillaire se tuméfie. Le tissu cellulaire sous-cutané s'indure. Au moment des crises existe un point douloureux, une sorte de picotement très pénible sous la langue du côté affecté. La langue paraît épaissie et tuméfiée à la malade, mais cet état diminue au déclin des crises.

La face du côté gauche est hyperesthésiée au moment des crises, mais dans leur intervalle il n'y a aucun trouble de la sensibilité.

La malade a usé de tous les médicaments qu'on lui a conseillés, sans succès. Pas de spécificité, pas d'impaludisme. Aucune étiologie bien nette.

Le *traitement* chez cette malade a été commencé le 11 mai 1900. Séances d'un quart d'heure à cinq milliampères.

Amélioration progressive.

Après 20 séances, la malade déclare constater un mieux très sensible, la mastication se fait beaucoup plus facilement. Elle prend assez régulièrement ses trois séances par semaine.

En mars 1901, alors que le traitement paraissait avoir son plein effet, la malade est prise de douleurs très violentes, avec gonflement considérable de la parotide, de la sous-maxillaire et de la sublinguale du côté malade. Augmentation de volume très marquée des vaisseaux du cou et des veines ranines. La langue est très épaissie.

Le 3 mars 1901, la malade cesse de venir. Elle s'est fait une entorse pour laquelle elle a été obligée de rester à la chambre. Le 15 mars elle est prise d'une crise de coliques hépatiques qui dure quarante-huit heures. Depuis ce moment les douleurs ont complètement cessé du côté de la face, et se sont réduites à quelques fourmillements insignifiants.

Un mois entier la malade a vécu pour ainsi dire sans souffrance. Mais en mai, au moment des règles, les douleurs ont reparu avec leur intensité première. On fait une tentative avec des intensités de 12 à 20 milliampères pendant vingt minutes, mais la malade s'en trouve mal et accuse une recrudescence des douleurs. Elle ne veut plus se soumettre à ces intensités. Nous la soumettons alors à partir de juin à des séances d'une heure. Ces séances prolongées fournissent une amélioration très nette, et permettent à la malade de dormir sa nuit entière, alors qu'auparavant, elle ne dormait pas.

Le 1er juillet, après un mois de ce traitement, la malade trouve que les crises sont beaucoup moins longues qu'autrefois, les douleurs moins intenses. La période menstruelle n'a amené cette fois aucune recrudescence des douleurs. Il s'est produit uniquement un léger gonflement de la sous-maxillaire qui n'a pas tardé à disparaître.

L'état de la malade reste satisfaisant en août et septembre. Elle continue à venir de temps en temps. Les douleurs sont très

supportables; elles sont rares et n'augmentent pas au moment des règles. Les séances sont de quarante-cinq minutes à une heure. En octobre, l'état reste très satisfaisant.

Nous revoyons la malade en novembre au sortir d'une petite crise qui a duré huit jours, mais qui n'a égalé en intensité aucune des crises antérieures. En dehors de cette crise la malade déclare n'avoir que des phénomènes douloureux rares et très supportables.

Les crises n'ont pas la moitié d'intensité qu'elles avaient auparavant et aux époques où elle avait autrefois dix élancements, il y en a aujourd'hui à peine trois. Les nuits sont bonnes, et la malade peut très bien dormir toute sa nuit. Elle déclare du reste ne vouloir se soumettre à aucun autre traitement que l'électricité.

Les mois de décembre et janvier 1902 ont été marqués par des douleurs assez intenses. En février, l'état s'améliore à nouveau. Depuis cette époque l'état reste très amélioré, sauf peut-être au moment des règles où les douleurs réapparaissent, mais cela d'une façon très tolérable.

Obs. IV. — F..., soixante-huit ans, concierge, ancien militaire, a fait entre autres la campagne de Crimée. Il déclare n'avoir jamais été malade.

Le début de la névralgie remonte à seize ans, et les douleurs furent attribuées par lui à des névralgies dentaires. Un dentiste, consulté, trouva les dents saines, mais pratiqua néanmoins l'avulsion sur la demande du malade.

Les phénomènes douloureux cédèrent bien pendant quelques mois (cinq mois environ) mais reprirent ensuite de plus belle. En 1888, une incision faite sur le bord du maxillaire n'amena aucune amélioration. A partir de ce moment les douleurs présentent un caractère d'acuité extrême. Le malade ne peut tenir en place, se roulant par terre, et essayant toutes les positions possibles pour obtenir quelque soulagement. La douleur existe d'une façon à peu près constante; il y a bien de temps à autre quelque accalmie mais jamais cessation absolue. Elle siège exclusivement sur le territoire de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur. Quand la douleur est sur le point de venir, le côté malade semble pesant, puis surviennent quelques élancements, et insensiblement la douleur arrive à son acmé. Elle semble avoir pour point de départ le nerf sous-orbitaire.

Le malade a du tic vrai, il fait la grimace et porte la main à sa figure pour comprimer la région, mais on observe en outre au moment des accès quelques mouvements involontaires. La durée de chaque accès est de deux à trois secondes environ. Il y a environ deux accès par minute. Ces accès ne cessent pas la nuit d'une façon complète. Le moindre mouvement pendant le sommeil en

provoque le retour et le réveil s'accompagne de douleurs répétées dont le malade compare la succession aux décharges d'un feu d'artifice. Il n'existe pas de douleur continue. Entre les accès il n'y a qu'une sensation d'endolorissement. Il n'y a pas de point douloureux à la pression, mais une hyperesthésie généralisée et beaucoup plus marquée sur le territoire du sous-orbitaire. Les gencives sont hyperesthésiées.

On note de l'épiphora, mais pas de troubles trophiques. Le malade se plaint parfois d'irradiations du côté opposé. L'observation est très difficile à prendre en raison de l'impossibilité où se trouve le malade de soutenir une conversation, chaque phrase étant entrecoupée d'un accès douloureux.

Traitement. — Le malade a subi toutes sortes de traitements : antipyrine, aconit, phénacétine. Il y a eu également quinze séances de pinceau faradique qui n'ont fait qu'accentuer les douleurs.

Le traitement est commencé le 16 octobre 1900 à la dose de 5 à 8 mA. Il se trouve déjà amélioré légèrement au bout de huit séances, et l'amélioration est surtout très caractérisée à partir de la 60e. Le 17 avril, période douloureuse qui dure jusqu'au 25, et depuis lors les crises vont en diminuant d'intensité et s'éloignent peu à peu pour ne revenir qu'à intervalles très espacés. Une période douloureuse a pu être notée du 10 au 21 juillet. On prolonge les séances à trente-cinq minutes, et les douleurs cèdent bientôt à nouveau.

Le 1er août 1901, le malade déclare se trouver extrêmement bien, et à partir de ce moment il vient de temps à autre sans régularité aucune, prendre quelques séances. Il se passe ainsi des semaines entières sans douleur, et quand celles-ci se produisent, elles ne sont que passagères.

Une petite crise survient en octobre 1901 assez violente pour faire craindre une récidive, mais après quelques séances de quarante-cinq minutes ou une heure de durée, cette période douloureuse se calme; les douleurs deviennent plus courtes et plus rares, et à la fin de novembre l'état est de nouveau parfaitement satisfaisant.

En mars 1902, le malade se plaint d'avoir quelques « chatouillements du côté opposé » mais qui ne l'inquiètent aucunement. Depuis cette époque l'état se maintient absolument satisfaisant.

Obs. V. — M..., quarante-neuf ans, secrétaire d'une compagnie de chemins de fer. En 1884, en se faisant la barbe, le malade ressent une légère douleur au niveau de la région sous-orbitaire. Dans la nuit qui suit l'apparition de ce point douloureux, le malade est pris subitement d'une douleur semblable à une décharge électrique

excessivement violente. Il a été soigné à ce moment pendant quatre à cinq mois par des pilules de Moussette, du sirop de Gibert dont il prend la quantité énorme de 8 litres, par des douches, des frictions mercurielles, tout cela sans aucun bénéfice. Un médecin homéopathe lui a injecté sous la peau du chlorhydrate de cicutine sans meilleur résultat. Au contraire, après ces différents traitements, les douleurs ont augmenté d'intensité, les décharges se sont rapprochées et à partir de ce moment les douleurs sont tellement violentes que le malade ne peut ni parler ni manger.

Après avoir encore fait de la métallothérapie et consulté le « zouave Jacob » (!) qui malgré des passes savantes, n'obtint aucun succès, il consulta M. Landouzy qui recommanda du chloral à haute dose et fit faire des pulvérisations de chlorure de méthyle. Tous ces procédés n'amenèrent aucun changement. Et le malade nous dit que ne pouvant prendre aucun repos et ne voyant aucune issue à ses maux, il pense au suicide.

En 1887, sur sa demande, M. Peyrot lui fait la résection du sous-orbitaire sur une longueur de 8 millimètres. Cette intervention fut suivie d'un soulagement momentané de dix mois; mais le malade, homme intelligent d'ailleurs, a le sentiment qu'il ne s'agit que d'un calme passager car de temps en temps partent de la cicatrice des élancements non absolument douloureux mais assez pénibles.

L'année suivante, il se confie de nouveau à M. Peyrot qui réséque le sus-orbitaire. L'opération est suivie d'un phlegmon. Il n'y a à la suite aucun soulagement, si ce n'est une intensité et une durée un peu moindre des douleurs. Les douleurs que, depuis cette époque, le malade éprouve, siègent dans la région maxillo-temporale. Ce sont des élancements, des douleurs paroxystiques, intermittentes, la plupart très violentes, éclatantes, suivant l'expression du malade, absolument épouvantables, l'obligeant à crier. Pendant tout le temps de sa crise, il reste sous le coup d'une angoisse extrême. La douleur commence toujours par la branche sous-orbitaire, puis gagne le sus-orbitaire, mais jamais le nerf maxillaire inférieur n'est atteint.

Les opérations que le malade a subies n'ont pas diminué le nombre de crises, mais peut-être atténué leur intensité. Les douleurs cèdent parfois d'une façon à peu près complète pendant deux ou trois mois. Toutefois le plus long intervalle de repos a été de cinq mois. « Il me suffit de toucher la voûte palatine avec une fourchette ou même la pointe de la langue pour susciter la crise. Aussitôt surviennent des élancements douloureux qui constituent le signe précurseur, puis un engourdissement général; ensuite une série de secousses, électriques, brèves, puis la douleur s'en va en fuyant progressivement. Cette crise dure une demi-minute. Lorsque j'ai un accès, cet accès est composé d'une série de crises analogues

revenant en moyenne toutes les minutes ». Lorsque les crises sont très violentes, le malade prend un purgatif et se met au régime lacté mixte, ce qui lui procure un certain soulagement.

Pas de tic complet mais quelques spasmes légers (l'œil tend à se fermer par spasme de l'orbiculaire.

Hyperesthésie marquée de la peau, des gencives, du cuir chevelu. Epiphora très marqué au moment des accès, mais rien d'analogue du côté de la muqueuse nasale ou de la salive.

Etat actuel. — *Depuis dix ans* le malade est en proie à sa névralgie qui ne cède que pendant des périodes de deux à trois mois. En mai 1900, la douleur cesse jusqu'au 1er août 1900, à l'exception de quelques élancements douloureux fugitifs.

Mais depuis le 1er août 1900 jusqu'au 15 octobre, la période algique fait de nouveau son apparition. Les crises sont constantes, violentes et surviennent nuit et jour. C'est à ce moment que nous examinons le malade.

Etiologie. — Parmi les antécédents héréditaires il y a lieu de signaler que son père a eu des douleurs fulgurantes et d'autres signes tabétiques, que sa mère a souffert également d'une névralgie faciale à forme grave.

Pas de rhumatisme, pas d'impaludisme. Mais le malade paraît être nettement tabétique.

En 1879-80 en effet il a eu du ptosis à droite, et de 1893 à 1895, quelques douleurs fulgurantes pour lesquelles il a pris de l'iodure et fait des frictions (ce traitement n'a eu aucune action sur la névralgie). Toutefois, s'il n'y a pas de réflexes rotuliens, il n'existe ni signe de Romberg, ni signe d'Argyll, ni lésions de l'œil.

L'examen de l'appareil oculaire permet de constater uniquement une légère diplopie croisée, reliquat de l'ancienne paralysie de la troisième paire droite survenue en 1880.

Le malade ne pense pas avoir contracté la syphilis.

Traitement. — Le traitement a été commencé le 22 octobre 1900, avec une durée de vingt minutes environ à ce moment, durée qui plus tard a été augmentée. Intensité 5 à 6 milliampères.

Après une vingtaine de séances l'amélioration se montre d'une façon nette et se poursuit assez régulièrement.

Il y a cependant de temps à autre des crises violentes, mais celles-ci sont moins intenses qu'avant le traitement électrique. Grosse crise douloureuse au mois d'avril 1901 qui dure une quinzaine de jours. A partir de fin juin 1901 (il y a eu à ce moment cent-cinquante séances), on cesse le traitement électrique. Il y a encore à partir de ce moment-là quelques « chatouillements douloureux » pendant vingt-cinq jours, mais à partir du 21 juillet

1901, et après une crise douloureuse assez forte qui a duré quatre jours, la douleur n'est jamais revenue.

Le malade pense que le résultat obtenu doit être attribué en partie à des purgatifs fréquents et au régime lacté qu'il suit depuis un certain temps. Il nous fait remarquer qu'il a déjà eu des périodes complètement dépourvues de crises et que la plus longue de ces périodes a été de cinq mois.

Revu six mois après, en février, le malade est toujours dans un état très satisfaisant. En mai 1902, il a ressenti quelques fourmillements insignifiants pour lesquels nous avons conseillé une reprise temporaire du traitement. Toutefois, ces sensations pénibles n'ont pas persisté. Le malade nous a déclaré à ce moment qu'une séance d'une heure lui procure un soulagement considérable, que d'autre part, les élancements qu'il ressent ont une mollesse toute spéciale.

En juin, les douleurs n'ont pas reparu, les fourmillements ont à peu près complètement cessé.

Obs. VI. — Mme O..., âgée de soixante-dix-sept ans : névralgie faciale. Il y a quinze ou seize ans, cette malade a reçu au-dessus de l'œil droit un coup assez violent, et croit devoir attribuer sa névralgie à cette cause. Toutefois, ce n'est que depuis six ans que la malade souffre dans la région droite de la face de douleurs qui, faibles au début, et ne donnant lieu qu'à une sensation de chatouillement, localisées d'abord à la tempe, ont gagné progressivement en intensité et en étendue.

Les douleurs se présentent sous forme de crises à intervalles irréguliers cinq à six fois par jour environ. Avec le temps, les crises deviennent de plus en plus intolérables. Au mois de janvier 1900, elle est renversée par un cheval. Cet accident, toutefois, n'amène aucune modification dans son état. Enfin en septembre de la même année, les douleurs restées jusque-là tolérables sont devenues extrêmement violentes. Elles surviennent pendant le repos aussi bien qu'à la suite du moindre mouvement. Un effort quelconque, soit pour se baisser, soit pour se lever, provoque une crise.

Cette crise dure un temps variable; la durée maxima a été de une heure et demie; d'ordinaire cependant la crise dure quelques minutes.

La malade a essayé de nombreux médicaments dont aucun n'a donné une véritable amélioration. Elle a subi le traitement électrique à partir du 21 novembre 1900 (séances de vingt minutes, 4 milliampères). Après la 56e séance, la malade déclare que les crises sont aussi nombreuses qu'avant le traitement, mais peut-être moins fréquentes la nuit qu'autrefois.

En tout cas, les crises, au lieu de durer une demi-heure, ne

durent que cinq minutes au maximum, et leur intensité est beaucoup moindre. La malade ne veut pas quitter le traitement électrique. Alors qu'autrefois, elle ne pouvait ni manger, ni parler, en raison des douleurs aigues que soulevaient ces mouvements; actuellement elle prend facilement quelques aliments et cause longtemps, sans ancune douleur. Malheureusement, la malade a contracté une bronchite qui l'a forcée à interrompre le traitement et depuis lors, elle ne l'a jamais repris.

Obs. VII. — Mme F..., envoyée par le Dr Bruhl, trente-trois ans; brocanteuse. Depuis octobre 1900, accuse des névralgies dans tout le domaine du trijumeau droit; ces névralgies sont venues sans cause appréciable et nous n'avons pu actuellement rapporter leur origine à aucune étiologie évidente; elles ont débuté en octobre 1900 et ont augmenté d'intensité vers le milieu de ce mois. D'ordinaire elles se présentent sous la forme de crises, de douleurs aiguës en coup de fouet, sans aura cependant, douleurs que la malade essaie de maîtriser en maintenant sur sa figure une immobilité absolue des traits.

Les douleurs surviennent vers trois heures de l'après-midi, vont en augmentant jusqu'au soir, se prolongeant la nuit et empêchant la malade de reposer. Vets onze heures, le repos devient possible et les douleurs disparaissent jusqu'au lendemain matin, où elles reprennent mais d'une façon extrêmement légère; il n'y a pas d'hyperesthésie; pas de points de Valleix; le seul fait saillant est la chute habituelle des cheveux du côté malade, trouble trophique sur lequel, du reste, la malade attire plusieurs fois notre attention.

Vers la fin janvier, c'est-à-dire trois mois après le début de la névralgie, sont apparus des troubles gastro-intestinaux survenant par crises et caractérisés par constipation opiniâtre, éructations, douleurs au creux épigastrique, douleurs abdominales, sortes de coliques, ressenties comme des mouvements péristaltiques « analogues à des serpents, dit la malade » vomissements pituiteux et glaires, surtout au moment des crises douloureuses, mais pas exclusivement matutinales.

La malade, toutefois, avoue prendre fréquemment, dans l'intention de se tonifier, de l'eau de mélisse et de la menthe; chose curieuse, ces crises douloureuses produisent sur la névralgie une sorte de dérivation, car celle-ci s'atténue dès que les troubles gastro-intestinaux apparaissent. Actuellement la névralgie faciale alterne avec les troubles intestinaux et augmente dès que ceux-ci cèdent. La malade a eu recours au bromure et à d'autres potions de différente composition sans résultat apparent. Depuis plusieurs mois la névralgie est assez intense. La malade présente en outre un léger goitre avec tachycardie, et un peu de tremblement mais sans exophtalmie.

A l'examen physique on constate de la dilatation gastrique, un bruit très net de clapotage, la langue est sale, sèche. La malade se plaint d'avoir notablement maigri; elle ne présente absolument aucun stigmate d'hystérie, bien que nous ayions recherché cette cause avec le plus grand soin; pas de syphilis, pas d'épilepsie et rien de particulier dans les antécédents.

Traitement. — Bien que cette forme de névralgie semble indéterminée, nous soumettons la malade au traitement électrique, le 27 avril 1901; elle a eu des applications quotidiennes pour sa névralgie faciale et des séances tri-hebdomadaires pour son entérite. Dès la huitième séance (8 milli-ampères, à raison de trente minutes, durée minima) l'amélioration se produit au dire de la malade. Les crises sont plus rares et les douleurs moins violentes. Il se trouve que chaque jour apporte de l'amélioration, mais ce qui est assez singulier, c'est que les douleurs conservent leur même régularité, apparaissent dans l'après-midi, pour se terminer vers le soir. Au bout de 20 séances, on constate une amélioration très manifeste.

En juin, après 37 séances, elle demande à cesser son traitement et à retourner dans son pays. Le 27 décembre de la même année, sa mère nous dit qu'elle n'a plus ressenti aucune douleur depuis qu'elle est revenue chez elle. Le 1er janvier 1902, elle nous écrit que « de la tête elle se trouve presque complètement guérie. »

Ajoutons que pour ses troubles intestinaux et sa constipation nous avons tenté le traitement galvanique ondulé qui nous a donné, non pas la guérison absolue, mais une amélioration très marquée des symptômes intestinaux, amélioration qui a persisté au dire de la malade.

Obs. VIII. — Mme B..., fleuriste; névralgie faciale. Cette malade a cessé tout traitement au bout de quatre séances n'ayant pu constater aucun résultat à la suite de ces quatre séances.

Obs. IX. — B. A..., cinquante-sept ans, a eu de 1873 à 1881 de nombreux accès de fièvre palustre contractés au Mexique, au Congo, à Panama, où il était obligé de coucher à la belle étoile.

En 1899 la névralgie a débuté à la suite d'un coup de froid sur la joue, dans une rue où il y aurait eu un violent courant d'air. Ce furent d'abord des douleurs peu intenses mais dont l'acuité augmenta progressivement, si bien qu'au bout de peu de temps, la mastication était devenue impossible, et que le moindre attouchement ou le moindre mouvement amenait des douleurs atroces.

A ce moment le malade redoutait la pression la plus minime sur la figure qui provoquait à coup sûr une crise. Chose remarquable

les crises se succédaient sans périodicité aucune. Il fut traité à cette époque par les courants continus [1] et l'électricité statique, traitement qui parut avoir produit un certain résultat et un léger soulagement, en ce qui concerne du moins l'intensité des douleurs.

Il n'est resté après ce traitement que des douleurs venant à intervalles variables plusieurs fois par mois, et se reproduisant, soit à la suite de frottements ou d'attouchements de la figure, soit à la suite de courants d'air, de changements de température, de passage d'un temps chaud à un temps froid, d'un temps humide à un temps sec.

Ce traitement électrique a été suivi pendant six à sept mois à raison de trois fois la semaine, puis la névralgie a disparu pendant treize mois. Jusqu'en février 1901 le malade n'a absolument rien ressenti sauf cette impression « qu'il avait une joue ».

En février 1901 ayant été obligé de sortir beaucoup par le froid, le malade sent le besoin de garantir sa joue avec son mouchoir. Le froid subit et le temps humide provoquent à ce moment le retour des douleurs ou tout au moins une recrudescence très marquée rendant à nouveau les mouvements douloureux et la mastication très pénibles. Toutefois ayant constaté qu'il suffisait de se frapper légèrement le côté malade pour diminuer la douleur, le malade utilise ce procédé de pseudo-massage pour prendre ses repas.

Les douleurs changent souvent de type, affectant tantôt le type nocturne, tantôt diurne, se présentant tantôt sous la forme d'éclair, tantôt sous la forme de pincements, tantôt sous la forme de douleurs en zig-zag, mais, caractère particulier, ces crises douloureuses sont toujours entrecoupées d'intervalles libres de tous phénomènes douloureux.

Après avoir essayé encore l'électricité avec des courants de 15 à 16 milli-ampères pendant un mois, et obtenu une très petite amélioration, le malade continuant à avoir des douleurs, consulte le Pr Bergonié qui lui conseille des courants très intenses appliqués sur une grande surface.

Pendant un mois on essaya les hautes intensités (30 et 35 milliampères, traitement fait tous les deux jours). La douleur alors, de superficielle qu'elle était serait devenue profonde. Ayant placé l'un des pôles, non plus sur le tégument mais dans la bouche, sur la muqueuse, le malade détermina la production d'une escarre. A plusieurs reprises le malade avait du reste essayé le traitement par la quinine, traitement qui ne donna aucun résultat en ce qui concerne les grandes douleurs. Il faut ajouter qu'en dehors des accès

[1] Application de tampons sur les points d'émergence pendant une ou deux minutes.

de névralgie faciale à forme grave que présente ce malade, il existe de temps à autre des périodes où apparaissent de petites crises d'un caractère spécial survenant régulièrement le soir à la même heure (paludisme larvé) mais qui toujours s'éteignent au bout de peu de jours, après un traitement par la quinine associée à l'antipyrine.

Lorsque le malade vient nous trouver, il éprouve des douleurs violentes, non pas au point qu'il soit dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche pour parler ou manger, mais suffisantes toutefois pour qu'il ne se passe aucun repas ou aucune conversation sans de nombreuses douleurs.

Le malade présente en outre du tic vrai, c'est chez lui un état de spasme intermittent qui donne l'impression du mâchonnement.

Le sillon jugo-nasal se trouve très accentué et aurait du reste été marqué davantage. Il y a là comme une sorte de contracture permanente. Le malade accuse encore de l'épiphora bilatéral lorsqu'il est soumis au froid, et cela sans doute, en raison du spasme des conduits lacrymaux. En ce qui concerne les troubles sensitifs il n'y a à noter qu'une diminution du goût. A aucun moment il n'y a eu de zona ophtalmique et pourtant le malade déclare avoir eu il y a deux ans du zona intercostal. Notons que plusieurs dents ont été arrachées sans aucun résultat.

Traitement. — Le malade a fait lui-même les applications sous notre direction et cela pendant une heure tous les jours, avec 4 milli-ampères d'intensité.

Après six mois de traitement, ayant éprouvé une amélioration très notable il a suspendu l'électricité pendant plusieurs jours, et n'a pas continué à épronver de douleurs.

Il s'est produit une petite crise cependant, vers le mois de janvier 1902, au moment des grands froids.

En mai le malade déclare être depuis deux mois dans un état très satisfaisant, n'avoir plus que quelques sensations pénibles « des douleurs molles », dit-il, « mes nerfs paraissent engourdis, et la douleur ressemble maintenant plutôt à un mal de dents qu'à une névralgie faciale vraie. »

Il y a encore quelquefois à intervalles très éloignés, de petits éclairs, mais absolument supportables. Le tic a perdu également de son intensité et ne se montre que d'une façon exceptionnelle et très atténuée.

Obs. X. — Mme L... — *Antécédents héréditaires.* — Comme antécédents héréditaires, nous notons une névralgie faciale chez sa mère, névralgie dont elle a souffert énormément, siégeant du côté droit et qu'aucun traitement médical n'a réussi à faire dis-

paraître. Cette névralgie, apparue au moment de la première grossesse, aurait cessé au bout d'un certain temps, pour réapparaître d'une façon définitive à la ménopause et s'installer d'une façon permanente.

Chez notre malade, le début remonte à 1899, c'est-à-dire à trois ans. Déjà il y a dix ans la malade se plaignait de douleurs lancinantes pénibles, dans la région oculaire, survenant surtout la nuit, douleurs intermittentes et vagues qui se sont accompagnées paraît-il, à deux reprises différentes, d'une amblyopie d'une durée de huit jours. Cette amblyopie aurait coïncidé avec des douleurs très violentes, et la malade soumise à l'obscurité guérit rapidement de cette complication. Ces douleurs vagues se sont localisées ultérieurement à la région malaire, à la région du nez et à la lèvre supérieure du côté gauche.

Depuis deux ans la névralgie s'est installée d'une façon plus franche, elle a commencé par des douleurs aiguës coïncidant généralement avec la fin des règles. Ces douleurs étaient d'abord continues et extrêmement violentes, puis au bout de quelques mois elles ont procédé avec intermittences, les crises étant séparées par un intervalle de trois à quatre minutes et chaque accès durant environ une trentaine de minutes. Quand la crise approche, la malade la devine par une lassitude considérable de tout son être, des sensations pénibles dans les jambes.

La malade compare ses douleurs à des coups de marteau extrêmement violents, à des secousses électriques, et la crise se termine généralement par un épiphora abondant. Lorsque les douleurs sont extrêmement violentes, elles s'accompagnent parfois d'un léger tic où plutôt d'un léger ressaut du côté malade, mais ce n'est pas là un phénomène constant.

Actuellement les accès durent deux minutes, puis disparaissent pendant plusieurs heures; leur nombre en vingt-quatre heures est très variable quelquefois 2, 3, 5, 6; d'autres fois la journée se passe d'une façon absolument normale, sans accès aucun. L'air vif, le contact de l'eau, la mastication rappellent la crise.

Le point de départ de la douleur, paraît être le nerf sous-orbitaire; la douleur descend en effet de ce point le long du sillon jugo-nasal, atteint la lèvre supérieure, et finit par envahir toute la joue. On constate au moment de l'accès et seulement pendant cette période, une hyperesthésie marquée du côté malade. La face de ce côté est rouge, injectée, chaude; on ne constate en dehors de ces phénomènes aucune modification de la sensibilité, dans aucun de ces modes; il n'y a ni troubles de la sensibilité gustative ni salivation anormale; mais la malade déclare que pendant les crises très violentes il y a suppression complète de l'écoulement salivaire du côté malade.

Il est difficile de rattacher cette névralgie à une cause précise. Il

faut noter que la malade a eu des dents cariées, qui ont été enlevées sans produire aucune amélioration. Le début de la maladie remonte à trois ans et la ménopause qui date de cette époque serait d'après la malade en corrélation avec l'affection qu'elle présente.

On lui a fait plusieurs traitements, par exemple de l'électricité avec la machine Gramme rotative, traitement suivi d'amélioration pendant un mois et demi mais auquel ont succédé après ce temps des douleurs peut-être plus intenses encore qu'auparavant. Elle a été également traitée par l'extrait thébaïque, qui a produit une amélioration évidente, et il n'est resté depuis ce moment (quelques semaines avant le traitement électrique actuel) que des douleurs moins accentuées qu'auparavant.

C'est à cette époque (janvier 1901) que nous avons commencé le traitement électrique, d'abord à raison de 5 mA pendant vingt minutes, et, à partir de la 15e séance, la malade déclare ne plus souffrir du tout et n'avoir à se plaindre que de quelques douleurs vagues dans les yeux.

La malade éprouve de nouveau quelques douleurs espacées pendant le mois de juillet 1901, et c'est à partir de cette époque que nous faisons des séances de trente minutes. Ces douleurs diminuent vers la fin août et au commencement de septembre, bien que la malade ne suive son traitement que d'une façon très irrégulière. Le 23 septembre elle nous déclare n'avoir plus que de petites crises faibles et rares. A partir de ce moment, cette malade est venue très irrégulièrement, demandant quelques séances au moment de la réapparition des douleurs et malgré notre conseil de se soumettre à un traitement régulier. Toutefois le traitement qu'elle a suivi paraît avoir eu quelque efficacité, puisque le 3 janvier 1902 elle nous déclare qu'il n'y a aucune comparaison à faire entre son état actuel et les atteintes antérieures. En juin 1902, après être revenue prendre encore de-ci de-là quelques séances, elle nous déclare que son état avoisine presque la guérison, tellement elle est tranquille et satisfaite des résultats obtenus.

Obs. XI. — Mme S., cinquante-six ans, vient en juillet 1901; névralgie faciale depuis vingt-cinq ans, ayant subi une recrudescence très marquée depuis un an.

L'observation détaillée de cette malade a été égarée.

Cette malade a subi un traitement d'une durée de quatre mois environ. Les séances ont été d'une heure avec une intensité de 4 m A. Au bout de 45 séances, on a pu noter une amélioration très marquée, mais celle-ci n'a pas persisté au delà des premiers jours de janvier et à partir du 10 janvier 1902, l'état de la malade ne s'améliore plus. Elle cesse le traitement le 17 mars, désespérée et souffrant autant qu'au début du traitement. Elle retourne à Dijon où elle habite.

Obs. XII. — Mme P.., soixante-cinq ans, habite Salins (Jura). Un an après son mariage, brusquement pendant une nuit, elle est prise de douleurs en coup de marteau à l'angle externe et supérieur de l'orbite gauche. Ces douleurs avaient une durée variable, mais présentaient cependant une période de calme, elle-même plus ou ou moins longue. Six mois après, ces douleurs disparaissent, et pendant cette période de rémission la malade se marie.

Réapparition des douleurs au 6e mois de la grossesse mais avec un autre caractère. Elles siègent à la face, sur la lèvre supérieure, l'aile du nez, le front, la tempe gauche. La malade les compare à des tremblements électriques occasionnant des douleurs très vives « en charbon ardent, en lame de canif, dit-elle, qui s'étendent dans son cerveau où il y aurait une plaie que chaque mouvement de la figure, le rire, le bâillement, l'action de mordre viendrait déchirer davantage ».

On lui arrache une dent (la canine) bien qu'elle fut intacte. Pas de soulagement. Une mouche placée sur la région temporale gauche aurait beaucoup calmé les douleurs. Puis pendant une douzaine d'années, rémission.

En 1880, retour des douleurs avec les mêmes caractères pendant un an environ.

Ensuite nouvelle rémission entrecoupée de quelques périodes douloureuses seulement. A partir de 1893 retour définitif de la névralgie. Depuis 1893 les douleurs n'ont pas cessé, il n'y a pas de périodes de rémission sauf en été pendant deux mois environ. Impossibilité de manger, la malade est obligée de « sucer du bouillon » elle ne peut ni avaler la salive, (probablement hypersecrétion) ni tousser, ni cracher. Elle ne peut se débarbouiller sans provoquer les douleurs les plus atroces.

État actuel. — Les trois branches du trijumeau paraissent également atteintes; il paraît y avoir une légère prédominance sur l'ophtalmique. Les points douloureux d'émergence ne peuvent être décelés. Les paroxysmes reviennent à chaque instant. Hypersensibilité de la peau particulièrement marquée dans la moitié supérieure de la face du côté du cuir chevelu. Hyperesthésie de la langue et des gencives. Comme troubles moteurs, il y aurait eu (nous n'avons pu en être témoin) des secousses convulsives dans le sourciller, l'orbiculaire et le releveur de l'aile du nez. En tous cas la malade affirme avoir eu des secousses dans les accès les plus forts. Hypersécrétion lacrymale quand la crise est violente.

Étiologie. — Rien de particulier dans les antécédents. Pas de fausse couche ; la malade a eu 3 enfants dont l'un est mort de méningite, et les autres sont actuellement bien portants. Aucune des causes générales invoquées d'ordinaire (paludisme, rhumatisme, hystérie, tabes, etc). Pas de troubles oculaires, pas de signe

d'Argyll. Syphilis improbable. La seule étiologie plausible mais bien banale, est la carie dentaire. Elle s'est fait extraire des dents bonnes et mauvaises, sans soulagement consécutif cependant.

Traitement. — Le traitement est commencé le 15 novembre 1901, quarante-cinq minutes par jour avec une intensité de 4 à 6 milliampères. Au bout de dix jours, la malade éprouve un grand soulagement, n'ayant plus que quelques crises rares, de peu de durée et de peu d'intensité. A la fin de décembre, il se produit une très grande amélioration. Dans les premiers jours de janvier cependant, recrudescence légère des douleurs.

Ces douleurs, assez violentes, de dix à quinze minutes de durée qui n'existaient plus les jours précédents persistent jusqu'au 10 janvier; à partir de ce moment les phénomènes douloureux diminuent progressivement avec quelques alternatives de recrudescence peu marquée. La seconde partie de janvier et février se passent sans douleur notable. Le 10 février, la malade déclare que depuis quinze jours elle n'a pas éprouvé une seule douleur et que les dernières qu'elle a ressenties étaient insignifiantes.

Elle part le 17 février pour son pays, malgré notre insistance. Sa dernière note porte : Dimanche 16 février : Venue ce matin pour la dernière fois avant son départ; déclare ne plus rien ressentir, sauf quelques petites douleurs passagères et de durée extrêmement courte; se trouve très satisfaite du traitement qui a duré juste trois mois: hier et aujourd'hui, aucune douleur.

Nous avons reçu d'elle quatre lettres : la première où elle nous dit que du 17 février au 17 mars, il n'y a eu que quatre à cinq petits éclairs et seulement la crainte hypothétique d'une récidive. « Je n'ose me débarbouiller fort ». La deuxième lettre (du 17 mars au 17 avril) il y a eu le 26 mars plusieurs éclairs dans les gencives, et le 6 avril trois éclairs dans le cerveau, ce qui lui a donné une grande frayeur, mais ces éclairs ne se sont pas reproduits. « Mais il y a souvent encore quelque chose dans la gencive, quand je commence à mâcher; pourtant depuis deux jours, je ne sens plus rien ».

Du 17 avril au 18 mai, les éclairs dans la gencive persistent et il y a de temps à autre, quelques irradiations dans le cerveau. Du 17 mai à la fin juin, la malade se plaint encore de quelques douleurs, mais rares, et sans comparaison aucune avec les douleurs d'autrefois. Il est certain que si cette malade avait pu reprendre de temps à autre le traitement l'amélioration première aurait persisté d'une façon beaucoup plus marquée.

Obs. XIII. — Mme M..., névralgie faciale du type grave depuis trois ans. A eu plusieurs rémissions : la première année, la névralgie a duré trois mois; la deuxième année deux mois, et en 1900,

depuis octobre, lanévralgie provoque des douleurs très intenses, moins violentes cependant que l'année précédente, mais ayant subi depuis plusieurs jours une recrudescence marquée ; les périodes de rémission n'ont jamais été absolument calmes, il y a toujours eu des périodes de névralgie atténuée. Elle s'est fait arracher toutes les dents sans résultat.

Traitement.— Du 14 au 24 décembre 1901, elle a eu huit séances ; elle revient le 6 janvier 1902, et nous informe qu'elle va partir à la campagne pour un mois; elle souffre cependant toujours beaucoup, mais déclare avoir trouvé un grand soulagement dans les applications que nous lui avons faites.

Obs. XIV. — Mme L..., soixante ans, est prise de névralgie dans le côté droit de la face, depuis octobre 1901, sous forme d'élancements douloureux. Déjà depuis deux ans elle avait éprouvé quelques atteintes de très courte durée, sorte de secousses électriques, d'éclairs, partant du sillon jugo-nasal, pour remonter sur le côté externe de l'orbite et s'irradier à la région frontale. Le début de ces phénomènes paraît coïncider avec un tamponnement fait pour épistaxis rebelle.

En octobre 1901 les douleurs fugaces sont devenues beaucoup plus fréquentes, plus intenses et plus tenaces.

Elles surviennent par accès durant une vingtaine de minutes. D'après les dires de la malade il est difficile de se rendre compte du type exact de la névralgie, toutefois il semble bien se rapprocher du type grave.

L'accès commence par des éclairs qui passent devant les yeux, immédiatement suivis d'une sensation de déchirement dans la moitié droite de la face. Entre les accès il n'y a qu'une sensation d'endolorissement. Ces accès se répètent quinze à vingt fois par jour au minimum. Souvent ils apparaissent toutes les cinq ou dix minutes, d'autres fois, toutes les demi-heures seulement. Pendant l'accès la malade ne peut ni manger, ni parler, ni marcher, ni se livrer à une occupation quelconque. Le sommeil est parfois rendu impossible par la répétition et l'intensité des douleurs. Jamais il n'y a eu le moindre tic; il n'y a pas non plus de grimaces, la malade cherche au contraire à obtenir l'immobilité la plus complète de la face au moment de l'accès.

Dans les premières semaines la névralgie était localisée sur le nerf sous-orbitaire, puis peu à peu la douleur a envahi tout le côté droit de la face.

Hyperesthésie très marquée dans la région d'émergence du trijumeau s'étendant au bulbe pileux est parfois telle, que la malade ne peut ni mettre son chapeau ni se coiffer. L'apparition de l'accès est accompagnée de troubles vaso-moteurs, injection de la face,

chaleur gênante, rougeur des paupières. L'épiphora n'apparaît plus que dans les périodes très violentes.

Bien entendu la malade a épuisé toute la série des médicaments et des moyens usuels depuis l'antipyrine jusqu'au siphonage et cela sans bénéfice apparent.

Le 6 février, elle commence le traitement électrique.

Dès les premières séances, la malade éprouve un notable soulagement et peut dormir, les douleurs ayant presque complètement cessé la nuit. Au bout d'un mois de traitement, les douleurs ont diminué tres notablement de violence et les accès s'espacent. Au bout de deux mois de traitement la malade déclare n'avoir plus que quelques petites douleurs passagères.

A partir de juin la malade se trouve dans un état très satisfaisant et cesse de suivre le traitement d'une façon régulière. Fin juillet au retour de la campagne elle demande à compléter son traitement parce que depuis le 20 juillet elle a eu de petits accès plus intenses, mais ne ressemblant néanmoins en rien aux accès d'autrefois. La durée est de une seconde au lieu de vingt minutes et il n'y en a que trois à quatre par jour au lieu du minimum de quinze.

Obs. XV. — Mme B..., trente-quatre ans. Le début de la maladie remonte à trois mois et paraît d'origine grippale. La malade venait d'avoir une atteinte de grippe très légère ayant duré quatre à cinq jours. Au cours d'une grossesse, la malade aurait déjà éprouvé des douleurs faciales analogues, à celles qui la font souffrir actuellement qui, cependant, n'ont pas été traitées, ces phénomènes ayant disparu au bout de très peu de jours.

Peu après la cessation de la fièvre (février 1902), la malade ressent de chaque côté de la région occipitale, des douleurs névralgiques plus accentuées à droite qu'à gauche.

Ces douleurs se sont ensuite localisées sur le sommet de la tête, s'accompagnant d'un degré assez marqué d'hyperesthésie (attouchement des cheveux extrêmement pénible, impossibilité de se coiffer). Enfin elles se sont fixées à la région frontale. Ces douleurs sont continues avec périodes d'exacerbation, consistant en élancements qui durent un quart d'heure en moyenne sans phénomènes moteurs ni convulsifs d'aucune sorte, sans aura précurseur et se produisant sans raison aucune, très violentes le matin; les paroxysmes durent une demi-heure, puis cessent.

Dans le courant de la journée, elles réapparaissent, mais localisées cette fois au sommet de la tête ou à la région occipitale. Enfin le soir, vers quatre heures, les phénomènes douloureux se montrent à nouveau, non pas dans la région frontale mais tantôt au sommet de la tête, tantôt plus en arrière. Pas d'aura dans tous ces accès.

Au commencement du mois de mai, les douleurs ont complète-

ment cessé sur le sommet de la tête; seules les douleurs de la région occipitale droite et de la région frontale ont persisté; elles s'accentuent au moment des changements de temps.

La malade a été mise en traitement, et au bout d'un mois, les douleurs de la région frontale ont disparu presque complètement, ne laissant plus qu'une légère sensibilité. Les paroxysmes sont devenus très rares, très légers, et ne réapparaissent que tous les trois ou quatre jours seulement.

Obs. XVI et XVII. — Ces deux observations ont trait à des malades atteints de névralgie du type grave.

Chez l'un de ces deux malades, le début remonte à six ans, chez l'autre à trois ans environ.

Le traitement a été commencé chez ces deux malades en mars 1902 (séances d'une heure tous les jours, intensité de 4 à 6 milliampères). La date relativement rapprochée du commencement de ce traitement ne nous permet pas de porter sur les résultats des conclusions définitives. Toutefois ces deux malades ont été améliorés dans une très notable proportion, et leur état actuel est jugé comme très satisfaisant.

Nous nous proposons de communiquer leur histoire avec quelques autres de malades actuellement en traitement, mais seulement lorsque nous nous y croirons autorisés par la constatation d'une amélioration suffisamment durable et persistante.

RECUEIL DE FAITS.

Fibromatose et paralysie générale;

Par le Dr A. CULLERRE.

L'affection connue sous le nom de *maladie de Recklinghausen* est-elle est toujours congénitale?

Est-elle due à une altération anatomique du système nerveux? C'est ce qui n'est pas encore établi d'une façon incontestable. Les auteurs toutefois s'entendent pour admettre que, chez les sujets atteints de cette maladie, il existe une certaine *faiblesse congénitale* du système nerveux qui fait d'eux une catégorie à part de dégénérés. A ce titre, l'observation que nous allons donner et qui nous offre un cas jus-

qu'ici unique, croyons-nous, de paralysie générale chez une femme atteinte de dermofibromatose congénitale et probablement héréditaire peut présenter un certain intérêt.

O... Zélina, femme C... quarante-sept ans, marchande ambulante, mariée, un enfant, est admise d'office par transfèrement de l'asile de Niort, le 30 avril 1901, avec le certificat suivant : « alcoolisme chronique; affaiblissement intellectuel; tentative de suicide et d'incendie pendant un accès ; état physique bon ; peut être transférée ». Le certificat de vingt-quatre heures est ainsi conçu : « atteinte de psychose polynévritique d'origine alcoolique ; démence, perte totale de la mémoire, impulsions automatiques au suicide, vague délire de satisfaction et de richesses, symptômes de névrite des membres inférieurs ».

On constate à l'entrée de l'hyperesthésie cutanée ; les réflexes sont très exagérés, la démarche est un peu spasmodique ; le pied gauche est un peu pendant ; pas de trépidation épileptoïde. L'excitation plantaire provoque la flexion des orteils. Pupilles égales réagissant bien à la lumière ; chute légère de la paupière et du sourcil gauches; abaissement de la commissure labiale du même côté.

L'état mental est caractérisé par une hébétude profonde avec perte totale de la mémoire dont la malade a une vague conscience ; elle répète à chaque instant : « Je ne sais pas... je ne sais plus... je n'ai plus d'idées ». C'est sa seule réponse aux questions que nous lui posons relativement à ses antécédents, au temps actuel et au lieu où elle se trouve. Par moments, elle manifeste un peu d'exaltation cérébrale avec idées de satisfaction et de richesses : « elle a fait un gros héritage de son père ; elle a plus de cent mille francs » ; pas d'embarras de la parole.

Nous revenons sur l'examen physique pour décrire une particularité tératologique importante qu'on relève sur cette malade. Elle est atteinte de fibromatose généralisée du tégument externe tout entier.

Le visage est couvert de petites tumeurs sessiles, très confluentes en certains points, fermes sans être dures, adhérentes à la peau qui, à leur niveau, est lisse sans différer, comme aspect, du tégument voisin; il y en a depuis la grosseur d'un grain de blé jusqu'à la grosseur d'une petite noisette; les plus grosses sont au menton.

Dans le cuir chevelu les tumeurs plus disséminées sont beaucoup plus volumineuses; l'une atteint la grosseur d'une noix; deux ou trois celle d'une cerise; elles sont pédiculées plus ou moins molles, un peu molluscoïdes.

Sur la poitrine les tumeurs sont très confluentes dans toute la région sternale ; elles sont beaucoup moins nombreuses sur les

seins. Elles affectent les unes la forme sessile et dure et les autres la forme molluscoïde et molle.

Sur les bras elles sont discrètes. Sur le bras gauche, un peu au-dessus du pli du coude, on remarque un gros fibrome pédiculé.



Fig. 10.

Sur les jambes et les pieds elles sont assez nombreuses, grosses, plutôt sessiles et dures.

Le dos, du cou au sacrum, en est littéralement couvert ; sur un fond de petits fibromes sessiles se détachent de nombreuses excroissances molles à pédicule large, surtout dans la région médiane.

Ce n'est pas tout. On relève sur différentes parties du corps des

nœvi sous forme de larges taches pigmentaires de couleur plus ou moins foncée depuis le jaune jusqu'au brun noir. Il existe une de ces larges taches sur la partie postéro-interne de la jambe droite, un autre à la partie supéro-interne de la cuisse du même côté et une troisième sur une large étendue de la fesse gauche.

La photographie ci-dessus donne une idée suffisante de cette singulière affection.

La malade nous a affirmé qu'elle « avait ça de naissance » et que sa mère était affectée de tumeurs semblables.

11 *mai*. — Depuis hier soir elle a eu trois attaques épileptiformes : perte de connaissance, pâleur, chûte, puis rougeur de la face sans convulsions; au bout de quelques instants, elle revient à elle et se livre à des mouvements automatiques comme de chercher dans ses poches, de ramasser quelque chose à terre.

1er *juin*. — Erysipèle de la face, à la suite d'une écorchure au nez, terminé par guérison.

6 *juin*. — Une attaque épileptiforme hier. Persistance de la démence massive. L'intelligence ne manifeste d'activité que pour les fonctions végétatives. Tous les matins elle nous accueille par cette invariable formule « J'ai grand faim ; si vous saviez comme j'ai faim ». On continue aussi à constater quelques vagues idées de satisfaction et de richesses.

27 *juillet*. — Un peu d'excitation cérébrale sans modification de la santé physique; elle radote de la façon suivante : « Je ne suis pas malade; c'est de l'ennui; mon pauvre père est mort; il n'y pas longtemps... Quel malheur! il n'y a plus de morale, plus rien... Je n'aime plus ma petite fille comme autrefois. Elle n'a pas bon cœur. Elle a peut-être fait quelques bêtises. Je ne veux pas penser à ce qu'elle a fait... Je n'ai plus d'idées, plus de mémoire. Je ne me rappelle plus d'un instant à l'autre ». Les membres inférieurs continuent à être faibles et la démarche un peu spasmodique. Aussitôt qu'on veut explorer la sensibilité, le corps entier entre en une raideur généralisée intense. Pupilles toujours égales et réagissant bien ; mais depuis quelques temps on constate un peu d'embarras de la parole avec achoppement syllabique. Les attaques épileptiformes reviennent à peu près tous les mois.

22 *décembre*. — Attaques épileptiformes en série. Abrutissement profond ; gâtisme ; les membres refusent tout service ; elle ne quitte plus le lit.

5 *janvier* 1902. — Entérite grippale à forme grave, suivie de cachexie, d'escarres au sacrum et de marasme progressif.

6 *mai*. — A la suite d'une série d'attaques la malade, profondément cachectique, succombe le 6 mai.

Autopsie. — Epanchement très abondant de liquide sous-arachnoïdien ; méninges transparentes mais très congestionnées avec

suffusions sanguines étendues à toutes les régions antéro-latérales des hémisphères. Artères saines, non épaissies, à part quelques points très restreints sur la Sylvienne gauche à son origine.

Hémisphère droit : poids 440 grammes; extrêmement ramolli et diffluent; adhérences de la pie-mère à la substance grise confluentes et profondes sur les deux tiers antérieurs; en l'enlevant, elle entraîne en certains points presque toute l'épaisseur de la substance grise jusqu'à la substance blanche que l'on sent indurée au fond de l'anfractuosité; la substance grise est d'ailleurs réduite à une lame très mince. Pas de granulations épendymaires. A la coupe, pas de lésions en foyer.

Hémisphère gauche : poids 460 grammes. Les adhérences sont beaucoup moins généralisées que du côté opposé; elles sont surtout profondes de chaque côté de la scissure de Sylvius; l'atrophie et le ramollissement de la substance grise sont moins marqués, ce qui explique la différence de poids des deux hémisphères. Pas de granulations épendymaires dans les ventricules.

On ne trouve aucune tumeur fibreuse sur le trajet des nerfs superficiels ou profonds malgré les recherches opérées à ce point de vue. On fait même la dissection du plexus brachial dans toute son étendue : elle est absolument négative.

Les viscères n'ont pas été examinés.

Nous ne savons si, en dehors de l'alcoolisme, il y a lieu d'incriminer quelque autre cause occasionnelle dans ce cas de paralysie générale. Nous ignorons notamment si cette malade a eu la syphilis. La seule chose d'ailleurs qui nous paraisse intéressante dans cette observation, c'est la coïncidence de la fibromatose, affection congénitale et familiale, d'après les dires de la malade, dont il n'y a pas lieu de suspecter la véracité, car elle n'a jamais varié sur ce point malgré son état de démence, et de la péri-encéphalite, maladie tenue comme la plus accidentelle des psychopathies, et considérée généralement comme se développant ordinairement en dehors de la prédisposition et chez des individus à cerveau primitivement bien constitué.

Or, si la fibromatose est l'indice *d'une faiblesse congénitale du système nerveux*, suivant l'expression même des auteurs, ce cas viendrait s'ajouter à ceux déjà nombreux, où l'on voit la paralysie générale frapper des prédisposés, des dégénérés, voire mêmes des imbéciles.

En 1888, M. L-F. Arnaud publiait deux cas de paralysie générale chez des imbéciles, rappelait deux observations analogues l'une de Morel, l'autre de M. Christian et ratta-

chait la faiblesse congénitale cérébrale de ses malades à l'alcoolisme des parents[1].

En 1893, mon interne Gagnerot, dans sa thèse intitulée, « *De la prédisposition dans la paralysie générale* » donnait des exemples de paralysie éclose sur le terrain de la dégénérescence[2].

En 1897, Luigi Cappelletti publiait un mémoire sur la paralysie générale chez les imbéciles[3].

En 1898, je donnais moi-même, dans les Annales médico-psychologiques, une observation du même genre et j'avançais cette opinion que « presque tous les paralytiques généraux de la classe rurale sont des débiles[4] ». Les observations que j'ai recueillies depuis ne sont pas de nature à me faire changer d'opinion.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. **Observation d'états psychiques anormaux survenant périodiquement**; par S. Kure (de Tokio). (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900).

Dame de cinquante-deux ans, mariée à vingt-deux, ayant eu huit grossesses normales. Hérédité nerveuse. Enfance normale sauf depuis l'âge de treize ans : céphalalgie habituelle. Enfant, elle avait un caractère calme et réfléchi; adulte, elle était vive, sociable, fort recherchée et aimée. Existence régulière. Grande fumeuse de tabac.

A trente-neuf ans, elle est grosse pour la neuvième fois et accouche prématurément au huitième mois. Trois semaines plus tard, à des intervalles de cinq jours, elle est, durant une heure ou deux, assaillies de défiances inexplicables avec crainte d'être volée. Au bout de trois mois, apparaissent des accès d'angoisse, compliquée d'agitation vive et de délire en rapport avec des illusions, qui reviennent à des périodes régulières et ne varient point.

[1] L.-F. Arnaud. *Deux cas de paralysie générale avec autopsie chez des imbéciles* (*Annales médico-psychologiques*, 1888).

[2] Gagnerot. Thèse de Paris, 1893.

[3] Luigi Cappelletti, *Revista sper. di Freniatria*, 1897.

[4] A. Cullerre. *Paralysie générale chez une imbécile* (*Annales médico-psychologiques*, 1899).

Chaque accès est ainsi constitué. Le premier jour, la malade est irritable, maussade, irascible, demi-anxieuse, elle ne dort pas. Puis arrive une véritable angoisse, à laquelle se joignent des illusions de l'ouïe, et bientôt des hallucinations, provoquant des idées de persécution ; il se produit une confusion mentale accusée. Graduellement absorbée par ce qui se passe en elle, insensible au monde extérieur, la patiente, en deux à trois jours de cet état, devient stupide et cataleptoïde. Peu à peu, elle s'endort debout : ses paupières se ferment, son corps s'accote à un appui résistant et demeure tranquille et immobile. On éprouve beaucoup de peine à la tirer de cette somnolence ; il faut pour cela l'interpeller vigoureusement, et ce réveil ne dure qu'un instant, mais si, à ce moment, on lui présente une pipe allumée, elle la fume. La somniation dure habituellement trente heures ; elle rétrocède insensiblement pour laisser la place à la lucidité. L'intervalle lucide est de trois à cinq jours, absolument normal pendant les premières années de l'affection, il est teinté maintenant tantôt de gaîté, tantôt d'hébétude. L'amnésie de ce qui s'est passé au cours de l'accès est totale. A la suite de cet intervalle lucide, les phases de l'accès reparaissent dans l'ordre indiqué. Chaque accès est précédé et suivi d'une légère exaltation. Diagnostic impossible.

P. KERAVAL.

II. **De l'origine de la catatonie** ; par A. PISNIATSCHEWSKY. (*Obozréni é psichiatrii*, V. 1900)

Travail fort substantiel accompagné de six observations personnelles et d'un tableau des mensurations crâniométriques.

Conclusions. — 1. La catatonie est un type morbide autonome qui appartient au groupe des psychoses dégénératives. — 2. Les signes s'en manifestent généralement à vingt ans, mais il existe des cas précoces et des cas tardifs.— 3. Elle est incurable mais son évolution est traversée par des phases accentuées d'amélioration, suivant la gravité et le caractère de sa forme. — 4. Ses symptômes ne présentent la plupart du temps pas le même relief : pendant que les uns sont fortement marqués, les autres sont simplement esquissés. — 5. Il faut considérer comme symptômes constants : la diminution de la sensibilité à la douleur et l'exagération de la tonicité musculaire. — 6. La démence progressive plus ou moins rapide en est l'élément intellectuel P. KERAVAL.

III. **Manie aiguë produite par le Tænia** (?) ; par BARCIA CAHUILLERO, (*Siglo Médico*, n° 2503).

Il s'agit d'un jeune homme conduit à l'asile de Santiago dans un état de manie aiguë avec agitation extrême. Le traitement ordinaire n'amena qu'un calme relatif laissant persister un état de

confusion incohérente absolue. Ayant constaté des anneaux de tænia dans les selles du malade on administra l'extrait de fougère mâle: un tænia armé long de sept mètres fut expulsé et le sujet fut radicalement guéri du jour au lendemain de tous ses troubles mentaux. Avec une prudente réserve l'auteur se range avec Esquirol, Luys, Hammond, etc., parmi ceux qui admettent la présence de parasites de cet ordre comme cause de troubles vésaniques et se demande si un cas aussi net ne peut venir à l'appui de cette opinion. F. B.

IV. **Psychose infectieuse** ; par le Dr V. Otz y Esquerdo. (*Revista de Medicina y cir. pract.* n° 696).

Une malade à la suite d'une fièvre puerpérale est frappée de confusion mentale. L'auteur déconseilla d'abord l'internement et isola simplement la malade avec nn traitement très actif pour parer aux accidents somatiques qui menacèrent encore sa vie. Après un an l'état mental restant mauvais la malade est internée avec un non-restreint absolu et traitée toujours très assiduement et rationnellement. Sa guérison survint complète après deux années de maladie, et a résisté depuis à des chocs moraux tres graves. L'auteur s'appuie sur ce fait pour déclarer que les aliénés sont bien plus souvent curables que ne le pensent les gens du monde et nombre de médecins, et que quelque longue que soit la durée des symptômes le traitement ne doit jamais cesser d'être actif, et le découragement ne doit jamais relâcher la thérapeutique. F. B.

V. **Troubles psychiques dans un cas de tumeur du lobe frontal**; par les Drr Cestan et Lejonne.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, chez qui l'existence de névrite optique, de céphalée, de vomissements, permit, avec l'évolution de la maladie, de diagnostiquer une tumeur cérébrale. Les attaques d'épilepsie jacksonnienne permettaient de dire qu'elle siégeait non loin de la scissure de Rolando, du côté gauche. Le peu d'intensité de l'hémiplégie, l'absence d'aphasie incitaient à penser que la zone rolandique était irritée, mais non détruite.

La localisation précise d'une tumeur au niveau du lobe frontal était difficile, en raison des conclusions peu positives qui se dégagent de l'examen des cas publiés.

Le tableau clinique des troubles intellectuels chez la malade avait présenté deux stades bien différents. Au début, il y avait une compression cérébrale générale, caractérisée par la céphalée, les vomissements, la névrite optique; avec elle coïncidaient des phénomènes de torpeur générale. Plus tard, tous les phénomènes somatiques de compression cérébrale générale disparurent pour faire place à une période psychique caractérisée par des troubles de la

mémoire, la perte de tout sentiment affectif et un état d'euphorie remarquable.

A l'autopsie, on trouva, au niveau du lobe frontal gauche, une tumeur du volume d'une grosse orange, variété de sarcome des méninges, ayant refoulé puis détruit les circonvolutions cérébrales avoisinantes. (*Revue neurologique*, septembre 1901.) E. B.

VI. **L'instinct sexuel**; par Feré (*Revue de Médecine* 1899).

L'instinct peut être défini une activité, un potentiel héréditaire, qui est mis en jeu par les excitants extérieurs et peut se manifester au moment de la naissance ou beaucoup plus tard. Les différents instincts s'établissent dans la série animale suivant un ordre qui constitue une hiérarchie persistante. Les instincts qui ont pour but la préservation de l'individu apparaissent d'abord, puis ceux qui ont rapport à la préservation de l'espèce et à celle des groupes sociaux. L'instinct sexuel qui a pour but la préservation de l'espèce se développe plus tard que les instincts individualistes. Chez l'homme, il devient un instinct complexe ; d'abord ayant simplement pour but l'acte de la conjugaison, il se complique d'instincts relatifs à l'attraction sexuelle puis à l'union permanente et à la protection des êtres procréés.

L'instinct sexuel apparaît en général et en corrélation étroite avec le développement des organes sexuels. Cette corrélation peut quelquefois faire défaut ; elle constitue alors un déséquilibre de l'instinct. L'instinct sexuel est en outre mis en jeu par des excitants extrinsèques, impressions tactiles, olfactives, etc., émotions, excitants intellectuels. La valeur de ces excitants varie suivant chaque individu ; mais il y a perversion et déséquilibre de l'instinct lorsque l'un d'eux est prépondérant ou est nécessaire pour éveiller l'instinct. Toutefois chez les races civilisées, l'élément intellectuel tend à diriger l'instinct sexuel et à présider à la sélection. Impulsif et sensuel chez le sauvage, l'amour tend à devenir parental chez le civilisé.

Cette évolution de l'amour peut réaliser un élément de sélection tendant à l'élimination des types chez lesquels cet amour parental est le moins développé (mortalité plus grande chez les enfants élevés en nourrice, chez les enfants naturels, etc.). M. H.

VII. **Contribution à l'étude des perversions sexuelles** ; par le Dr Serge Soukhanof. (*Annales médico-psychologiques*, février 1901.

L'auteur rapporte l'histoire d'un homme de vingt-sept ans chez qui, après des essais de coït non suivis de succès, l'impulsion normale pour le sexe féminin se transforma en une impulsion anormale de forme rare.

Il remarqua un jour que cela lui faisait plaisir de regarder une femme uriner ou aller à la selle. Peu à peu il constata qu'il

lui venait l'envie de prendre l'urine d'une femme pendant qu'elle urinait et de boire cette urine. Il parvint à trouver accidentellement des lieux d'aisance où, sans être remarqué par la femme qui urinait, il pouvait prendre de son urine et la boire; ce manège provoquait chez lui non seulement l'excitation sexuelle, mais encore une éjaculation. Il répétait cette manœuvre presque tous les jours et en arriva à prendre dans sa main et à avaler non seulement de l'urine mais encore des matières fécales.

Mais un jour, après avoir pris dans la bouche de l'urine et des excréments, le malade sentit une irritation à la bouche et une démangeaison à la lèvre. Il eut peur d'avoir attrapé la syphilis, courut de médecin en médecin en suppliant qu'on le lui dise franchement et finit par avouer ses tristes habitudes.

L'examen de la sphère psychique du malade et de ses antécédents démontrent d'une manière très claire que l'anomalie sexuelle en question n'est qu'un des nombreux symptômes de dégénérescence psychique qu'on peut constater chez lui [1]. E. B.

VIII. **La Volupté, la cruauté et la religion**; par le Dr P. Gannouchkine (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1901).

Il a été beaucoup dit à propos de la connexion du sentiment religieux et sexuel, encore plus, peut-être de la connexion de la cruauté et de la volupté; mais comparativement peu, à propos de la connexion du sentiment religieux et de la cruauté, et encore moins à propos de la connexion de ces trois sentiments réunis.

Des recherches effectuées par l'auteur, il résulte que la religion, la cruauté et la volupté sont très proches parentes; un de ces sentiments s'élève à côté de l'autre, ou est remplacé par l'autre.

De ces trois sentiments, le plus fort est le sentiment sexuel; le sentiment religieux et la cruauté, en certains cas, doivent être regardés comme des succédanés du tout puissant instinct sexuel. Les juges, les instituteurs et les moralistes ne doivent jamais oublier cette parenté.

Enfin, la réunion de ces divers sentiments dans un groupe peut avoir de l'importance pour la classification naturelle physiologique des sentiments, classification qui est possible dans l'avenir. E. B.

IX. **De la valeur sociale des dégénérés**, par les Drs Rémond et Lagriffe. (*Annales médico-psychologiques*, janvier-juin 1901.

Les nombreuses et intéressantes observations de dégénérés recueillies par les auteurs, peuvent se diviser en trois groupes: dans le premier, la déchéance est complète; dans le second, la criminalité simplement morale ou à la fois morale et sociale est évidente, la relégation future certaine; dans le troisième enfin,

[1] Voir un cas s'en rapprochant, 1902, t. XIV, p. 462.

l'individu tend à s'expatrier, cherchant ainsi le milieu nouveau dans lequel il rencontrera moins d'occasions de conflit avec des lois sociales moins précises.

La suggestibilité intensive et pathologique des malades des deux derniers groupes devient l'adjuvant le plus précieux dans le traitement. Pour instituer une thérapeutique rationnelle, il est un certain nombre de facteurs dont il faut tenir le plus grand compte : 1° les dégénérés sont des héréditaires ; par conséquent, il faut les arracher à leur milieu ; 2° il faut les placer dans un milieu spécial, les réunir et non pas les noyer dans un milieu normal qui les découragerait et dans lequel les conditions spéculatives que l'on sait empêcheraient que l'on s'occupât d'eux ; 3° il faut utiliser le seul moyen existant pour fixer leur attention, par conséquent, il faut éliminer toute tentative pour une instruction abstraite et se localiser uniquement dans le domaine concret.

Mais on ne peut prétendre que ce soit là un traitement curatif; ces malades sont des victimes de la société et de sa prétendue civilisation ; là est le mal, là aussi seulement est le remède.

Ce qui fait que nous dégénérons, c'est que de parti pris, pour ainsi dire, puisque nous en sommes instruits, notre vie est un défi constamment jeté à l'hygiène naturelle ; puisque malgré tous les cris d'alarme poussés, pour ne parler que des plus grands dangers, la syphilis et l'alcool, dont quelques-uns vivent et dont tous meurent, évoluent librement devant une société complice.

E. Blin.

X. **Un cas de folie brightique** ; par le Dr Viallon. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1901).

Les troubles mentaux consécutifs aux états infectieux avec albuminurie sont fréquents. Ils se traduisent d'ordinaire par de la confusion mentale, avec ou sans agitation, et le plus souvent, avec des illusions et des hallucinations sensorielles, quelquefois des idées de persécution liées à des troubles de la sensibilité. Une hygiène sévère, la diète lactée, les purgatifs, les font en général disparaître en peu de temps. Dans les cas d'albuminurie chronique, de mal de Bright, les résultats que l'on peut obtenir par le régime lacté sont évidemment moins certains ; on observe des guérisons temporaires ou plutôt des rémissions d'assez longue durée relevant directement de la médication ; en tout cas, les bénéfices du traitement n'en sont pas moins importants.

L'observation publiée par l'auteur en est un exemple intéressant. Il s'agit d'une femme soignée dans le service de M. le professeur Pierret et qui, du fait de la diète lactée, a eu trois rémissions très nettes dans son état mental ; elle a pu sortir de l'asile une fois pendant plus d'un mois, et les deux autres fois elle a été plus ou

moins longtemps sans présenter de troubles mentaux. Fait surtout digne d'être noté : la cessation des troubles mentaux a toujours coïncidé avec la disparition de l'albumine dans les urines. Du reste, la plupart des conceptions délirantes de la malade se rattachaient d'une façon étroite aux troubles albuminuriques.

E. B.

XI. **Deux cas de manie guéris à la suite d'une infection grave**; par M. Ayémar. (*Annales médico-psychologiques*, août 1901.

Il s'agit de deux cas de manie, guéris l'un à la suite d'une pneumonie grave, l'autre consécutivement à un phlegmon diffus de l'avant-bras.

Si la disparition du délire et de l'agitation par l'installation d'un état fébrile est d'observation très ancienne. le fait de l'intervention d'une affection grave dans la guérison d'une vésanie est plus digne d'intérêt et tout d'actualité, étant donné les théories qui tendent à prédominer à l'heure actuelle dans la pathogénie des affections mentales.

L'effet incontestable d'une infection très virulente sur l'état mental pourrait servir d'amorce à des recherches thérapeutiques basées sur l'inoculation de cultures microbiennes dont on sait aujourd'hui faire varier la virulence, et dont l'action pourrait être dosée après des études expérimentales conduites avec toute la prudence que réclame un pareil sujet.

Une première tentative faite dans cet ordre d'idées par le Dr Catala a porté des fruits assez appréciables pour engager à tenter de nouvelles expériences. E. B.

XII. **La folie des foules. Nouvelle contribution à l'étude des folies épidémiques au Brésil**; par le Dr Nina Rodrigues. (*Annales médico psychologiques*, janvier-octobre 1901).

Dans une première étude sur une épidémie de folie religieuse au Brésil, l'auteur s'était attaché à démontrer la nature morbide du cas.

Il reprend l'étude de ce sujet dans un travail des plus intéressants et des plus documentés, duquel il résulte que la formule de Sighele relative à la responsabilité juridique des foules est tout au moins insuffisante.

Si, dans une foule arrivée à l'apogée de l'exaltation, c'est-à-dire au moment précis où son activité destructive et criminelle a atteint son maximum d'intensité, le simple état suggestif se transforme en un vrai délire plus ou moins transitoire, il est clair que les principes sur lesquels repose la responsabilité juridique de ses membres seront les mêmes que ceux qui sont applicables à l'aliénation mentale et non à l'hypnotisme.

De ce fait, la responsabilité juridique des foules s'évanouit complètement dans le cas ou le vrai délire collectif est indiscutable et. dans les états de foules moins intenses, la peine doit être atténuée parce que les instigateurs et les chefs sont toujours suspects d'un fort déséquilibre mental.

Toutefois, l'analyse psychologique de la foule s'imposera à chaque cas, car elle seule permet de vérifier si les chefs ou meneurs sont des criminels reconnus et dangereux, auquel cas, qu'ils soient ou non en état de foule, une répression énergique sera toujours méritée. E. Blin.

XIII. **Les abus sexuels : ce qu'il faut entendre par ces mots**; par Mlle Jennie G. Duncan. (*The New York Medical Journal*, 13 juillet 1901.)

L'abus sexuel ne consiste pas seulement dans la violation grossière de la loi de continence, mais dans toute union dans laquelle on recherche le plaisir au lieu de rechercher uniquement la propagation de l'espèce. Sous le couvert du mariage on s'accorde à soi-même beaucoup trop de privilèges : d'ailleurs si le monde était pur, la cérémonie du mariage serait parfaitement inutile ; mais comme il ne l'est pas, cette cérémonie est encore nécessaire.

Il paraît que lorsque ces vérités seront plus connues, et surtout mieux pratiquées, le monde sera plus heureux, et surtout meilleur, car il faut rendre justice à Madame (ou Mademoiselle) Duncan elle ne se plaint pas de l'humanité au point de vue de la quantité, mais de la qualité. R. de Mulgrave-Clay.

XIV. **Recherches urologiques et hématologiques dans la démence précoce** ; par les Drs Dide et Chénais.

De recherches faites sur 18 cas de démence précoce, les auteurs concluent que dans cette affection : 1° parmi les globules blancs, les éosinophiles sont plus nombreux que normalement; 2° la quantité d'urine émise en vingt quatre heures est légèrement au-dessous de la normale; 3° l'urée est nettement diminuée; 4° les phosphates sont à peu près normaux comme quantité; 5° les chlorures sont augmentés ; 6° l'albuminurie, même intermittente est exceptionnelle (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1902).

E. B.

XV. **Les hallucinations unilatérales** ; par le Dr Séglas.

Une hallucination est dite unilatérale lorsqu'elle est localisée par le sujet dans une seule des moitiés symétriques d'un même appareil sensoriel, fonctionnant d'ordinaire simultanément.

L'étude des hallucinations unilatérales se limite à celles de la vue et de l'ouïe, l'ouïe étant plus fréquemment atteinte. Ces deux

sens peuvent être affectés isolément ou simultanément chez le même sujet et dans ce cas l'ouïe et la vue sont intéressés du même côté.

On retrouve dans les hallucinations unilatérales les mêmes catégories que pour les hallucinations bilatérales à savoir des hallucinations élémentaires et différenciées, communes ou verbales.

Pourquoi certaines hallucinations se présentent-elles sous l'aspect unilatéral? Ni les preuves cliniques ni les preuves anatomiquées invoquées ne sont démonstratives.

Est-ce à dire qu'on doive, au nom de l'anatomie, rayer ce symptôme de la séméiologie psychiatrique? On n'est pas plus fondé à s'appuyer sur des données anatomiques trop étroites pour expliquer l'hallucination unilatérale que pour nier d'emblée son existence possible.

D'ailleurs il existe nombre de faits très comparables, parfaitement admis en physiologie ou en pathologie, bien que l'on n'ait pu jusqu'à ce jour en fournir une explication définitive: ne reconnaît-on pas une place dans la séméiologie nerveuse à l'amblyopie unilatérale fonctionnelle, fût-elle en contradiction avec les données étroites de l'anatomie?

Pourquoi l'hallucination visuelle unilatérale, tout aussi bien que l'amaurose, ne résulterait-elle pas d'un désordre psychique d'ordre supérieur, d'un trouble de la conscience dans le domaine de la vision binoculaire, puisque, dans toutes les deux, nous voyons cette fonction se rétablir lorsqu'elle vient à être sollicitée, et les perceptions extérieures, comme l'hallucination, se manifester dans certaines expériences sous leur forme habituelle.

Il est à remarquer que, la plupart du temps, les hallucinations unilatérales rentrent dans la catégorie des hallucinations dites à point de repère, et les résultats fournis par les observations cliniques concordent parfaitement avec ceux des expériences de M. Binet sur les hallucinations à point de repère des hystériques.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les hallucinations unilatérales s'accompagnent très fréquemment de troubles divers de l'appareil sensoriel périphérique du même côté qui peuvent intervenir pour provoquer, entretenir et localiser le processus hallucinatoire, lui servir à l'occasion de point de repère intellectuel.

Les hallucinations unilatérales auditives sont le plus souvent verbales : elles supposent, de même que la perception auditive verbale, non seulement l'excitation du centre auditif commun, mais celle du centre auditif verbal. Or la fonction du langage est unilatérale et se trouve dévolue à l'hémisphère gauche.

Comment concilier l'unilatéralité d'une hallucination verbale avec son origine dans un centre indifférent à la provenance des sons? Que les hallucinations verbales soient unilatérales ou bilatérales, les centres corticaux en jeu sont les mêmes et la localisation

tantôt à droite, tantôt à gauche, ne dépend que du siège de la lésion périphérique déterminant le point de repère de l'hallucination. L'hallucination auditive verbale se trouve ainsi superposée au bruit subjectif, et c'est le caractère unilatéral de ce bruit subjectif qui fait l'unilatéralité de l'hallucination.

Que l'hallucination unilatérale soit auditive ou visuelle, on retrouve le rôle prépondérant d'un point de repère de nature variable. Alors même que ce point de repère serait constitué par des sensations subjectives, il ne joue pas le rôle d'un simple stimulus anatomique venant exciter le centre sensoriel correspondant. Il donne une direction psychologique, comme dans les cas où il se trouve déterminé par des associations d'idées, des habitudes plus ou moins conscientes. Son action s'exerce surtout sur l'attention qu'il fixe et dérive à son profit, en engendrant ainsi cet état de distraction qui porte atteinte à l'intégrité de la conscience et détermine ces troubles de la synthèse psychique d'où résulte l'abstraction, ou la négligence de l'une des images sensorielles et la localisation de l'hallucination du côté du point de repère unilatéral.

Donc si l'intervention des centres sensoriels corticaux est toujours nécessaire à la production d'une hallucination, elle ne constitue pas la seule condition, nécessaire et suffisante, ni de son existence, ni de sa localisation.

Lorsqu'il s'agit en particulier des hallucinations unilatérales, il importe de tenir compte d'autres facteurs, tels que l'état de l'organe sensoriel périphérique, l'existence de sensations subjectives, l'état mental du sujet, et des divers facteurs psychiques qui peuvent fournir un point de départ au processus hallucinatoire, non pas lui assigner un trajet purement anatomique, mais lui déterminer une direction psychologique, et influer plus ou moins directement sur la localisation unilatérale de l'hallucination en lui donnant un point de repère (*Annales médico-psychologiques*, mai-décembre 1902). E. Blin.

XVI. **Paralysie générale à marche rapide avec crises d'angoisse**; par le Dr Londe.

Il s'agit d'un tabétique méconnu, soigné comme neurasthénique et dyspeptique depuis des années, chez qui une crise d'anxiété avec angoisse précordiale et tachycardie à 140 marqua le début d'une paralysie générale à marche rapide dont la durée n'excéda pas trois mois. L'angoisse persista pendant tout le cours de la maladie. Il faut noter l'association à l'angoisse de la tachycardie sans fièvre, trouble bulbaire, et la mort rapide avec dyspnée, autre trouble bulbaire sans doute, ainsi que la syncope. Ce fait vient à l'appui de l'opinion qui fait de l'angoisse la manifestation d'un trouble bulbaire (*Revue neurologique*, juillet 1902).

E. B.

XVII. **Vitiligo chez une folle** ; par le Dr Roudnew.

La question des rapports du vitiligo avec les maladies nerveuses est d'un certain intérêt; l'achromie cutanée peut affecter aussi des rapports avec les maladies mentales. Il en fut ainsi dans l'observation rapportée par l'auteur.

Dans ce cas, les taches blanches de différentes grandeurs étaient tout à fait symétriques d'un côté et de l'autre du corps ; la sensibilité à leur niveau était tout à fait différente de la sensibilité de la peau aux endroits non dépigmentés. L'absence complète de pilosité sur le corps de la malade, la chute de tous les cheveux dans l'espace d'une semaine, la chute des dents de la mâchoire supérieure, la repousse ultérieure des cheveux et de trois dents, l'absence des symptômes tabétiques, le vitiligo et enfin la maladie psychique qui a terminé le cycle, tels furent les éléments de cette dystrophie complexe (*Revue neurologique*, juillet 1902). E. B.

XVIII. **Des myopsychies (association des troubles musculaires et des troubles psychiques)** ; par le professeur Joffroy.

La chorée de Sydenham, la chorée de Huntington, la maladie des tics, la maladie de Parkinson, la maladie de Thomsen, le tabes, la maladie de Friedreich, la syringomyélie et toutes les amyotrophies dites primitives, ainsi que les troubles mentaux qui les accompagnent fréquemment, ne sont que des manifestations diverses de la dégénérescence et forment un groupe naturel que M. Joffroy désignerait volontiers sous le nom de groupe des maladies musculo-psychiques d'origine conceptionnelle ou héréditaire ou, pour tout dire en un mot, sous le nom de myopsychies. (*Revue neurologique*, avril 1902). E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 26 janvier 1903. — Présidence de MM. Motet et Ballet

M. Motet, président sortant, remercie éloquemment ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant, pour la seconde fois, à diriger leurs travaux. Cette circonstance lui a permis de présider les fêtes du centenaire de la fondation de la Société médico-

psychologique et de rendre hommage à ses éminents fondateurs. Après avoir passé en revue les principales discussions qui ont eu lieu au cours de l'année, il adresse un nouvel adieu ému à MM. Falret et Dagonet, les derniers survivants d'une pléiade d'honneur qui ont rendu les plus grands services à la médecine mentale. M. Motet souhaite ensuite la bienvenue à M. Ballet et l'invite à le remplacer au fauteuil de la présidence.

M. Ballet remercie à son tour la société qui l'a appelé à succéder à un maître pour lequel il professe, depuis des années, la plus respectueuse sympathie. Il n'oubliera jamais l'accueil charmant que lui a fait M. Motet, le jour où il est allé lui demander d'utiles conseils dont il apprécie chaque jour davantage la valeur. « Je suis heureux, ajoute M. Ballet, de l'occasion qui m'est offerte de dire enfin tout haut ce que je pense tout bas depuis si longtemps. »

Il expose ensuite que la société est à un tournant dangereux de son histoire, déjà vieille de cinquante ans et qu'elle doit, sous peine de mentir à ses origines et se laisser devancer par de plus jeunes sociétés, s'appliquer à faire connaître le plus rapidement possible, au public médical, les travaux qui lui sont présentés; elle attirera ainsi les communications qu'elle doit être la première à recevoir.

Le Président annonce ensuite la mort de M. Febvré ; ce collègue doit être considéré comme le prototype du médecin d'asile auquel rien de ce qui peut intéresser ses malades ne doit demeurer étranger. Pitoyable à toutes les misères humaines, il dirigeait un service important à l'asile de Ville-Evrard, pour lequel sa mort constitue une perte difficilement réparable.

Commission des prix. — *Prix Moreau (de Tours)*. — MM. Antheaume, Dupré, Garnier, Joffroy et Moreau (de Tours) sont nommés membres de la Commission chargée de décerner le prix Moreau (de Tours).

Prix Belhomme. — MM. Bourneville, Magnan, Nageotte, Séglas et Sollier sont désignés pour faire partie de la Commission du prix Belhomme.

Prix Sémelaigne. — MM. Arnaud, Klippel, Pactet, Sémelaigne et Vallon désigneront le lauréat du prix Sémelaigne.

Commission des candidatures. — MM. Arnaud, Dupré, Legros, Pottier et Sollier sont élus membres de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place laissée vacante par la mort de M. J. Falret.

Recherches sur la topographie du sens cutané.

M. Philippe communique en son nom et au nom de M. Marillier, le résultat des recherches qu'il a entreprises avec un compas

analogue à celui de Weber pour 1° vérifier si, comme le prétend W. James, la forme et la dissemblance des contacts n'a aucune influence sur la perception de ces contacts ; 2° reviser les anciennes tables de Weber où les mesures sont prises sporadiquement, et non en suite continue, ce qui ne donne que des indications incomplètes sur la topographie sensorielle de chaque région.

Pour éviter ce dernier inconvénient, les mesures ont été prises selon des lignes déterminées par des repères anatomiques faciles à retrouver :

I. Lignes latérales : 1° *antérieures* (à droite et à gauche) depuis l'omoplate jusqu'au pli de l'aine, en passant par le mamelon, le milieu de la rotule et le cou de pied ; 2° *postérieures* du milieu de l'omoplate à l'extrémité du gros orteil en passant par le milieu du creux poplité.

II. Lignes médianes : 1° *antérieure* : du bord supérieur du sternum à la cime du pubis, en passant par l'appendice xyphoïde et l'ombilic ; 2° *postérieure* : de la nuque (à la naissance des cheveux) au sacrum.

III. Lignes brachiales : 1° *antérieure* : de l'acromion à l'extrémité du médius, en passant par le milieu du pli du coude ; 2° *postérieure* : de l'acromion à la racine de l'ongle du médius, en passant par l'olécrane.

Les explorations ont porté sur 4 sujets : elles ont été faites dans le sens longitudinal, par la méthode des tâtonnements, et selon la technique exposée pour éliminer les causes d'erreur. Le compas était armé alternativement de deux boules d'ivoire de 1 millimètre de diamètre, et d'une boule et d'un cylindre d'ivoire de 1 millimètre également : il a été pris près de 4000 mesures.

Les conclusions sont les suivantes :

1° Il est plus facile de sentir deux contacts dissemblables que deux contacts semblables. Chez tous les sujets étudiés, et chez les quelques personnes examinées en dehors de la série, l'écart nécessaire pour sentir deux contacts était toujours moindre, quand on employait une boule et un cylindre que quand on employait deux boules identiques. C'est à peine s'il y a eu 4 ou 5 exceptions accidentelles sur le total des mesures.

2° La sensibilité cutanée a été trouvée généralement plus affinée que ne l'indiquent les tables de Weber (sauf pour le visage).

3° La distribution de cette sensibilité ne varie pas seulement d'une région à l'autre : elle varie aussi dans la même région, d'un point à son voisin (ce que n'indiquent pas les tables de Weber, dont les explorations sont incomplètes) et il n'est pas rare de rencontrer, près d'une zone très sensible, une autre zone très peu sensible. Il ne semble pas que cette variation dépende de distributions des nerfs cutanés.

4° La sensibilité même de chaque région est sujette à des variations assez considérables : non pas durant la même séance, mais d'un mois à l'autre nous avons constaté des écarts et des changements importants. Ce qui reste toujours constant, c'est l'abaissement du seuil quand les contacts sont dissemblables.

Cette alternance des contacts semblables et dissemblables est donc la méthode de choix pour explorer la sensibilité cutanée et vérifier l'attention des réponses, toutes les fois qu'on veut faire un examen rapide et précis.

Le Président. — Les recherches effectuées sur la sensibilité sont toujours intéressantes, parce qu'elles sont souvent contradictoires et que leurs résultats varient chez un même individu avec les heures de la journée, le temps, la température, etc...

M. Christian demande si les expériences de M. Philippe ont été faites à une température uniforme.

M. Philippe. — Nos expériences ont été faites à une température variant entre 16 et 20 degrés centigrades. Comme le froid a pour effet de diminuer considérablement la sensibilité de la peau, nous avons opéré sur des modèles d'atelier, habitués à poser le nu et dont la peau est par conséquent moins sensible aux changements de la température ambiante.

Un rêve à répétitions.

M. Pron rapporte l'histoire d'un médecin qui, à plusieurs époques de son existence, a fait un rêve, toujours le même et relatif à sa vie de collège. Il s'imaginait être candidat au baccalauréat et avoir à répondre à un juge qui l'interrogeait sur l'histoire. M. B.

Séance du 23 février 1903. — Présidence de M. Brunet.

Présentation de dessins d'aliénés.

M. Laroussinie montre des dessins exécutés par un aliéné et tellement en rapport avec son délire que, d'après le présentateur, ils portent avec eux une indication suffisamment précise pour permettre de reconnaître la forme de la maladie dont cet individu était atteint.

M. Arnaud fait passer à cette occasion, sous les yeux de ses collègues, une série de dessins émanant d'une aliénée dont le délire, systématisé se reflète aussi dans des détails qui caractérisent son délire.

Les idées érotiques dans l'épilepsie.

M. Marie communique deux cas d'épilepsie associée à des rêves érotiques suivis d'impulsions violentes et d'obsessions homicides.

Les deux malades sont des dégénérés héréditaires ; tous deux ont eu de l'épilepsie à la suite d'une fièvre typhoïde. Des impulsions violentes ont compliqué les crises après l'échéance de la puberté. Ils sont sujets à des rêves érotiques coïncidant avec les séries de crises ; la série aboutit à une ou plusieurs impulsions terminales à frapper ou tuer. Dans un cas, il s'agit d'une véritable obsession consciente, que le malade annonce en réclamant l'isolement pour s'en défendre. Le malade fut arrêté courant un couteau en main après des femmes inconnues, dans la rue.

De nombreux auteurs ont signalé des phénomènes de même ordre, tels sont certains cas signalés en médecine légale d'impulsions post-comitiales au viol ou simplement à l'exhibition, avec ou sans onanisme. Inversement on peut rapprocher ces cas de coïts éveillant la crise comitiale, tels que ceux relatés par Féré. Les deux phénomènes se trouvant associés plus ou moins indissolublement, l'entrée en action du centre génito-spinal réalise un syndrome épileptogène, l'attaque d'épilepsie entraînant d'autre part l'éréthisme sexuel et l'orgasme vénérien. Dans d'autres cas qui sont la règle, c'est le centre vésico-spinal qui s'associe au phénomène convulsif.

Car il n'y a point, dans l'émission de l'urine concomitante de la crise, un simple phénomène d'expulsion, dû au contact désordonné des parois abdominales et vésicales, mais un relâchement sphinctérien par action nerveuse centrale du centre correspondant. Un phénomène analogue se produisant dans le centre voisin de Budge, amènerait l'expulsion du sperme avec ou sans rêve érotique associé.

L'étude de ces cas pourrait peut-être un jour éclairer les problèmes médico-légaux qui se posent à l'occasion de certains crimes sadiques, périodiques et stéréotypés.

Du rôle de l'image motrice dans la vie sexuelle.

M. Cl. Vurpas. A la suite de recherches entreprises avec M. Vaschide soit sur des sujets sains, soit sur des aliénés, au sujet du rôle de l'image motrice dans la vie sexuelle, nous avons été amenés à quelques observations qui peuvent ainsi se résumer.

I. Il y a un rapport étroit entre la tendance à l'impulsion et le désir génital. Les impulsifs d'une manière générale manifestent dans leurs paroles, leurs propos, leurs gestes, leur mimique, leur attitude générale, un penchant marqué à l'érotisme.

II. La musique exerce une influence manifeste aussi bien sur l'état moteur général, dont elle est un tonique, que sur la vie sexuelle. Dans certains cas pathologiques, l'acte génital ne peut avoir lieu que sous l'excitation de la musique.

III. L'abattement et l'état de lassitude musculaire, qui suit l'acte génital, semble indiquer l'épuisement temporaire de l'activité motrice dans sa condition psychologique, l'image motrice.

IV. L'élévation brusque de la pression sanguine, sous l'influence d'une excitation sexuelle, tend à montrer le rôle de l'image motrice et de l'élément moteur dans la genèse, le développement et l'évolution de l'excitation génitale.

V. L'érotomanie, qui consiste dans une contemplation amoureuse pure, toute idéale, et dans laquelle le sujet est tout sensibilité, consiste précisément dans un trouble moteur, dans une insuffisance ou impuissance de l'image motrice. De ces différentes constatations, MM. Vaschide et Vurpas se croient autorisés à admettre :

a. L'acte génital consiste dans une tension de plus en plus accentuée de l'état moteur. Dans sa production et ses différentes phases l'image motrice joue le rôle primordial.

b. Dans l'acte sexuel, le système moteur tout entier est intéressé et intervient. L'équilibre moteur total arrive à un état d'excitation et de potentiel tel qu'il ne peut se maintenir à un taux aussi élevé et qu'à la suite on relève des phénomènes de fatigue et d'épuisement moteur.

c. L'excitation motrice se traduit également par des phénomènes circulatoires, vaso-moteurs, respiratoires, qui sont consécutifs aux phénomènes moteurs, en sont la conséquence et les traduisent au dehors.

d. Les érotiques sont des moteurs, et d'une façon générale presque tous les moteurs sont des érotiques.

e. Dans toute sa marche et toutes ses allures capricieuses, la vie sexuelle consiste dans l'évolution et la tendance au déclanchement de l'image motrice et de l'état moteur. Tous les préparatifs, tous les accessoires qui concourent à exciter les désirs génésiques sont surtout des excitateurs de l'image motrice. Tous les sens peuvent selon chaque individualité présenter une action excitatrice de l'état moteur, plus ou moins développée et accentuée selon les différents cas.

En terminant les auteurs insistent sur une distinction qui précise le sens et la portée de leurs observations. Entre l'image motrice proprement dite et l'image motrice devenue sexuelle, il y a une différence aussi bien dans la modalité que dans l'ensemble des phénomènes psychologiques ou plutôt des éléments mentaux, qui constituent la nature intime de l'image motrice.

L'image motrice proprement dite possède en elle-même tous les éléments de l'image motrice sexuelle, sauf l'émotion; l'image motrice ordinaire se résoud et s'achève dans ses éléments constitutifs, tandis que l'image motrice sexuelle se développe et se cons-

titue au contraire, à mesure que croissent d'intensité tous les éléments qui la composent. De nombreuses associations d'images entraînant secondairement à leur suite de nouveaux groupes, véritables satellites mobiles, se développent et évoluent, augmentant toujours d'intensité et de vitesse jusqu'à ce que le maximum d'excitation mentale soit atteint. Cette multitude de fragments d'images, d'éléments d'idées alimentés et nourris par une émotion toujours plus intense, donne à l'image mentale sexuelle une physionomie bien définie et bien particulière, qui porte à la faire considérer comme l'image motrice la plus intense et la plus émotive, c'est-à-dire la plus capable d'évoquer une émotion généralisée et réellement extériorisée.

Il semble que l'image motrice sexuelle mette en action de nombreux centres nerveux, dont chacun apporterait ses éléments à cette image particulièrement riche et ayant atteint le plus haut degré de cristallisation.

M. Laroussinie croit que l'influence de la musique sur les centres de la vie sexuelle varie dans les différents genres de musique.

M. Dupré ne pense pas que l'influence bien connue de la musique sur la sexualité puisse servir d'argument pour expliquer la nature motrice de cette influence, la musique étant une excitation d'ordre sensorio-psychique et pouvant s'exercer sur le processus génésique, sans l'intermédiaire de l'élément moteur.

M. Vurpas cite l'exemple d'une femme normalement réglée, dont les règles durèrent pendant les quinze jours qu'elle passa à Beyruth, où elle s'était rendue pour entendre du Wagner. Elles s'arrêtèrent sitôt qu'elle reprit le chemin du retour.

Elections. — M. Vigouroux est élu membre titulaire.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 mars 1903. — Présidence de M. Paul Richer.

Troubles fonctionnels de la moitié droite de la moelle consécutifs à un traumatisme de la main.

M. Monnier-Villard présente une malade chez laquelle un traumatisme de la main nécessita l'amputation d'un doigt. Cet accident eut un retentissement sur la moitié correspondante de la substance grise de la moelle dont les fonctions sont altérées, notamment au point de vue sensitif.

M. Marie a vu de nombreux cas de névrite ascendante ayant

causé des troubles médullaires à la suite de lésions des doigts, ces troubles ont été parfois jusqu'à la syringomyélie.

M. BALLET. L'existence de la névrite ascendante n'est qu'une explication, en tout cas elle n'est pas prouvée pour le cas présenté actuellement.

M. DÉJERINE insiste sur la fréquence des traumatismes insignifiants des doigts suivis d'atrophies et de douleurs le long des trajets nerveux. L'infection est bien la cause de ces complications.

Recherches expérimentales sur la mémoire immédiate des aphasiques.

MM. P. MARIE et N. VASCHIDE. Il résulte des recherches de ces auteurs que la mémoire immédiate des chiffres, des syllabes, des sons et des mots est sérieusement atteinte. Leurs sujets aphasiques n'avaient presque pas de mémoire immédiate et elle était limitée à la répétition spontanée du mot, de la syllabe et du chiffre prononcé. En moyenne. ils ne pouvaient plus retenir que trois, ou, maximum atteint très rarement d'ailleurs, quatre chiffres, quatre syllabes, etc. Parmi les mots dont l'évocation était plus facile et plus rapide, les verbes occupaient la première place. Les adverbes, les interjections et les pronoms indéfinis et tous les éléments linguistiques empreints psychologiquement des éléments émotifs et intellectuellement indéfinis paraissent pouvoir se fixer plus facilement dans la mémoire des aphasiques. Chez un sujet atteint d'aphasie traumatique la mémoire immédiate était excellente par rapport aux autres aphasiques, tout en étant réellement diminuée.

Paralysie flasque avec dissociation des réflexes.

M. DÉJERINE présente une jeune femme syphilitique atteinte de paraplégie flasque avec relâchement des sphincters, irtégrité de toutes les sensibilités, réactions normales à la galvanisation et à la faradisation, chez laquelle les réflexes tendineux sont abolis, les réflexes cutanés conservés et le signe de Babinski très net. Le traitement spécifique n'a donné aucun résultat.

Etude clinique de la forme tabétique des scléroses combinées.

MM. P. MARIE et CROUZON ont cherché quels étaient les signes permettant de faire le diagnostic de cette forme des scléroses combinées qui est le plus souvent une trouvaille d'autopsie, alors que la forme spasmodique de cette même affection correspond à une description précise et peut être souvent diagnostiquée.

La *démarche* d'un de leurs malades était caractéristique : il ne présentait pas d'incoordination, mais avançait ses jambes lentement en les trainant derrière lui comme s'il avait eu à tirer un poids lourd. Les auteurs ont retrouvé cette *démarche avec traine-*

ment de jambes, chez un malade atteint d'hérédoataxie cérébelleuse. L'autopsie du premier malade a montré des lésions des cordons postérieurs combinées à des lésions du faisceau cérébelleux direct.

Les auteurs attribuent aussi une grande importance diagnostique à la *paraplégie* compliquant le tabes. Ce signe mentionné pour la première fois par Leyden et Bouchard en 1863 et en 1865 semble avoir été perdu de vue. Les auteurs ont pu vérifier son exactitude dans plusieurs autopsies.

Le *phénomène des orteils* de Babinski *chez les tabétiques* a pu leur permettre de faire dans plusieurs cas le diagnostic de sclérose combinée. Ils ont pu, par une autopsie, vérifier dans un cas, la valeur de ce signe. Ils signalent la fréquence de la cécité dans la sclérose combinée. Enfin ils ont pu relever chez un de leurs malades un début subaigu qui présentait les signes d'une infection cérébro-spinale. MM. Marie et Crouzon ont pu, par l'ensemble symptomatique qu'ils décrivent, dépister quatre fois la sclérose combinée chez 55 tabétiques de l'hospice de Bicêtre, soit dans une proportion de 1/13. Cette affection est donc plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

Trépidation épileptoïde.

MM. Léopold Lévi et Bauer. L'embarras peut être grand quand on trouve en dehors d'une affection nerveuse caractérisée le symptôme trépidation épileptoïde unilatéral avec tous ses caractères typiques et constants, surtout s'il existe chez un malade nerveux, dégénéré. On sait, en effet, que ce symptôme peut exister dans la neurasthénie et l'hystérie.

L'analyse un peu serrée d'un cas de ce genre concernant un malade de quarante ans entré à l'hôpital pour entérite chronique, permet cependant par suite de coexistence de flexion combinée de la cuisse et du tronc et peut-être du signe de Babinski de conclure à une affection organique, probablement plaque de sclérose rhumatismale.

Malformations congénitales des membres inférieurs.

M. Gombault présente un enfant sourd et muet dont le membre inférieur droit extrêmement diminué dans toutes ses dimensions possède un fémur, un tibia et un péroné de dimensions trop exiguës, le pied n'a que trois doigts ; le membre inférieur gauche plus mal conformé montre à la place de la cuisse et du genou une masse globuleuse, la jambe n'a qu'un tibia sans péroné, le pied a quatre doigts seulement. Les radiographies sont communiquées.

Note sur les altérations de la sensibilité et leur rapport à la perception de l'espace, dans un cas de sclérose combinée.

MM. Vaschide et Rousseau. L'examen d'un malade atteint de

sclérose combinée, D..., au point de vue de la dégénérescence des diverses formes de la sensibilité, et des modifications que la présence des troubles sensitifs entraine dans la perception de l'espace, a conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

1° La sensibilité tactile superficielle, mesurée à l'aide d'aiguilles dont le poids varie entre 0 gr. 003 et 1 gr. (système Toulouse-Vaschide), est abolie sur les membres gauches et est très faible sur les membres droits. Sur ces derniers, les erreurs de localisation sont presque constantes.

2° La sensibilité à la douleur et à la chaleur thermique, mesurée à l'aide de gouttelettes d'eau distillée pesant 0 gr. 02, est diminuée. Le rapport de ces deux sensibilités est exprimé par la loi formulée par E. Veress pour l'individu normal : « A mesure que le seuil de la sensation de chaleur s'élève, le seuil de la sensation de douleur s'élève dans une proportion analogue ; les courbes exprimant les valeurs de ces deux sensibilités suivent une même marche ascendante ou descendante. »

3° La sensibilité musculaire profonde, dynamique, est seule conservée, et pour les membres supérieurs uniquement. Le système des sensations musculaires profondes des membres supérieurs forme la base de l'orientation dans la vie quotidienne du sujet. Deux groupes sont à distinguer. *a* : Sensations et mouvements gouvernés par le sentiment d'une direction et la connaissance d'un point de repère constant. *b* : Sensations et mouvements que ne guide pas l'idée d'une direction précise. Dans le premier cas, les localisations sont extrêmement précises et mesurées par la perception d'un espace angulaire. Dans le second, toute mesure est impossible et le sujet s'oriente à l'aide d'un système de plans définis exclusivement par la notion des positions successives du membre. Il apparaît de ces observations que l'espace visuel et l'espace moteur sont irréductibles et que ce dernier peut devenir le principe d'un automatisme musculaire original, exclusif des images mentales visuelles. Enfin s'il vient à se produire une dissociation très accentuée entre le sentiment de la direction qui coordonne la cinesthésie musculaire, et le sentiment de la position du membre, l'ensemble des sensations musculaires cessera de donner à la conscience l'impression d'une synergie, d'une concordance entre les divers groupes de ces sensations : de nouvelles variables seront introduites dans notre perception de l'espace, qui cesse d'être, dès lors, un espace homogène à trois dimensions.

Examen cytologique rachidien chez les tabétiques.

MM. Widal, Sicard et Ravaut pensent que les différences des résultats obtenus par eux et par M. Armand Delille et Camus tiennent aux différences des techniques et à l'insuffisance de celle de

ces deux derniers auteurs. Une nouvelle série de recherches a donné à M. Widal 36 lymphocytoses très accentuées sur 37 cas observés. Sa technique consiste surtout à ne pas transvaser, à centrifuger dans un tube effilé qui a reçu directement le liquide céphalo-rachidien à égoutter et à recueillir le culot avec une pipette capillaire. Enfin *étaler très peu* sur la lamelle. Il ne faut d'ailleurs pas croire que la présence des lymphocytes caractérise le tabes. On la rencontre dès le début de la syphilis, c'est une lésion banale qui peut se trouver dans toutes les irritations méningées et dans quantité de manifestations infectieuses courantes, même dans les oreillons ; elle n'a rien de spécifique. Il était seulement intéressant après une nouvelle série de recherches d'affirmer une fois de plus sa constance dans le tabes.

MM. P. Marie et Crouzon ont examiné le liquide céphalo-rachidien de vingt tabétiques de date et de formes variables. Ils ont constaté dans tous les cas la présence de la lymphocytose. Une seule fois la lymphocytose a été discrète ; il s'agissait d'un malade tabétique depuis huit ans, aveugle, ayant peu de douleurs et sans incoordination marquée. Dans les autres cas, il n'y avait pas de relation entre le degré de lymphocytose et la symptomatologie.

M. Vaquez a trouvé la lymphocytose dans un cas d'aortite syphilitique.

M. Brissaud a trouvé 8 fois la lymphocytose sur huit tabes.

M. Ballet a trouvé la lymphocytose 5 fois sur 8 tabès et 6 fois sur 8 paralysies générales.

M. Souques l'a trouvée 3 fois abondante dans 3 tabes confirmés, elle a manqué une fois dans un signe d'Argyll comme symptôme isolé et unique.

M. Dupré l'a retrouvée 2 fois abondante et une fois discrète sur 3 tabes.

M. Froin sur 7 tabes l'a trouvée 3 fois abondante, 2 fois moyenne, 2 fois légère.

M. Achard a trouvé la lymphocytose chez un paralytique général à la quatrième tentative seulement. Il ne l'a pas trouvée chez un autre paralytique à la première tentative.

MM. Gombault et Halbron n'ont eu qu'un examen négatif sur 11 cas.

M. Babinski a trouvé la lymphocytose dans tous les cas chez 10 tabétiques et 7 paralytiques généraux. C'est d'ailleurs un symptôme commun qui n'est nullement pathognomonique de la méningite spécifique.

M. P. Richer pense que pour mettre fin au débat MM. Armand Delille et Camus devraient recommencer leurs recherches avec la technique de M. Widal.

Hystérie tardive.

M. Dupré rapporte l'observation d'un cas d'hystérie mâle ayant débuté chez un vieillard de soixante-quatorze ans.

Atrophie du pédoncule.

MM. Guillain et Marie dans un cas de sclérose névroglique étendue au lobes frontal, rolandique, paracentral, temporal et pariétal, a trouvé tout le pied du pédoncule gauche atrophié ainsi que la totalité de la pyramide correspondante, les signes cliniques pendant la vie n'étaient pas adéquats à une pareille lésion.

Ramollissement localisé au locus niger.

M. Guillain montre les pièces d'un ramollissement du *locus niger* seul, avec sclérose du faisceau de Turk et de la pyramide.

F. Boissier.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 15 mars 1902.

Cas I. — Dr A. Korniloff et Dr A. Smirnoff ont fait *la description de deux malades avec présentation de l'une d'elles.* — Fillette de sept ans, née à terme et sans accident. Point de *lues* chez les parents. Le père mort à la suite d'un coup d'apoplexie, était un buveur. Agée de six mois, la fillette supporta une maladie infectieuse très grave, probablement la scarlatine et bientôt après la rougeole. Au dixième mois on remarqua pour la première fois un tremblement des extrémités supérieures et de la tête. La malade commença à marcher un peu à un an et demi, mais elle ne put jamais marcher sans l'aide de quelqu'un. A l'âge de deux ans, elle commença à parler. A l'âge de trois ans elle eut la varicelle, à six ans la diphtérie. La maladie empirait lentement; dans ces derniers temps la mère de l'enfant a remarqué un affaiblissement visible de l'intelligence chez sa fille; avant la fillette n'était pas gâteuse, à présent elle l'est.

Etat présent. — La fillette est d'une mauvaise nutrition; les glandes lymphatiques cervicales sont gonflées. Sur le menton on voit une cicatrice à la suite d'une exulcération ancienne. Dans les organes internes rien d'anormal. L'expression de la face est peu intelligente; la malade sourit continuellement. Les capacités mentales sont très affaiblies; dit plusieurs mots seulement; la

mémoire peu développée ; l'humeur toujours gaie, prononce les mots lentement, en traînant. Le tonus musculaire est exagéré. Point de paralysies, quoique les mouvements se fassent sans force suffisante à la suite de la rigidité. Pendant le repos on ne remarque point de tremblement, mais dans les mouvements ce dernier apparaît, comme dans la sclérose disséminée. La démarche est spasmodique et ataxique ; la malade ne peut marcher sans soutien. Les réflexes tendineux ne sont pas exagérés. Le phénomène de Babinski tantôt existe, tantôt non. A la pression de l'os de la cuisse droite apparaît une flexion exagérée des orteils en aspect de griffe. Du côté des nerfs crâniens on peut noter : un léger nystagmus, lorsque la malade tourne les yeux du côté droit ; des mouvements comme ataxiques, lorsque la malade tire la langue. Pendant la déglutition souvent elle avale de travers. La voix est nasale. Le rapporteur exclut dans son cas la sclérose disséminée et la pseudo sclérose de Strümpell et pose le diagnostic de la *paralysie infantile bilatérale*, ne se rapportant pas à la forme ordinaire, mais à celle qui apparaît comme familiale ou héréditaire (cas de Drestfeld, Pölieus, Frend, etc.). Le développement tardif des symptômes s'explique par les causes endogènes, comme dans les formes héréditaires : le nystagmus et le tremblement d'intenlion ne sont pas exclus du symptomocomplexus de la paralysie infantile, d'après les paroles de Frend.

Cas II. — Fillette de huit ans, entre à l'hôpital de Sainte-Sophie à Moscou le 13 janvier 1901. Jusqu'au mois de mai de l'année 1900, la petite était tout à fait bien portante. Depuis mai apparurent des *convulsions* cloniques, avant tout dans la moitié gauche de la face et bientôt après dans les membres supérieur et inférieur gauches. Les convulsions apparaissaient en forme d'accès qui étaient tantôt très fréquents, tantôt plus rares. Pendant les accès, la malade conservait toujours sa conscience ; le caractère n'était pas modifié.

Etat présent. — 18 janvier 1901. La fillette est de bonne nutrition. Sa colonne vertébrale présente la cypho-scoliose droite. Les organes respiratoires, de circulation, de digestion et urino-génitaux ne présentent rien de particulier. Rien d'anormal dans la sphère psychique de la malade. Point de céphalalgie, ni de vertige. La parole est régulière. *L'appareil moteur*, la position du corps est volontaire ; la démarche est un peu irrégulière ; la malade relève le pied gauche et le pose sur le bord externe de la plante. Dans l'état de nutrition des muscles, on remarque une certaine différence entre les membres supérieurs droit et gauche, en faveur du membre droit. Les mouvements actifs sont libres et égaux des deux côtés. Dans les mouvements passifs on ne remarque point ni rigidité, ni contractures. Point d'ataxie, ni de

mouvements choréiques involontaires, point de tiraillements fibrillaires, ni de tremblement. Les réflexes des enveloppes muqueuses et des enveloppes cutanées sont égaux des deux côtés. Le symptôme de Babinski apparaît quelquefois du côté gauche. Les réflexes tendineux sont un peu exagérés des deux côtés ; les réflexes patellaires sont plus exagérés du côté droit que du côté gauche. La sensibilité dans toutes ses espèces n'est pas troublée ; le sens musculaire est, peut-être, légèrement troublé dans le membre supérieur gauche. Les fonctions des sens supérieurs ne sont pas dérangées. La langue, lorsque la malade la tire, se dévie un peu à droite ; le pli labio-nasal est plus accentué du côté droit ; l'œil droit se ferme plus fortement que l'œil gauche. Les mouvements des yeux sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent bien. Le fond de l'œil est normal.

Souvent apparaissent des convulsions cloniques du muscle orbiculaire des paupières ; outre ces convulsions, paraissant plusieurs fois par heure, surviennent encore des convulsions plus répandues après l'intervalle de un ou deux jours ; ces convulsions débutent ordinairement par la contraction clonique du muscle orbiculaire gauche, parfois simultanément avec des tiraillements du coin gauche de la bouche ; bientôt s'associent les convulsions cloniques du membre supérieur et ensuite du membre inférieur, lorsque déjà les muscles faciaux sont en repos. Vers la fin de l'accès les convulsions cloniques des membres se transforment en spasme tonique s'achevant par des contractions isolées très fortes des groupes musculaires isolés ; l'accès dure deux ou trois minutes. La conscience est conservée. La sphère émotive et l'humeur sont sans modification. Deux semaines après l'entrée à l'hôpital, la malade fut atteinte de la rougeole, après laquelle les accès convulsifs se modifièrent d'une manière très marquée quantitativement et qualificativement.

Depuis le 11 février jusqu'au 19 février, il y avait 40-80 accès par jour. On ne parvint pas à suivre leur ordre à cause de leur fréquence. Outre les muscles qui participaient avant dans les convulsions, prirent part encore les muscles cervicaux, spinaux, et parfois les muscles du membre inférieur droit ; certains accès se terminaient par un cri qui n'était pas épileptique, mais plutôt provoqué par la douleur dans les muscles en contraction. La conscience ne disparaissait point.

La malade, ce dernier temps, devint plus faible et plus maigre. On nota en ce temps la rigidité et la faiblesse de la cuisse, de la jambe, de la main et de l'avant-bras du côté gauche ; le membre inférieur gauche était en état de pied bot. Les réflexes tendineux sont un peu exagérés des deux côtés ; du côté gauche, on observe un clonus de la plante. La cypho-scoliose a augmenté ; la parésie du nerf facial est plus marquée. Depuis le 1er mars jusqu'au 1er mai,

les accès commencèrent à s'affaiblir progressivement et au mois de mai cessèrent presque entièrement; parfois seulement apparaissaient encore des tiraillements de l'œil. Le poids de la malade augmenta et elle commençait à marcher; la faiblesse et la rigidité de la moitié gauche disparurent presque tout à fait et les auteurs la comptaient presque guérie.

Cet état dura jusqu'au mois de juillet, lorsque, sans aucune cause visible, réapparurent de nouveau les accès qui atteignirent dans l'intervalle de temps du 25 juillet au 12 octobre, la même fréquence qui a été notée pendant la rougeole. A la moitié d'août, de nouveau survint une amélioration progressive et vers le 20 septembre les accès apparaissaient seulement après 2-3 jours. La petite commença à marcher; l'état général était satisfaisant. Le 20 septembre, la fillette fut atteinte d'un typhus abdominal assez grave, la période fébrile dura à peu près trois semaines. Dans la période de la chute de température les accès convulsifs réapparurent et vers le mois d'octobre, leur fréquence était de 100 accès par jour. Les accès eux-mêmes étaient devenus plus forts et ont changé de caractère; l'ordre des convulsions n'était pas toujours constant; le plus souvent les convulsions commençaient de l'extrémité supérieure gauche, puis de l'extrémité inférieure et de la face; parfois les accès débutaient de la face ou du membre inférieur. Rarement, et surtout dans les accès très forts, participait le membre inférieur droit et encore plus rarement, le membre supérieur droit. La conscience, comme toujours, était conservée. Les contractures étaient le plus marquées dans les muscles spinaux et cervicaux et dans les fléchisseurs de la main et de la plante. Les réflexes tendineux étaient exagérés sur la plante gauche plus que sur la plante droite; un clonus très marqué avec symptôme de Babinski du côté gauche. Le fond de l'œil est normal. Au mois de novembre commença une amélioration lente, qui ensuite devint plus rapide. Vers le mois de janvier de 1902, les accès sont devenus assez rares, se limitaient seulement par des tiraillements de la face et du membre supérieur. L'état général s'améliora aussi. Actuellement, les nerfs crâniens, outre une parésie insignifiante du nerf facial, ne présentent rien de particulier. La sensibilité est normale. Les mouvements volontaires sont un peu limités encore dans les articulations brachiale et cubitale et plus dans la main.

Pendant les mouvements passifs on remarque des contractures dans les fléchisseurs de la main, du bras, de la plante et de la jambe. Les réflexes tendineux sont plus exagérés du côté gauche que du côté droit. Le clonus de la plante peut être provoqué facilement. Symptôme de Babinski et de Schaeffer très accentués. La démarche a un type un peu hémiplégique : la malade se met sur le bord externe de la plante, ne plie pas le membre dans le genou et dans la plante et emporte le pied de côté. La nutrition des muscles

du côté gauche est abaissée. L'excitabilité électrique par le courant continu est diminuée du côté gauche. Le muscle abducteur court du pouce donne la réaction de dégénérescence; dans les muscles triceps crural et vaste interne, A et K donnent des chiffres égaux. L'excitabilité au courant faradique est abaissée en somme pour les muscles des extrémités gauches.

Traitement. — Au commencement les bromures et les iodures; après la première exacerbation — traitement mercuriel, bientôt remplacé par les injections sous-cutanées d'arsenic. Pendant le cours de la seconde exacerbation de nouveau les iodures. Après le typhus abdominal, de nouveau le traitement arsénical. Dans les accès très forts on employait la morphine, l'hydrate de chloral, le chloroforme. Le traitement arsénical, à ce qu'il paraît avait le plus d'influence favorable sur la maladie. Dans le cas donné, sautent aux yeux les oscillations dans le cours de la maladie, les graves exacerbations et le cours comparativement favorable de la maladie, malgré les exacerbations. En faveur du caractère organique de la maladie par le caractère et la propagation des convulsions, le trouble nutritif dans les muscles, la modification de leur excitabilité électrique, le manque des troubles sensoriels, le manque du caractère hystérique et d'autres stigmates hystériques. Le foyer morbide, probablement, était localisé dans la région des centres moteurs de l'écorce de l'hémisphère droite; mais il était superficiel, car les paralysies n'étaient pas stables. Excluant le traumatisme, la tumeur cérébrale et l'encéphalite, l'auteur suppose dans le cas donné une tuberculose, mais pas en forme de tubercule solitaire, qui doit être exclu comme tout autre tumeur, mais en forme d'une plaque tuberculeuse méningienne (méningite en plaque).

Discussion. — Dr W. Mouratoff trouve le cas II très compliqué et porte l'attention sur ce fait que les convulsions se propageaient d'une manière non spéciale à l'épilepsie cervicale, une partie des phénomènes peut être rapportée à l'hystérie.

Dr G. Rossolimo, qui pendant la démonstration de la deuxième malade, a observé chez elle plusieurs accès de convulsions, trouve que le début de ces dernières n'est pas toujours égal et suppose que, peut-être, le processus morbide a ici un caractère disséminé.

Deux cas de méningite basilaire simple.

Dr M.-A. Lounz. — Le rapporteur a eu l'occasion d'observer ces dernières années dans l'hôpital de ville I deux cas de méningite basilaire simple avec guérison. Dans le cas I, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-cinq ans, commis dans un magasin de manufacture. Pas d'hérédité neuropathique; le lien et l'abus des boissons fortes sont absolument niés. Le malade, jouissant toujours d'une bonne santé, tomba malade subitement; la maladie débuta

par un vertige, après quoi pendant quelque temps resta une céphalalgie. Bientôt s'associèrent des vomissements et une semaine plus tard — un affaiblissement de la vue. L'examen du fond de l'œil démontra une papille étranglée. Trois jours après le début de la maladie, le 20 novembre 1899, le malade entra à l'hôpital. Sa température était un peu élevée : le soir 37,5-37,8 et le matin, normale (36,4-36,5). L'élévation de température cessa trois jours après et la température resta normale tout le temps. De plus le malade se plaignait de maux de tête dans la région frontale, se propageant des deux côtés et de vertiges. La conscience était nette; les papilles réagissaient bien ; on constata une diplopie, due à la paralysie de l'abducteur droit et un affaiblissement très marqué de la vue, papille étranglée, des contractures insignifiantes de la nuque, une démarche très chancelante; dans tout le reste, rien d'anormal.

Dans le cours ultérieur de la maladie, on observa des oscillations très marquées dans l'intensité des principaux symptômes : après de courtes rémissions survenaient des exacerbations, céphalalgie, vertiges, accompagnés de vomissements et de ralentissement du pouls. Mais avec le temps les périodes d'exacerbation devinrent de plus en plus rares et moins accentuées. Sept semaines après le début de la maladie, la vue s'améliora et après plus de trois mois du début de la maladie, le malade se rétablit entièrement. Six mois après sa sortie de l'hôpital, il restait tout à fait bien portant. La thérapie consistait à l'application de cantharides sur la nuque. Chaque application des cantharides était suivie d'une amélioration très marquée des symptômes morbides principaux. On donnait au malade le natrium iodatum (1,0-2,0 par jour). Avant de quitter l'hôpital, le malade avait fait 12 frictions d'onguent gris (2,0).

Cas II. — Malade de vingt ans. Père alcoolique. Mère provenant d'une famille tuberculeuse, mais bien portante. Le lues et l'abus des boissons fortes sont exclus. Dix ans de cela un traumatisme de la tête, après quoi apparurent des céphalalgies très fortes et des vertiges pendant deux semaines, mais sans réapparition ultérieure de ces symptômes. Durant un an le malade était obligé de s'occuper dans une localité très froide et très humide. Sa maladie survint subitement et débuta par des phénomènes d'une faiblesse générale, le lendemain — céphalalgie, vertige, état fébrile. Le 26 septembre 1901, troisième jour de sa maladie, le malade entra à l'hôpital. Le cours de la maladie dans ce cas était presque identique à celui du cas précédent. La fièvre ne dura que cinq jours et seulement le 30 septembre la température s'éleva jusqu'à 39,5, ayant été normale le matin.

Le cours ultérieur de la maladie se fit sans fièvre. Les symptômes principaux consistaient en des maux de tête dans la région frontale, des vertiges, le ralentissement du pouls, jusqu'à 54-42

battements par minute, des vomissements, des constipations, des contractures insignifiantes de la nuque et une démarche chancelante; manque de réflexes patellaires et exagération des réflexes plantaires avec flexion dorsale de tous les orteils. Dans le cours ultérieur de la maladie apparut une faiblesse de la vue, qui en progressant toujours, atteignit jusqu'à l'amaurose complète de l'œil droit et l'amblyopie assez significative de l'œil gauche.

L'examen du fond de l'œil par le Dr Averbach, donna des résultats négatifs concernant l'œil droit (névrite rétrobullaire) et démontra une névro-rétinite de l'œil gauche; ensuite apparut une parésie de l'abducteur droit et peu de temps après de l'abducteur gauche. L'échange à tour de rôle des périodes de l'exacerbation des symptômes principaux avec les périodes de rémissions ici aussi ressort au premier plan. La maladie céda peu à peu, et le malade quitta l'hôpital le 9 décembre 1901, mais il se rétablit tout à fait à la moitié de janvier, c'est-à-dire presque quatre mois après le début de la maladie. Pourtant actuellement encore la vue de l'œil gauche = 0,6 — 0,7; l'œil droit distingue les doigts à 25 centimètres de loin; le fond de l'œil gauche est normal; dans l'œil droit on remarque la pâleur de la papille, la parésie de l'abducteur droit reste encore. Thérapie — les cantharides. Le malade ne pouvait supporter l'iode.

Discussion. — Dr A. Korniloff ne se décide pas d'exclure avec assurance dans les cas du rapporteur la méningite syphilitique (basilaire).

Dr B. Mouravieff relate au sujet du cas du rapporteur un cas de méningite infectieuse chronique, d'origine grippale à ce qu'il paraît, accompagnée de phénomènes basilaires et s'étant terminée par la guérison.

Professeur W. Roth a observé pendant l'épidémie de l'influenza à Moscou plusieurs cas de méningite, ressemblant beaucoup à la méningite tuberculeuse; mais comme ces cas se sont terminés par la guérison, il les rapporte à la catégorie des méningites grippale.

Le Dr G. Rossolimo et le Dr G. Pribytkoff ont aussi participé aux débats.

B. Mouravieff. A. Bernestein.

BIBLIOGRAPHIE.

XII. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* — Compte rendu du service des enfants de Bicêtre pendant l'année 1901, t. XXII, par Bourneville, avec la collaboration de MM. Ambard, Boyer (J.), Crouzon, Morel (L.), Paul Boncour, Philippe et Oberthur. Librairie du *Progrès médical*, 1902.

Fidèle à la tâche qu'il s'est imposé, M. Bourneville publie le compte rendu de son service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1901. Vingt-deuxième volume de la collection, il constitue avec ses devanciers un recueil précieux, un amas considérable de matériaux pour tout ce qui concerne la neuropathologie infantile.

La première partie est consacrée à l'histoire du service (Bicêtre et Fondation Vallée) pendant l'année 1901. Les résultats du traitement médico-pédagogique sont des plus intéressants, et l'on reste étonné en lisant ce chapitre combien avec une patience inlassable, un dévouement de tous les instants, on peut arriver à développer le cerveau des idiots, des imbéciles et des arriérés et à tirer partie du peu qu'ils ont de cérébralité. Toute cette première partie constitue un résumé très clair et très complet de la méthode employée dans le service du Dr Bourneville, que termine l'exposé des méthodes employées en Angleterre, Allemagne, Belgique, Danemark.

La seconde partie, instructions médico-pédagogique, complément de la première, comprend un schéma d'observation aussi complet et aussi détaillé que possible, et où aucun symptôme n'est négligé ; un petit lexique explique les termes employés le plus fréquemment et indispensables à connaître.

La troisième partie est consacrée à la clinique, la thérapeutique et l'anatomie pathologique. Dans ce chapitre sont étudiés beaucoup de points de la neurologie infantile, discutés sur des faits et des résultats.

Trois observations démontrent l'efficacité du *bromure de camphre* dans l'*épilepsie vertigineuse* ; le traitement doit être prolongé longtemps, ce n'est qu'à cette condition qu'on peut attendre un heureux résultat.

Revenant sur l'idiotie morale, dont il a publié de nombreuses observations et qu'il a tant contribué à faire connaître, M. Bourneville met en relief l'un des symptômes de cette maladie: le mensonge.

Un remarquable mémoire est consacré à l'étude des rapports de l'impotence musculaire et de certains troubles osseux dans l'hémiplégie infantile. De l'étude du fémur, de l'humérus, du radius et du cubitus, MM. Bourneville et Paul Boncour concluent que les os malades présentent des modifications uniquement imputables au moindre développement des muscles et à une diminution de leur activité.

Signalant les *hémorrhagies de la peau et des muqueuses* pendant et après les accès d'épilepsie, l'auteur relève leur analogie avec les *stigmates* des extatiques. Une très intéressante observation d'idiotie symptomatique d'une *sclérose* atrophique limitée aux circonvolutions du coin gauche, avec examen histologique détaillé. Un cas



Fig. 11.

de folie infantile suivi de la bibliographie de la question. A côté de l'*idiotie myxœdémateuse*, qu'il a décrite avec tant de soin, M. Bourneville étudie l'*idiotie mongolienne* (*fig.* 11) à facies de « chinois », vue déjà par les auteurs anglais et américains, dont il cite les travaux. De l'examen histologique, pratiqué dans deux cas par Philippe et Oberthur, il résulte qu'il s'agit d'un processus dégénératif du cerveau avec lésions dystrophiques très avancées. Le dernier travail est consacré à une observation très remarquable de porencéphalie vraie associée à la pseudo-porencéphalie.

Illustré de nombreuses planches, ce vingt-deuxième volume est digne de ses devanciers et montre comme eux les résultats remarquables que donne, dans un service hospitalier, au point de vue pratique et scientifique, une direction attentive et de tous les instants [1]. Ch. MIRALLIÉ.

XIII. *Les Tics et leur traitement*, par Henry MEIGE et E. FEINDEL, avec préface de M. le professeur BRISSAUD (Paris, Masson et Cie, édit. 1902).

En publiant ce livre de plus de 600 pages sur les tics, MM. Meige et Feindel n'ont pas seulement voulu relater le fruit de dix ans d'observations consciencieuses et de recherches laborieuses, mais ils ont voulu démontrer que la réputation d'incurabilité des tics est imméritée, et qu'avec une thérapeutique appropriée, on peut atténuer toujours et guérir souvent ces infirmités déplorables.

MM. Meige et Feindel ont trouvé une introduction originale et précieuse dans l'observation qu'ils publient sous le nom de *Confidences d'un Tiqueur*. Ils ont eu la bonne fortune de soigner un malade intelligent, bon observateur de lui-même et psychologue subtil qui était, selon leur expression, le prototype du tiqueur. Ce malade est allé au-devant des interrogations, et les renseignements qu'il a donnés sur son état ont été d'autant plus précieux qu'il était étranger aux choses de la médecine et exposait spontanément ce qui lui était arrivé et ce qu'il en pensait, sans répondre à un questionnaire qui aurait pu le suggérer. L'observation de ce malade est complète, les tics convulsifs se sont développés chez lui et généralisés peu à peu, des obsessions, des phobies, des tics d'idées, des manies avec craintes obsédantes, des idées ébauchées de suicide et d'homicide sont survenues tour à tour, et ce tiqueur a gardé l'état mental infantile que conservent toujours les tiqueurs, malgré les progrès de l'âge.

Après cette entrée en matière qui d'emblée fait apprécier au lecteur les multiples formes que peut revêtir ce qu'on appelle tic, les auteurs abordent la critique historique. Il est curieux de suivre dans ce chapitre l'évolution de l'étude nosographique des tics,

[1] Cette analyse est extraite de la *Gaz. méd. de Nantes*, 1903, p. 183.

et nous ne saurions trop approuver MM. Meige et Feindel qui, envisageant leur sujet sous son double aspect somatique et mental, éviteront de trop schématiser, ce qui les éloignerait de la réalité, tout en se gardant de généraliser à outrance.

L'étude pathogénique commence par une différenciation entre le tic et le spasme qu'ils résument nettement ainsi : « En présence d'une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale *ne prend pas et n'a jamais pris part*, nous dirons : ce n'est pas un tic. Et si cette réaction motrice est la conséquence de l'irritation pathologique d'un point quelconque de l'arc réflexe bulbo-spinal, nous ajouterons : c'est un *spasme*. En présence d'une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale prend ou a pris part, nous dirons : ce n'est pas un spasme. Et si ce phénomène moteur, où se reconnaît la participation à un moment quelconque de l'écorce cérébrale, présente en outre certains caractères pathologiques distinctifs, nous pourrons ajouter : c'est un *tic*. »

Il y a parmi les réactions motrices de simples réflexes spinaux, parmi lesquels se rangent les spasmes et d'autres réactions coordonnées en vue d'une fonction, des actes moteurs fonctionnels, résultant tantôt d'un besoin congénital, tantôt d'une éducation, tantôt engendrés par des idées. Ce dernier groupe sur lequel la volonté a un empire, comprend les tics. MM. Meige et Feindel n'admettent pas de différence réelle entre les tics convulsifs et les tics coordonnés. Cette distinction, comme nous l'avions nous-même indiqué dans notre thèse [1], est artificielle, et nous approuvons les auteurs de l'avoir résolument supprimée.

Etude pathogénique. — La genèse du tic tient surtout à l'état mental du tiqueur. Le tic a son origine dans un mouvement volontaire qui a sa raison d'être, qui devient habituel et se continue involontairement quand la raison d'être a disparu. Le pouvoir inhibitif de la volonté n'existe pas ou est fort diminué chez le tiqueur, surtout en ce qui concerne le tic. L'habitude joue un rôle considérable dans la genèse du tic, mais il se différencie du geste habituel en ce que sa répétition se fait hors propos et avec excès, c'est, en somme, selon l'expression de M. Brissaud, une habitude morbide. L'idée joue aussi un grand rôle dans la pathogénie des tics, quant à la conscience elle intervient et disparaît au cours du phénomène à des degrés et à des moments divers. Les tics sont toujours des sortes de perturbations fonctionnelles, la fonction joue un grand rôle dans leur origine, et cette perturbation fonctionnelle est la conséquence d'une imperfection de l'état mental et en particulier de la volonté.

[1] J. Noir, *Etude sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots* (th. de Paris 1893).

L'*état mental* du tiqueur est bien analysé par MM. Meige et Feindel. Ils le qualifient avec raison d'*infantile*. Déséquilibre, volonté débile et instable, émotivité exagérée, affectivité, vanité, manque de pondération, idées fixes, obsessions, phobies, etc., sont les principaux caractères de cet état mental.

MM. Meige et Feindel font remarquer, et nous les approuvons, que le tic exige deux éléments: l'élément moteur et l'élément psychique. Ils montrent le danger qu'il y a à appeler tic d'idées une obsession, une phobie. Ils insistent sur la nécessité de se limiter dans l'étude des tics et critiquent à ce propos certains passages de notre thèse où nous franchissons peut-être un peu trop délibérément le pont qui relie les tics et les idées fixes. Il faut, en effet, savoir se borner, car tout est transition dans la nature, et nous croyons avoir montré nous-même, dans notre thèse, que, en se cantonnant dans la simple observation des mouvements convulsifs chez les idiots, on pouvait, par des transitions insensibles, allier des phénomènes moteurs, dont l'origine est une lésion anatomique, aux phénomènes moteurs qui ne sont que la manifestation toute secondaire d'une idée obsédante. La science consiste justement à prendre ces faits, à les séparer, à les classer, pour permettre de mieux les étudier et de les mieux comprendre, et c'est pour cela que nous acceptons la critique de MM. Meige et Feindel et que nous croyons qu'il faut borner le domaine des tics à celui des phénomènes moteurs.

L'*étiologie* des tics est celle de la plupart des maladies nerveuses et mentales. L'hérédité, l'imitation, le surmenage professionnel y trouvent une grande place. L'*anatomie pathologique* n'existe pas et aucune lésion, cause d'un tic, n'a été démontrée de façon probante.

L'étude de la réaction motrice du tic ne peut être faite d'une façon précise, à cause de la grande variabilité du phénomène d'un sujet à l'autre et chez le même sujet. Il en est de même de la description des symptômes accessoires.

Nous ne suivrons pas les auteurs dans la description des différents tics qui ont été observés: face, oreille, audition, paupières, globes oculaires, vision, nez, lèvres, mâchoires, cou, tronc, épaules, bras, bassin, membres inférieurs, etc. y participent. Signalons tout particulièrement le chapitre consacré au *torticolis mental*, que les auteurs considèrent comme l'un des tics les plus fixes et les plus tenaces. Les tics de sputation, de déglutition, d'éructation, de vomissement, l'aérophagie, ceux de la respiration, le ronflement, le reniflement, le soufflement, le sifflement, la toux, le sanglot, le hoquet, les tics du langage, l'écholalie, la coprolalie sont tour à tour minutieusement décrits.

Nous ne saurions non plus insister sur l'*évolution des tics* essentiellement capricieuse, mais à propos de laquelle les auteurs décrivent quelques types morbides où le tic est un des symptômes

importants, tels que la maladie de Gilles de la Tourette et la chorée variable de Brissaud. Un chapitre intéressant sur les gestes et stratagèmes des malades pour remédier à leur infirmité, montre bien leur impuissance de volonté. Puis après un court exposé des complications assez variables des tics, MM. Meige et Feindel étudient la parenté morbide des tics avec l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, les vésanies, l'idiotie.

Le *diagnostic* des tics se fera avec les gestes habituels, avec les mouvements des aliénés que M. Séglas appelle *stéréotypies*, dans ces dernières, il n'y a pas de mouvements convulsifs, ce sont des actes souvent professionnels que les malades finissent par répéter involontairement. Leur origine est une idée délirante. Les auteurs avouent que les stéréotypies sont devenues des actes automatiques « par un processus tout à fait comparable à celui des tics ». Nous avouerons franchement que nous ne saisissons pas très bien la différence entre ces stéréotypies, dont le mécanisme est le même que celui des tics, et les tics eux-mêmes, et qu'il serait peut-être simple et logique de les classer dans la même catégorie. Le diagnostic avec les spasmes est plus nécessaire. La distinction a été établie par les auteurs dès le début de leur livre. Aucune manifestation de la volonté n'a d'action sur le spasme, ils sont souvent douloureux et persistent souvent durant le sommeil. A ce propos, MM. Meige et Feindel font la description du spasme, appelé très improprement tic douloureux de la face, et établissent un parallèle entre le torticolis-tic et le torticolis-spasme. Le diagnostic avec les chorées, le paramyoclonus multiplex et la maladie de Thomsen est ordinairement facile. On doit encore distinguer des tics certaines athétoses, les tremblements et les crampes professionnelles.

Le *pronostic* dépend absolument de l'état mental du tiqueur.

Le *traitement* est un chapitre important dans ce véritable traité des tics. Les auteurs commencent d'abord par affirmer nettement la curabilité du phénomène. Le traitement médicamenteux est souvent inefficace, il consiste dans les médicaments sédatifs, hypnotiques stimulants qu'on donne ordinairement aux nerveux. Il ne faut pas cependant éliminer d'emblée ce mode de traitement qui, parfois, peut être utile.

Le régime, l'hygiène, l'hydrothérapie sont des adjuvants puissants à utiliser comme le massage et la mécanothérapie, dont il faut savoir trouver les indications. L'électrothérapie, quand elle dépasse la « psychothérapique », produit plutôt de mauvais effets. La suggestion hypnotique chez quelques hystériques a donné des résultats appréciables. Les auteurs ne sont pas partisans du traitement chirurgical. Nous ne saurions trop les approuver. Les résultats suffisent à eux seuls pour condamner ces interventions sanglantes qui, le plus souvent, ne sont expliquées que par l'ignorance clinique et pathogénique absolue en l'espèce du chirurgien

qui tente de pareilles opérations. Les appareils orthopédiques sont généralement peu efficaces et parfois nuisibles. Le véritable traitement des tics est le traitement rééducateur. MM. Meige et Feindel s'étendent sur les moyens d'obtenir la discipline de l'immobilité et du mouvement, sur les séances d'immobilité et d'exercices lents avec surveillance du tic. Ils insistent sur l'utilité que peuvent avoir les mouvements en miroir, c'est-à-dire faits dans les sens opposés des mouvements du tic à corriger.

Le repos au lit, l'isolement pourront être parfois nécessaires. Enfin on aura recours à la psychothérapie, selon l'expression de M. Brissaud, c'est-à-dire l'éducation psychique, celle de la volonté.

Tout ce traitement entre en somme dans la méthode médico-pédagogique qu'a si perfectionnée et si développée notre maître, M. Bourneville. Les auteurs de cet ouvrage reconnaissent du reste que ses laborieux efforts sont loin d'être superflus chez les arriérés et les anormaux. On aurait tort de limiter aux imbéciles et aux idiots les indications du traitement médico-pédagogique; elles s'étendent à tous les anormaux quels qu'ils soient et quelque soit le degré de leurs anomalies. Les tiqueurs, même très intelligents, bénéficient tout particulièrement de cette méthode thérapeutique, et MM. Meige et Feindel ont absolument raison de considérer le traitement rééducateur et psychothérapique que nous appelons, nous, d'une façon plus générale, médico-pédagogique, comme le seul moyen curatif réellement efficace contre les tics, tant au point de vue curatif qu'au point de vue prophylactique.

Une analyse un peu détaillée suffit à montrer la conscience que les auteurs ont mis à composer leurs livres sur les tics. Mais ce qu'elle ne peut mettre en valeur, c'est la richesse de sa documentation bibliographique et clinique et la clarté de son exposition. Ce ne sont pas là, du reste, les seuls mérites de l'œuvre de MM. Meige et Feindel, qui ne peut être appréciée à sa valeur qu'après une lecture sérieuse et réfléchie. J. Noir.

VARIA.

Assistance des enfants idiots.

La très grande majorité des médecins ont oublié ou ne savent pas exactement quelles sont les conditions à remplir pour l'admission de ces enfants dans les établissements très rares qui leur sont spécialement affectés ou dans les asiles d'aliénés ordinaires. Les explications données verbalement ne sont pas toujours bien comprises. Les notices imprimées que nous remettons aux familles ne

le sont guère mieux. Nous rapporterons successivement plusieurs lettres pour préciser la question.

Paris, le 20 février 1903.

Mon cher ami,

Vous m'avez dit, je crois, qu'il était facile de faire admettre un petit idiot à Bicêtre *même quand il habite la province;* qu'il suffit pour cela de le faire passer par l'infirmerie spéciale où le Dr Garnier ou l'un de ses remplaçants délivrerait un certificat. Vous seriez bien aimable de me dire s'il y a autre chose à faire.

Nous avons dans notre village — il s'agit d'un département de l'Est — un malheureux idiot, de sept ou huit ans, que les parents voudraient bien placer et ils sont dans l'indigence.

Mille excuses et bien à vous. Dr E. G.

Bicêtre, le 22 février 1903.

Mon cher ami,

Quand les parents habitent Paris et ont un enfant idiot, ils peuvent le faire admettre par *placement volontaire* s'ils ont le domicile de secours et il est *maintenu*; si, au contraire, les parents n'ont pas le domicile de secours, l'enfant ne peut être admis que par *placement d'office*, et après son admission l'administration fait une enquête et *transfère* le malade dans l'asile de son département. Elle ne peut, en effet, maintenir dans les asiles d'enfants de la Seine les enfants des autres départements alors qu'il y a une quarantaine d'enfants qui attendent une place à Bicêtre. Telle est, mon cher ami, la situation exacte.

Il est du devoir des Conseils généraux et du gouvernement de créer des asiles-écoles dans chaque département. Il n'y en a pas un seul qui n'ait au moins 200 enfants arriérés, idiots, imbéciles et épileptiques des deux sexes, c'est-à-dire une population justifiant la construction d'un *asile-école*.

Bien à vous. Bournenille.

Nous publierons d'autres lettres pour bien fixer la question dans les esprits.

FAITS DIVERS.

Un assassin de seize ans. — Un meurtre a été commis avenue d'Italie dans les premiers jours de janvier sur la personne de M. François Rollin, âgé de vingt-huit ans, entrepreneur de fumisterie, domicilié 152, avenue d'Italie. Frappé d'un coup de couteau dans le dos, M. Rollin expira quelques instants après. L'assassin fut arrêté dans la nuit, c'est un nommé Georges Delhomme âgé de *seize ans*. Conduit au commissariat et interrogé, Georges Del-

homme a fait des aveux complets. Il était en compagnie de plusieurs amis quand il commit son crime. Ils avaient *bu* toute la soirée. Arrivés avenue d'Italie, Georges Delhomme fit le pari de « saigner » le premier « type » qui passerait. Ce fut M. François Rollin qui se présenta. Georges Delhomme avait donné sa parole. Il gagna son pari. Ses complices sont les nommés Louis Ferrant, âgé de quinze ans; Louis Gambert, seize ans, et Georges Courtille, quinze ans. Ils ont été écroués au Dépôt. C'est encore là un crime de l'*alcoolisme*..... et des marchands de vin.

Folie et sorcellerie. — Le nommé Kissler, marchand ambulant à Anost (Côte-d'Or), pris de folie et prétendant que sa femme l'avait ensorcelé, l'a tuée d'un coup de couteau. (*Bonhomme Normand*, mars).

Assistance dans les familles; séquestration. — On a arrêté à Madrid (Espagne), M. de La Lama, ancien député et sénateur, accusé de séquestration de sa fille, âgée de quatorze ans. Celle-ci est la nièce de la duchesse de Castro Enriques, déjà condamnée pour excitation de mineures à la débauche. La fille de M. de La Lama a déclaré au juge qu'on l'obligeait à entretenir des rapports incestueux avec son frère âgé de dix-sept ans. (*Bonhomme Normand*, mars).

Le treizième congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se réunira à Bruxelles, le 1er août 1903, sous la présidence d'honneur de M. le Baron van der Bruggen, ministre de l'Agriculture, et de M. A. Gérard, ministre de France à Bruxelles.

Troisième Congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée. — Ce congrès aura lieu à Bordeaux du 1er au 7 juin (voir p. 315).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bain (Adolphe) *De l'auto-représentation chez les hystériques.* Librairie Vigot, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine. 1 vol., in-18 de 153 pages. Prix : 2 francs.

Mills (Charles K.). — *The surgery of brain tumors from the point of view of the Neurologist with notes of a recent case.* In-8° de 20 pages. *Philadelpia Médical Journal*, 1902.

Mills (Charles K.). — *Paralysis of all four limbs andof one Side of the face wits Dissociation of Sensation.* In-8° de 12 pages. *Journal of nervous and mental disease*, 1903.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 3-1903.

Vol. XV. Mai 1903. N° 89.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE



CLINIQUE MENTALE.

Clinique psychiatrique de l'Université de Moscou

Étude sur la manie ;

par les docteurs

Serge SOUKHANOFF, privat-docent à l'Université de Moscou,
et Pierre GANNOUCHKINE, médecin de la Clinique psychiatrique.

Les recherches actuelles sont fondées sur le matériel qui s'était accumulé dans la Clinique psychiatrique de Moscou concernant la question sur *la manie*. Nous avons exclu de ce matériel tous les cas, où avant ou après l'accès de la manie on pouvait noter chez les malades un état dépressif, tant soit peu prolongé, en rapportant ces cas à la catégorie de la *psychose circulaire*. Cela se comprend bien que les cas, où la manie apparaît comme complication d'une autre maladie psychique quelconque, par exemple de la paralysie générale, de la démence précoce, de la démence sénile, etc., ne sont pas entrés dans notre matériel, de même que les cas, où l'état maniaque est accompagné de confusion mentale (*amentia maniaque*).

D'un autre côté, il faut, pourtant, dire que dans ce travail nous avons recueilli dans un groupe les cas, où il avait un seul accès de manie, ainsi que les cas où la manie a donné des récidives ; nous sommes de cette opinion que *toute psychose aiguë, sera-ce l'amentia, la mélancolie, la manie, etc., est toujours portée à récidiver,* survenant à différents intervalles de temps; parfois ces intervalles sont courts comparativement, parfois très prolongés ; on ne peut dire pour sûr d'aucun malade, qui a supporté l'une des maladies sus-nom-

mées, que cette maladie ne se répétera pas. Ayant affaire à un malade, atteint d'une maladie psychique aiguë pour la première fois, nous ne pouvons pas définir tant soit peu juste le degré de l'inclination de son organisme aux récidives de la maladie psychique. Se basant sur ce point de vue, nous ne trouvons pas nécessaire de séparer les malades ayant eu un seul accès de manie, des malades, chez lesquels la manie a été constatée plus d'une seule fois. Par conséquent, comme nous le comprenons, il n'existe point de manie périodique, mais il y a seulement la manie, comme psychose aiguë, donnant des récidives.

Ayant fait ces remarques générales préliminaires, nous passons maintenant à l'analyse du matériel clinique, qui a servi de sujet au travail actuel ; nous nous sommes servis des historiques de maladie comme des maniaques stationnaires ainsi que ceux des malades de la consultation externe de la Clinique. Le nombre général des malades, enregistrés dans la Clinique psychiatrique de Moscou presque depuis son existence de quinze ans (à savoir, depuis le mois de novembre 1887, jusqu'au 9 septembre 1902) était 4434, dont 2840 hommes et 1594 femmes ; parmi ce nombre de malades psychiques nous avons trouvé possible de reconnaître la manie seulement chez 40 malades, dont 16 hommes et 24 femmes. Les données que nous venons de citer indiquent très nettement que *la manie est une maladie psychique très rare*. Si nous prenons les hommes et les femmes ensemble, nous verrons alors que la fréquence de la manie parmi les malades psychiques est de 0,9 p. 100. Mais si nous prenons les femmes et les hommes à part, nous verrons que parmi tous les malades psychiques hommes les maniaques font 0,56 p. 100 et parmi les malades psychiques femmes, les maniaques font 1,50 p. 100 ; autrement dit, sur 200 cas de maladie psychique chez les hommes il revient un cas de manie et sur 300 cas de maladie mentale chez les femmes il revient 2 cas de manie. Quoique le nombre de malades souffrant de manie n'est pas grand en général, mais il permet, pourtant, de penser que *les femmes sont plus penchées à souffrir de manie que les hommes*, ce qui correspond parfaitement avec les données de la littérature citées plus bas. La grande prédisposition des femmes à la manie comparativement aux hommes sera encore plus visible si

nous prenons en considération que le nombre des femmes aliénées est en général moins grand que celui des hommes aliénés ; d'après les données de la Clinique pour la période de temps sus-indiqué, le rapport du nombre de malades psychiques hommes (2840) au nombre des malades psychiques femmes (1594) est de 1,79 : 1. Si le nombre des hommes aliénés et des femmes aliénées était égal, alors le nombre des hommes maniaques se rapporterait au nombre de femmes maniaques comme 1 : 2,68.

Il est intéressant de comparer le nombre, indiquant le pourcentage des maniaques hommes, parmi les malades psychiques en général, avec le nombre correspondant, se rapportant à la mélancolie. *Tandis que les maniaques sont moins de* 1 *p.* 100 (0,91 p. 100), *le pourcentage des mélancoliques est exprimé par le chiffre* 6,23. Par conséquent, *la mélancolie se rencontre en général bien plus souvent que la manie* (presque pour 7 fois plus souvent).

Si nous prenons les hommes et les femmes à part et si nous comparons les chiffres correspondants, indiquant la fréquence de la mélancolie et de la manie chez les uns et les autres, nous verrons alors que pendant que la manie se rencontre chez les hommes dans 3,65 p. 100, la manie donne chez eux 0,56 p. 100 ; autrement dit, la mélancolie chez les hommes se rencontre plus souvent que la manie approximativement pour 6 1/2 fois. Si nous comparons la fréquence de l'apparition de la mélancolie (10,75 p. 100) et de la manie (1,52 p. 100) chez les femmes, nous verrons qu'elles souffrent de mélancolie plus souvent que de manie pour 7 fois.

Ces données comparatives nous permettent de dire d'une manière définie que si la manie apparaît chez les femmes, ainsi que chez les hommes comme une maladie psychique comparativement rare, la mélancolie au contraire, surtout chez les femmes, doit être envisagée comme l'une des maladies mentales la plus fréquente.

Concernant la question, à quel âge le plus souvent peut se manifester le premier accès de la manie, nos données ont démontré que de 38 cas de manie le premier accès a été noté avant l'âge de quinze ans 2 fois, à l'âge de seize-vingt-cinq ans 20 fois, à l'âge de vingt-six-trente-cinq ans 10 fois, à l'âge de trente-six-quarante-cinq ans 4 fois et à l'âge de plus de cinquante-six ans 2 fois ; il faut encore noter que parmi

notre matériel il n'y avait pas un seul cas, où la manie se serait manifestée à l'âge de quarante-six-cinquante-cinq ans. Les données qui viennent d'être citées démontrent très nettement que la manie se manifeste le plus souvent pour la première fois entre seize et vingt-cinq ans ; on observe la manie rarement avant quinze ans et de plus en plus rarement après vingt-cinq ans. Il faut encore noter, entre autres, que parmi nos malades l'âge le plus jeune du premier accès de manie était treize ans et le plus vieux soixante-six ans.

En comparant les chiffres obtenus par nous avec les chiffres des autres auteurs nous trouvons partout un nombre plus considérable de cas de manie que le démontrent nos données.

Mendel[1] et *Ziehen*[2] instituent d'une manière très définie ce fait que la manie est une maladie psychique très rare ; pourtant, les chiffres indiquant le nombre des manies parmi les malades psychiques, cités chez les autres auteurs, prévaluent beaucoup sur les nôtres.

Ainsi par exemple, *Ziehen*[3] dit que sur 100 admissions à la Clinique psychiatrique de Jena, il revient 3-4 cas de manie. *Gadziatsky*[4], qui a examiné le matériel de la Clinique psychiatrique de Saint-Pétersbourg dans la période de temps de 1870-1890 a trouvé parmi 1323 malades 157 cas de manie, ce qui fait 11, 8 p. 100 (8 p. 100 parmi les hommes et 22, 5 p. 100 parmi les femmes). *Goulnikoff*[5] dans l'asile psychiatrique de Kharkoff constata en 1884 parmi les hommes 5,5 p. 100 de manie et parmi les femmes 13, 49 p. 100. Les contradictions si grandes dans les résultats, obtenus par différents auteurs, exigent, certes, des explications ; premièrement, il faut savoir, dans quoi consiste la cause de telles diversités, et secondement, lesquels des chiffres sus-cités peuvent avoir une signification comparativement absolue et moins relative.

Pour répondre à la première question ou, autrement dit,

[1] MENDEL. *Leitfaden der Psychiatrie.* Stuttgart, 1902.

[2] ZIEHEN. *Psychiatrie. Zweite Auflage.* Leipzig, 1902.

[3] ZIEHEN. *L. C.*

[4] *Moniteur* (russe) de *Neuropathologie*, de *Psychiatrie* et de *Psychopathologie légale*, 1893, fasc. III.

[5] *Archives* (russes) de *Psychiatrie*, 1885, nos 2-3.

pour élucider la cause de la contradiction parmi les auteurs, il faut prendre en considération avant tout la manière non identique chez les aliénistes d'envisager la forme morbide en question.

Cette considération a obligé *Michelson* et *Tschige*[1] à se réfuter même de la détermination du nombre relatif des maniaques parmi les aliénés, se trouvant à l'asile psychiatrique. Concernant la monographie de *Mendel*[2] sur la manie, nous devons remarquer que cet auteur a inclu dans le groupe de manie, comme une de ses espèces, la manie hallucinatoire, qui ensuite, par *Mendel* lui-même, fut tout à fait séparée de la manie et inclue dans le groupe du délire hallucinatoire. *Goutnikoff* a rapporté au groupe de la manie de tels cas, qui actuellement seraient indubitablement enregistrés autrement (par exemple, *Tobsucht* et *Wahnsinn*). La seconde cause de la différence entre les données des autres auteurs et les nôtres dépend de cela que toutes les investigations étaient faites sur les malades stationnaires et peuvent seulement témoigner le nombre des maniaques parmi les malades psychiques, se trouvant dans l'établissement spécial et non parmi le nombre général de malades psychiques; quant à notre matériel, il appartient aux malades qui ont tous passé (et les malades stationnaires aussi) par la consultation externe de la Clinique psychiatrique de Moscou.

Il est indubitable que le nombre relatif de maniaques parmi les malades, qui ont passé par la consultation externe, est bien moins grand que le nombre de maniaques parmi les malades stationnaires, car le matériel de consultation externe est raréfié par toute une série de malades qui n'ont pas besoin de séjour à l'hôpital. Il est donc indubitable que la composition générale des malades psychiques est représentée d'une manière bien plus juste par le matériel passant par la consultation externe que celui de l'hôpital. Vu cela, nous nous permettons de penser que les chiffres obtenus par nous justement sur un pareil matériel ont une signification plus absolue, que les recherches faites sur le matériel de l'hôpital. La régularité des considérations sus-citées,

[1] *Moniteur* (russe) de *Neuropathologie*, de *Psychiatrie* et de *Psychopathologie légale*. Année IX, fasc., II.

[2] MENDEL. Die Manie, 1881.

ainsi que de nos données, est confirmée par cela que nos chiffres approchent des chiffres qui ont été obtenus dans l'investigation d'un tel matériel, où on ne pouvait pas parler d'aucun choix artificiel, à savoir, dans l'investigation des données du dénombrement des aliénés, qui a été fait avec la participation de médecins aliénistes en 1893 dans le gouvernement de Moscou, où de 2940[1] malades psychiques pour la part de la manie il revient 46 cas (1,61 p. 100).

En examinant l'hérédité chez nos maniaques nous avons eu les données suivantes : de 32 cas dans 4 cas l'hérédité est niée (12.50 p. 100), dans 22 cas sont notées des maladies nerveuses et mentales et l'alcoolisme du père et de la mère (68,75 p. 100), dans 6 cas il y avait une indication sur les mêmes maladies chez de proches parents (frères, sœurs, tantes, oncles et grands parents (18,75 p. 100). Si nous joignons le second et le troisième groupes ensemble, nous verrons que la tare héréditaire est notée dans la manie dans 87,5 p. 100. Nous ne trouvons pas superflu de comparer ce pourcentage avec le degré de la tare héréditaire dans d'autres formes de maladies mentales qui ont été examinées par nous sous ce rapport ; d'après nos données la tare héréditaire dans la paralysie générale est notée approximativement dans 75 p. 100, dans la mélancolie, dans 82 p. 100 et dans la constitution des obsessions morbides dans 92 p. 100. Par conséquent, donc, la manie occupe parmi ces chiffres une place entre la mélancolie et les obsessions morbides. Il est encore à remarquer, entre autres, que les cas de manie, où l'existence de la prédisposition héréditaire est niée, concernent des femmes.

En examinant les malades, qui ont servi de matériel pour le travail présent, dans notre esprit surgissaient encore certes d'autres questions, par exemple sur la fréquence des accès dans la manie, sur leur durée, sur les espèces cliniques de cette maladie, etc. ; mais nous avons décidé de ne pas toucher à ces questions, car en examinant quelques-unes de ces questions, nous n'avons reçu rien de nouveau et en examinant d'autres nous avons trouvé que notre matériel n'était pas assez suffisant.

[1] W. Iakovenko. *Les aliénés du gouvernement de Moscou*. 1900, Moscou.

Nouvelles observations de névrose d'angoisse;

Par P. HARTENBERG.

On a pris l'habitude durant ces dernières années de ranger sous l'étiquette uniforme et générale de neurasthénie la plupart des désordres nerveux mal définis et non classés qui n'appartenaient pas au tableau classique de l'hystérie et de l'épilepsie. De l'aveu de beaucoup d'auteurs, c'est là un regrettable abus de langage; et à force de prodiguer ce terme de neurasthénie et de l'appliquer à des troubles névropathiques dissemblables, on risque de lui enlever toute précision clinique et presque toute valeur. D'ailleurs, il paraît bien évident que tous les troubles qui ne sont ni hystériques, ni épileptiques, ne doivent pas nécessairement pour cela être considérés comme neurasthéniques et que dans l'observation et la classification des désordres si délicats et si complexes du systèmes nerveux il doit subsister encore bien des ignorances et bien des lacunes.

C'est dans le but de réagir contre cette tendance fâcheuse et d'apporter un peu d'ordre et de clarté dans la question, que Sigmund Freud, de Vienne, a proposé en 1895 de séparer de ce qu'on appelle neurasthénie un groupe de symptômes bien délimité et d'en faire un type clinique autonome sous le nom de « Névrose d'Angoisse ».

Voici, d'après le travail primitif de Freud et d'après mes recherches personnelles, la description de la névrose d'angoisse. Elle est constituée par les grands symptômes suivants :

1° Une *irritabilité générale*, qui rend le malade impatient, agité, sensible à l'excès à toutes les impressions sensorielles et en particulier à celles de l'ouïe, de sorte qu'il souffre souvent d'une véritable hyperesthésie auditive;

2° Un état habituel d'*attente anxieuse*, dans lequel le sujet se sent sans cesse comme sous la menace d'un événement pénible et imminent, d'un malheur qui le guette et qu'il redoute, et qui va fondre sur lui à l'improviste;

3° Des *crises d'angoisse aiguë*, dans lesquelles l'anxiété habituelle s'exagère et s'accompagne de troubles organiques, tels que battements de cœur, dyspnée, sueurs profuses, crampes stomacales et intestinales, ténesme, etc. ;

Ces crises peuvent être incomplètes et n'offrir qu'un symptôme dominant comme les palpitations, la dyspnée, les troubles digestifs, les sueurs profuses, le ténesme vésical ou anal : d'où autant de variétés de *crises rudimentaires :* crise cardiaque, crise respiratoire, crise gastrique, crise vésicale, etc.;

4° Des *équivalents de crises*, représentés par des paresthésies, des terreurs nocturnes avec réveils angoissants, des tremblements, des secousses musculaires, des phénomènes vasculaires et congestifs (doigt mort), des variations de la nutrition générale avec engraissement ou amaigrissement périodique;

5° Des phobies et des obsessions.

Tel est, dans sa plus grande simplicité, le tableau clinique de la névrose d'angoisse. Ces différents symptômes énumérés peuvent se combiner entre eux diversement et offrir des variantes individuelles. Mais le signe essentiel, qui constitue le fond même de l'affection, qui lui donne son nom et la différencie des autres types névropathiques, c'est l'angoisse chronique avec paroxysmes aigus. Il s'agit par excellence d'une névrose anxieuse, et l'angoisse est toujours mise au premier plan par les malades dans le récit de leurs peines.

Or il n'en est pas de même chez les neurasthéniques. La neurasthénie, si l'on admet la conception de Charcot avec ses six stigmates : céphalée, rachialgie, asthénie neuro-musculaire, dépression cérébrale, insomnie, dyspepsie atonique, est essentiellement une névrose dépressive par épuisement du système nerveux cérébro-spinal. Ce qui caractérise l'état neurasthénique, c'est non l'attente anxieuse, non l'irritabilité, mais la fatigue et l'asthénie. Je sais bien que certains auteurs, tels que Hecker, Kaan, Bouveret ont décrit l'angoisse comme un des symptômes de la neurasthénie; mais à cela Freud réplique avec vraisemblance que ces auteurs ont précisément observé des cas où la névrose d'angoisse et la neurasthénie se trouvaient présentes chez un même sujet, par une de ces associations morbides qui fréquemment unissent entre elles l'hysthérie et la neurasthénie ou encore l'une

de ces dernières avec l'épilepsie essentielle. Il semble naturel en effet que neurasthénie et névrose anxieuse puissent évoluer parallèlement chez un même sujet; et voici une observation à titre d'exemple, où l'on voit la neurasthénie guérie sous l'influence du traitement tandis que la névrose d'angoisse persiste pendant longtemps encore.

Observation I. — Mme L..., vingt-six ans, mariée, mère d'un enfant de quatre ans et demi se portant bien. Père et mère nerveux : le père a eu des atteintes de neurasthénie, la mère est très impressionnable ; mais aucun cas de psychose ni de diathèse graves dans la famille. La malade ne présente pas d'ailleurs de stigmates physiques de dégénérescence.

En juin 1901, pendant un séjour à l'étranger, au cours duquel la malade a mené une vie mondaine très agitée et très fatigante, les premiers symptômes se déclarent dans les conditions suivantes : un ami de la maison a fait la cour à Mme L... et l'a engagée dans un flirt assez avancé. Il existe une grande attraction réciproque ; la situation devient périlleuse pour l'honnêteté de la jeune femme, quand soudain, l'ami galant, saisi de remords et se reprenant lui-même, met un terme à leurs relations. Ils cessent à peu près de se voir.

Cette décision, au lieu de tranquilliser la malade pour l'avenir, soulève au contraire brusquement en elle toute une série de problèmes qu'elle n'avait pas envisagés auparavant. Elle aperçoit seulement les conséquences possibles de ses actes, reconnaît le danger qu'elle a couru, est prise de remords amers, se sent assaillie de scrupules pour l'incorrection de sa conduite. Dès lors, elle est envahie par un sentiment d'anxiété qui ne l'abandonnera plus. Elle vit dans une inquiétude continuelle. Mille questions se posent à son esprit, auxquelles son esprit est constamment occupé à répondre : « Aime-t-elle encore son mari ? Son enfant? Elle est une grande coupable. Elle doit être punie. Quels malheurs lui arriveront ? Comment y échapper ? » Ainsi vit-elle dans un état d'attente anxieuse continuelle, dans l'appréhension constante du danger imminent. Parfois, cette anxiété grandit et augmente jusqu'à l'angoisse aiguë, survenant par crises, durant lesquelles elle étouffe, pleure, se désespère et appelle la mort qui la délivrera de son martyre.

Des troubles somatiques accompagnent cet état mental. Céphalée intense, en forme de casque. Dépression nerveuse profonde. Fatigue, pesanteur des membres, dégoût de l'action et de l'effort. Troubles digestifs. Entérite muco-membraneuse. Insomnie.

Dans l'intervalle des crises anxieuses, bien que toujours inquiète et découragée, la malade se rend compte de la fausseté de ses

scrupules et de l'inanité de ses craintes. Mais dès que l'angoisse grandit, son opinion se transforme et elle se retrouve aussitôt sous l'empire de ses préoccupations obsédantes.

En octobre 1901, j'institue un traitement tonique et reconstituant. Suralimentation, repos au lit, lécithine en injections hypodermiques, franklinisation. L'état dépressif s'améliore progressivement : la sensation de fatigue disparaît avec la céphalée et l'asthénie motrice. Les fonctions digestives se régularisent. Le sommeil se rétablit. Tous les symptômes neurasthéniques s'amendent. Seul subsiste l'état anxieux, qui, malgré le traitement, persiste presque intégralement avec des alternatives d'atténuation et de rechute. L'état somatique est excellent ; une analyse d'urine ne révèle aucun élément anormal, aucun trouble dans les excrétions, de chlorures, de phosphates et d'urée. L'obsession subsiste cependant, une crainte du châtiment, avec scrupules, reproches, idées de suicide.

Ce n'est que six mois plus tard, après un traitement hygiénique, physique, médicamenteux et psychique, poursuivi avec persévérance, que ces accidents mentaux s'atténuent, sans avoir disparu encore entièrement à l'heure actuelle.

En conclusion, nous voyons dans ce cas évoluer d'une marche différente les symptômes asthéniques et les symptômes anxieux. Sous l'influence du traitement, la neurasthénie a guéri rapidement et ses symptômes ont disparu. Ceux de la névrose d'angoisse — attente anxieuse, crises d'angoisse, obsession — ont subsisté pour ne s'amender que beaucoup plus tard.

* * *

Pour expliquer l'étiologie de la névrose d'angoisse, Freud fait appel à une hypothèse assez étrange. Conformément à sa théorie générale selon laquelle tous les troubles nerveux, ceux de l'hystérie comme ceux de la neurasthénie, auraient une étiologie sexuelle, il déclare que la névrose d'angoisse est produite pour une insuffisance de satisfaction du besoin sexuel. L'excitation génitale, ne trouvant pas son issue par les voies naturelles, au moyen de « l'acte spécifique », reflue vers les centres nerveux supérieurs et se crée des voies de dérivation en produisant des désordres émotionnels et organiques. C'est par ce mécanisme pathogénique qu'agiraient l'abstinence sexuelle, le coït réservé ou interrompu sans détente, la suppression brusque de l'onanisme habituel chez l'homme comme chez la femme.

Il y a certes dans cette affirmation de Freud une grande

part de vérité. De nombreux auteurs ont attribué au facteur sexuel un rôle important dans la pathogénie des névroses. Qu'il me suffise de citer les noms de Gattel, de Tschisch, de Lœwenfeld, de Kisch, dont j'ai résumé les observations dans mon travail sur ce sujet. Tout récemment, M. Pierre Janet, à propos justement de la névrose d'angoisse, écrit : « Si on peut avoir des renseignements, des aveux sur la vie sexuelle des malades, on voit qu'elle est presque toujours troublée et qu'elle est bien troublée en effet dans le sens qu'indique Freud. Ces personnes ont des désirs, souvent même trop fréquents, ils essaient de les satisfaire, mais n'y parviennent que très incomplètement. Les uns le constatent avec résignation, les autres s'en irritent et font des efforts désespérés et ridicules pour retrouver ce paradis perdu. Chez ceux-ci et à un moindre degré, mais d'une manière également certaine, des troubles remarquables, ruminations, agitations, angoisses, accompagnent ces excitations sexuelles incomplètes ».

J'ai personnellement examiné des cas très réels où l'insuffisance de satisfaction sexuelle avait provoqué une névrose d'angoisse. L'observation nouvelle et inédite qui va suivre vient donc à l'appui de la théorie de Freud.

Observation II. — Mme M..., quarante-deux ans, habituellement bien portante, peu nerveuse et nullement dégénérée, a perdu son mari il y a dix-huit mois environ. Son veuvage est attristé encore par des difficultés de succession et des discussions de famille. En octobre 1901, un an environ après la mort de son mari, elle se sent prise des premières atteintes de son mal. Inquiétude vague et sans motifs, oppression, anxiété. Peu à peu, ces symptômes augmentent. L'attente anxieuse, la crainte perpétuelle d'un malheur imminent s'installent dans sa conscience d'une façon chronique. En même temps apparaissent des crises d'angoisse aiguë, survenant soit la nuit sous forme de réveils angoissants, soit le matin, soit dans la journée, avec dyspnée, suffocation, larmes, désespoir, idées de suicide. Néanmoins, l'état général reste satisfaisant. Il n'y a ni asthénie, ni céphalée, ni dyspepsie, ni dépression cérébrale ; aucun des symptômes de la neurasthénie classique, sauf de l'insomnie, existant d'ailleurs d'une façon intermittente.

Malgré mon traitement, très soigneusement appliqué en avril et mai 1901, l'amélioration est peu marquée au bout de deux mois. A ce moment, la malade se remarie et reprend sa vie sexuelle.

Moins de trois semaines plus tard, tous les symptômes anxieux avaient tout à fait disparu et Mme M... est aujourd'hui complètement guérie.

Mais si Freud a fait une remarque juste en mettant en relief le rôle du facteur sexuel dans l'étiologie de la névrose d'angoisse, il semble qu'il se soit mépris en attribuant à ce facteur sexuel une valeur à peu près spécifique. Peu d'auteurs le suivront dans une affirmation aussi absolue. Et j'avoue, pour ma part, que malgré mon insistance et mes recherches, je suis loin d'avoir découvert toujours à l'origine de la maladie la cause sexuelle incriminée.

En revanche, tout choc, tout traumatisme émotionnel, tout surmenage affectif m'ont paru pouvoir produire l'explosion de la névrose. A cet égard la névrose traumatique ne serait qu'une variété de la névrose d'angoisse.

Le cas suivant offre un intérêt d'actualité en ce qu'il semble provoqué par les émotions de l'automobilisme.

Observation III. M. F... trente-six ans. Père mort à soixante-cinq ans d'une congestion pulmonaire Mère morte à soixante-six ans de coma diabétique.

Antécédents personnels du malade : rougeole, fièvre thyphoïde à 18 ans, kyste hydatique du poumon à vingt-deux ans, expulsé par vomique à vingt-trois ans. En 1899, M. F... commence à faire de l'automobile, d'abord sur un tricycle, ensuite sur une voiturette, enfin sur une voiture de 6 chevaux, dont il s'est servi jusqu'à ce jour. En mai 1899, il va de Nice à Mâcon en 4 étapes. Les trois premiers jours se passent bien, malgré une grande fatigue produite par l'attention tendue et la préoccupation de la direction de la voiture. Le quatrième jour, en descendant à Neufchâteau pour déjeuner, le malade se sent fortement indisposé. Il éprouve une impression de gêne très pénible au niveau du creux épigastrique, semblable à ce qu'on éprouve dans une vive émotion. Il claque des dents, frissonne, ressent de violents battements de cœur et est assailli par la crainte d'une mort subite. Il parvient non sans peine à se réchauffer en s'enveloppant de fourrures, et au bout d'une heure, à peu près rétabli, reprend son voyage.

Au début du mois d'août suivant, nouvelle crise. Le malade est brusquement réveillé la nuit par une peur indéfinissable. Ces crises se répètent les nuits suivantes et il en reste de l'angoisse jusqu'au jour suivant. Un médecin consulté trouve une dilatation d'estomac, prescrit un régime et rassure le malade. L'angoisse diminue.

En octobre suivant, après trois jours de route en automobile, le malade dîne de bon appétit et couche à Avignon. Vers onze heures, il est brusquement réveillé par une terreur atroce. Il lui semble que c'est la fin, que son cœur va se rompre, qu'il va mourir sur l'instant. Il se précipite hors du lit, fait la lumière : l'accès se calme au bout d'une demi-heure environ. Quatre jours après, nouvelle crise nocturne qui dure quatre heures. Le malade est persuadé qu'il est atteint d'une maladie de cœur très grave, et ne peut plus dormir sans lumière. Les nuits suivantes, crises nocturnes. Les journées sont assez calmes, mais le malade éprouve sans cesse un sentiment d'inquiétude et d'abattement. Rassuré pendant quelques jours par une consultation médicale, l'angoisse reprend bientôt et les crises se renouvellent toutes les nuits, avec la terreur de la mort imminente. Dès qu'il se trouve seul, l'angoisse devient aiguë, et il a peur de mourir.

Au début de décembre 1900, M. F... a la douleur de perdre sa mère et il en ressent un coup terrible. A partir de ce moment, toujours angoissé, toujours inquiet de sa maladie de cœur, toujours sous la menace de la mort immédiate, il néglige ses intérêts, se désole en songeant au sort de sa femme et de ses enfants s'il venait à disparaître. En décembre, consultation chez un spécialiste pour les maladies de cœur, qui ne relève aucune lésion, et attribue tous les accidents à l'état gastrique. Le malade rassuré une fois encore, reprend un peu d'énergie, commence à lutter contre ses craintes vaines, fait de l'hygiène, du repos, de l'hydrothérapie, du massage. etc,. Amélioration. Crises moins fréquentes et moins fortes. Mais l'angoisse persiste et s'exagère par le moindre bruit, le moindre choc.

En juin, M F... se rend à Paris, seul, pour visiter le salon de peinture. Après une promenade d'une demi-heure au Grand-Palais, il se demande subitement : « C'est imprudent de rester à Paris sans prévenir ta femme : s'il t'arrivait un malheur, elle ne le saurait pas. » Il constate alors qu'il ne porte sur lui aucune pièce d'identité, et est envahi aussitôt par une anxiété terrible, qui l'étrangle et lui coupe bras et jambes. L'accès ne dure que cinq minutes, mais il est d'une violence extrême.

Enfin le dernier accès est survenu en juillet à une représentation de théâtre où l'on jouait « Au téléphone », pièce très dramatique dans laquelle un mari assiste par le téléphone à l'assasinat de sa femme et de son enfant. M. F... est très impressionné par ce spectacle, éprouve une anxiété terrible, a peur de se trouver mal, mais parvient à se maîtriser jusqu'à la chute du rideau.

En somme, depuis une année, les crises sont moins fortes qu'au début, mais beaucoup plus nombreuses. Le malade est sous l'impression d'angoisse, en attente anxieuse, en imminence de peur aiguë. Il a des accès de peur à propos de tout : un rien l'émo-

tionne. Un choc en chemin de fer, une imprudence d'enfant, un cheval qui bute, une chaussée à traverser parmi les voitures, un faux pas, tout est pour lui motif à une anxiété poignante. Les bruits, même très faibles, le font tressauter le jour, l'éveille en sursaut la nuit. Il ne peut plus dormir sans lumière ; et si, pendant son sommeil, on éteint celle-ci, il se réveille aussitôt. Depuis novembre dernier, il est en outre sujet à des troubles intestinaux, crises de coliques, diagnostiquées comme névropathiques par le médecin.

Inutile d'ajouter que M. F... a depuis longtemps cessé l'usage de l'automobile. Quant aux habitudes sexuelles, elles ont été de tout temps régulières, et on ne saurait, dans le cas actuel, incriminer nullement une cause sexuelle de la névrose.

* * *

Cette dernière observation pourrait peut-être contribuer à nous éclairer sur la nature même de la maladie. Nous y voyons le malade atteint franchement d'une hyperexcitabilité de tout le système nerveux viscéral et émotionnel, c'est-à-dire du système nerveux sympathique. Par contre, les grandes fonctions du système nerveux cérébro-spinal paraissent intactes : sensibilité générale, organes sensoriels, motilité, intelligence et volonté. Seule l'émotivité est profondément troublée. Il semble donc que le siège de l'affection réside dans le système sympathique dont les fonctions altérées par les causes pathogéniques ordinaires, telles que la fatigue, l'épuisement, le surmenage, l'intoxication, etc., révèlent une hyperexcitabilité pathologique. C'est en vertu de ces remarques que j'ai émis l'hypothèse que la névrose d'angoisse pourrait bien consister en une faiblesse irritable du système sympathique, au même titre que la neurasthénie est considérée comme une faiblesse irritable du système cérébro-spinal. La même altération fonctionnelle produirait ainsi deux névroses différentes suivant sa localisation. Rien d'étonnant alors à ce que névrose d'angoisse et neurasthénie se rencontrent si souvent associées chez le même malade et aient été confondues jusqu'à ce jour dans un type morbide unique. Les causes qui agissent sur l'une des parties du système nerveux, fatigue, intoxication, infection, etc., ont bien des chances de toucher aussi l'autre partie. Et il faut des cas, en somme assez favorables, pour qu'on trouve l'un des systèmes atteint tandis que l'autre est resté absolument indemne.

Cependant ces cas de névrose d'angoisse pure existent. Depuis que les premiers travaux attirèrent l'attention sur elle, un certain nombre d'auteurs en ont rencontré des exemples authentiques, et reconnaissent la réalité clinique du syndrôme de Freud. Ainsi, MM. Pitres et Régis ont insisté à plusieurs reprises, dans des publications successives, sur l'intérêt de la névrose anxieuse considérée comme terrain d'éclosion des obsessions et des phobies. M. Lalanne, dans son intéressant rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes tenu à Grenoble en 1902, accorde une place importante à la névrose d'angoisse. A ce même congrès, dans la discussion de ce rapport, plusieurs neurologistes, et en particulier M. Gilbert Ballet ont reconnu l'existence du syndrôme tel qu'il a été décrit par Freud et observé par moi-même. Enfin, dans son dernier et remarquable ouvrage, M. Pierre Janet propose de considérer comme autonome, sous le nom de psychasthénie, un type clinique qui, de son propre aveu, est assez voisin de la névrose d'angoisse. C'est moins par la description que par l'interprétation des symptômes que son opinion diffère de la nôtre.

On peut donc, en somme, considérer le syndrôme clinique de la névrose d'angoisse comme réel et généralement accepté à ce jour. Le seul point litigieux est celui de l'autonomie de l'affection réclamée par Freud et par moi-même. La plupart des auteurs qui ont reconnu sa réalité clinique, MM. Pitres et Régis, Ballet, Lalanne, etc., se refusent par contre à en faire une névrose distincte et n'y veulent voir qu' « un état intermédiaire, un terme de passage entre les névroses et les psychoses à base d'anxiété » (Lalanne), qui se greffe le plus habituellement sur un fond névropathique ou psychopathique et finit en général par se confondre soit avec la neurasthénie, soit avec la mélancolie anxieuse. Certes, ces éventualités sont possibles dans le pronostic de la névrose d'angoisse. Mais il n'en reste pas moins vrai qu'il se présente des cas où le tableau de l'affection existe à l'état pur, sans aucune participation de neurasthénie ni mélancolie, et qui spontanément ou par l'effet de la cure guérissent entièrement, sans verser jamais ni dans la névrose asthénique ni dans la psychose anxieuse. C'est pour ces cas que nous persistons à maintenir la légitimité de l'autonomie de la névrose d'angoisse.

Bibliographie. — Ballet. Communication au *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Grenoble, 1902. — Bouveret. *La Neurasthénie*.

Paris. Baillière, édit.. 1891. — Brissaud. *L'Anxiété paroxystique. Semaine Médicale*, 1890). — Freud. *Ueber die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten, Symptomenkomplex als « Angst-Neurose », abzutrennen, Neurologisches Centralblatt*, 1895, n° 2. — *Obsessions et Phobies, Revue Neurologique.* Paris, 30 janvier 1895.— *Zur Kritik der Angstneurose.* (*Wiener klin Rundschau*, 1895). — *Die Sexualität in der Aetiologie der Neurosen*, (*Wiener klin Rundschau*, nos 2, 4, 5, 7. 1899. — Gattel. *Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose*. Berlin. Hirschwald, 1898.

Hartenberg. *La Névrose d'Angoisse, Congrès international de Médecine*. Section de Neurologie. Paris, 1900. — *La Névrose d'Angoisse.* (*Revue de Médecine.* nos 6, 7, 8. Paris, 1901) et 1 vol. Alcan, édit. 1902. — *Conception psychologique de la névrose d'angoisse.* Congrès international de psychologie. Paris, 1900. — *Nouvelles observations de névrose d'angoisse.* Congrès des aliénistes et neurologistes. Grenoble, 1902. — La peur et le mécanisme des émotions. *Revue philosophique*, août 1899. — Hecker. *Ueber larvite und abortive Angstzustände bei Neurasthenie.* (*Centralblatt fur Nervenheilkunde*, Nov. 1893. — *Ueber die Bedeutung des Angstaffectes in der Neurasthenie. Versammlung des Psychuatrischen Verein der Rheinprovinz*, am 9 november 1895, 3u *Bonn*; in *Allgemeine Zeitschrift-fur Psychiatrie. Berlin* 1896. — Janet. *Les obsessions et la psychasthénie.* Paris. Alcan, 1903. — Kaan. *Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grubelzwang.* Jahrb, f. Psych. IX, Wien, 1893). — Kisch. *Névrose cardiaque d'origine sexuelle chez la femme.* in *Presse Médicale.* 10 juillet, 1897. — Lalanne. *Des états anxieux dans les maladies mentales.* Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes. Grenoble, 1902. — Lœwenfeld. *Ueber die Verknüpfung neurasthenischer und hysterischer Symptome in Anfallsform nebst Bemerkungen ueber die Freud'sche « Agstneurose » Munch. med. Wochensfrift.* n° 13, 1895 — *Zur Lehre von der neurotischen Angstusztanden. Munch. med. Wochenschrift*, nos 24, 25, 1897. — *Sexulleben und Nervenleiden Wiesbaden*, Bergmann, édit. 1899. — Pitres et Régis. *Sémeiologie des obsessions et des idées fixes.*. Rapport au Congrès de Moscou. 1897. — — *Les obsessions et les impulsions.* Paris, Doin, 1902. — Tournier. *Essai de classification étiologique des névroses* (*Archives d'anthropologie criminelle.* Lyon, 15 janvier 1900). — Tschisch. *Névroses d'origine sexuelle.* Comptes rendus du VIe Congrès de la Société des Médecins russes à Kiew. 1896.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Physio-psychologie des religieuses; les religieuses de Port-Royal.

(Cinquième série de cinq observations).

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ, professeur à l'Ecole de psychologie.

(*Suite et fin.*)

BIBLIOTHÈQUE DES FACULTÉS EN MÉDECINE

Observation III. Magdeleine Thomas du Fossé.

Hérédité. — Magdeleine Thomas du Fossé descendait de Gentien Thomas I, dont la famille était originaire de Blois et qui était maître des comptes en la Chambre de Normandie sous Henri III.

Son fils Gentien Thomas II, seigneur du Fossé, lui succéda dans ses charges. En 1665 il alla, sur le conseil des médecins, aux eaux de Bourbon « pour une colique d'estomach qui lui causoit de violentes douleurs[1] ». Le matin de son départ « il avoit eu une fort mauvaise nuit[2] ». Ces eaux ne lui procurèrent qu'un soulagement passager. « Son mal empira toujours[3] ». En septembre 1665, « voyant que tous les remèdes ne pouvoient lui procurer le soulagement qu'on lui promettoit[4] », il se prépara à la mort. Il mourut ce même mois. Il était « d'un naturel vif et bouillant[5] » « d'un esprit ardent et plein de feu[6] » « franc et d'un cœur ouvert[7] ».

Charles Maignart, prêtre de l'Oratoire, curé de Sainte-Croix-Saint-Ouen de Rouen, sa paroisse, avec lequel il était intimement lié s'étant retiré du monde en 1643, sous les suggestions de l'abbé Jean du Vergier de Hauranne, Gentien Thomas II du Fossé, plein d'une « vive douleur[8] », s'en vint exprès à Paris pour quereller cet Abbé qu'il ne connoissoit point encore, et pour lui redemander son Curé qu'il lui avoit enlevé. Il lui parla en effet avec chaleur; se

[1] et [2] Pierre Thomas du Fossé, 257.
[3] et [4] *Ibid.* 258.
[5] *Ibid.* 21.
[6] *Nécrologe.*
[7] *Ibid.* 25.
[8] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 21.

plaignant du tort qu'il faisoit à tout un peuple en le privant de celui qui étoit toute leur consolation et tout leur conseil. Ce pieux abbé lui répondit avec beaucoup de douceur, selon l'esprit et les règles de l'Église, et lui représenta avec tant de force et d'onction la nécessité de la pénitence, pour tous ceux qui se sentent redevables à la divine justice, que celui qui étoit venu pour se plaindre de l'enlèvement de son Curé, se sentit lui-même enlevé par la vertu toute divine de la vérité qui pénétra son cœur. Dès ce moment il prit la résolution de quitter le monde, et demeura à Paris pendant quelque tems, pour faire un renouvellement de toute sa vie, et prendre pour l'avenir du S. Abbé des règles de conduite[1] ». Il lui fit sa confession générale. Du Vergier lui montra « la nécessité indispensable qu'ont les pères et les mères de s'appliquer avec tout le soin possible à procurer à leurs enfants une éducation conforme, non seulement à leur naissance, à quoi ils ne manquent guère, mais beaucoup plus à leur baptême, et à cette glorieuse qualité qu'ils ont acquise d'enfans de Dieu[2] », et lui proposa de mettre ses enfants aux Petites-Ecoles de Port-Royal des-Champs qu'il avait fondées. Gentien s'empressa d'accepter. Revenu à Rouen, il dit à sa femme : « C'est une éloquence toute de feu qui se fait sentir au cœur, et qui l'embrase dans le même tems qu'elle frappe les oreilles[3]. Celle-ci voulut voir le célèbre suggestionneur, et revint de Paris convertie. Les deux époux « commencèrent d'abord par se retirer des compagnies et à demeurer chez eux dans l'occupation et dans la prière[4] ». Ils ne sortaient que pour aller à l'église ou pour faire quelques visites absolument nécessaires. « On voyoit dans leur conduite et dans leur extérieur un certain air de modestie et de piété qui tenait lieu de langage, et qui faisoit connaître qu'ils ne vouloient plus avoir de commerce comme auparavant avec le monde[5] » Gentien vendit sa vaisselle d'argent et sa charge, et ils se retirèrent chez une dévote, Mme de Fresle, à Rouville près Rouen, où ils se mirent sous la direction de Jean Guillebert, curé de cette paroisse, autre « aimant spirituel[6] » des âmes.

A Rouen on attribuait ces excentricités à de la « foiblesse d'esprit[7] ». Gentien Thomas II n'en continua pas moins à vivre « dans

[1] *Nécrologe.*
[2] *Ibid.* 24.
[3] *Ibid.* 26.
[4] Jérôme Besoigne, III, 121.
[5] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit,* 30.
[6] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 79.
[7] *Ibid.* 30.

la pratique d'une piété toujours uniforme[1] ». Suivant le conseil de Jean du Vergier, il « n'épargna rien pour procurer à tous ses enfans une éducation vraiment chrétienne[2] ». Il confia trois de ses fils à l'abbé Antoine Singlin, qui les mena aux Petites-Ecoles de Port-Royal des Champs, où le dévôt Etienne de Bascle fut chargé de « les instruire et les former à la piété[3] ».

L'un d'eux Pierre Thomas du Fossé qui, après avoir été solitaire de Port-Royal, s'était retiré avec d'autres dévôts au château des Troux près Chevreuse, écrivait : « Mon père commença à craindre, comme un père vraiment chrétien, que n'étant plus retenu comme à Port-Royal, par les règles d'une vie commune, ni veillé par des personnes dont je respectasse l'autorité, je ne me dégoutasse insensiblement de la piété, et ne sortisse de la voie dans laquelle j'avois commencé à marcher dans mon enfance. Il en écrivit à Messieurs Singlen et de Saci, et à moi-même assez fortement, pour m'engager à prendre quelque parti, me proposant l'exemple de quelques-uns de mes parens ». Le parti qu'il lui proposait était d'embrasser l'état ecclésiastique.

Gentien Thomas II mit encore trois de ses filles pensionnaires à l'abbaye de Port-Royal, et, à l'occasion de la profession de l'une d'elles Magdeleine, il donna 1000 écus à la communauté et s'engagea envers elle à une rente de 100 écus.

Sa femme Magdelène Beuselin, née en 1606, était « fille d'une mère qui lui disoit qu'on ne jeûnoit plus en comparaison de son tems où l'on ne mangeoit qu'au soir[5]. » « Fort bien faite[6] », dans sa jeunesse elle était « un peu pesante[7] » en 1684 (soixante-dix-huit ans). Pendant le carême de cette même année, à la suite d'une longue course faite à pied et à jeun, « elle se sentit prise d'une difficulté de respirer qui augmenta peu à peu[8] » surtout pendant l'été, se compliqua « d'une hydropisie très fâcheuse[9] », fit beaucoup souffrir la malade, s'aggrava en octobre, et se termina par la mort, le 10 novembre 1684 (soixante dix-huit ans). Il s'agissait vraisemblablement d'une maladie de cœur, peut être d'une stéatose cardiaque chez une vieille femme obèse, affection qui se serait aggravée à la suite d'une longue marche. Elle avait « l'esprit naturelle-

[1] *Nécrologe de Port-Roïal*, 431.
[2] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 79.
[3] *Vie de M. Thomas du Fossé*; en tête de ses mémoires, XVII.
[4] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 212.
[5] *Nécrologe de Port-Roïal*, 431.
[6] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*. 27.
[7] et [8] *Ibid.* 384.
[9] *Nécrologe de Port-Roïal.*

ment un peu altier[1] », était très charitable, craignait la mort et les jugements de Dieu. « Alliée à la plus grande partie des premières personnes de la ville » de Rouen, elle menait la vie mondaine, lorsque son mari lui parla de Jean du Vergier de Hauranne et l'exhorta de l'aller voir. Elle partit sur le champ pour Paris, et subit non seulement les suggestions de ce prêtre, mais celles de Jacqueline Arnauldt, abbesse de Port-Royal des Champs, qui la logea six semaines auprès du monastère, et celles d'Antoine Singlin. Ils « achevèrent l'ouvrage commencé par l'abbé[3] ». Elle fit une confession générale, et, à son retour à Rouen, « se rendit... imitation de son mari, renonça comme lui aux assemblées, aux divertissemens, aux festins, et se rendit aux offices et aux instructions des Eglises[4] ». De plus ils prirent d'un commun accord « la pieuse résolution de vivre comme frère et sœur[5] ». En 1648 (quarante-deux ans), à l'occasion de la profession de sa fille Magdelène, elle donna 1000 francs de toile à l'abbaye de Port-Royal.

En 1671 (soixante-cinq ans), elle se mit sous la direction de Nicolas le Tourneux, chapelain du collège des Grassins. « Elle ne sortoit jamais d'avec lui que plus forte, parce qu'elle en sortoit plus humble[6] » D'ailleurs « sa soumission et son humble docilité ont toujours été admirées de ceux qui la conduisoient; et, quoiqu'elle eut l'esprit naturellement un peu altier, elle s'abaissoit comme un enfant sous la conduite des personnes en qui elle respectoit l'autorité et la lumière de Dieu[7] ». Son fils Pierre Thomas du Fossé nous la peint aussi « remplie de la crainte du Seigneur... de respect pour les ministres de l'Eglise[8] ». Elle montrait une « grande simplicité dans sa soumission respectueuse envers les prêtres de Jésus-Christ, et une crainte très sincère d'offenser Dieu[9] ». « Depuis que Dieu s'étoit fait connaître plus particulièrement à elle, elle ne se démentit jamais de sa première piété, mais marcha toujours d'un pas égal dans la voie de son salut. Elle fit paraître jusqu'à la fin la solidité de sa vertu par la docilité avec laquelle elle recevoit les salutaires réprehensions de ceux à qui elle avoit confié la conduite de sa conscience[10]. » Elle fut « toute sa vie très exacte à observer les jeûnes

[1] *Ibid*, 431.
[2] Pierre Thomas du Fossé, 27.
[3] et [4] Jérôme Besoigne. *Loc. cit.*, IV, 297.
[5] Jérôme Besoigne. *Loc. cit.* III, 121.
[6] Pierre Thomas du Fossé, *Loc. cit.*, 340.
[7] *Nécrologe de Port-Roïal*, 431.
[8] Pierre Thomas du Fossé, *Loc. cit.* 386.
[9] *Ibid.* 387.
[10] *Ibid.* 386.

prescrits par l'Eglise[1] », et, à soixante-dix-huit ans, elle « jeunoit le Carême et les autres jours de jeûne avec la même exactitude que si elle n'avoit eu que trente ans[2] ». Elle avait deux parentes religieuses, l'une Geneviève de la Haye à Port-Royal, l'autre Mme de Flavancourt au Trésor. Elle fut sur son désir enterrée dans l'église de Port-Royal. Sévère à l'égard de ses enfants, elle voulait « qu'ils dépendissent d'elle[3] ». Elle voulait aussi « que ses domestiques fussent persuadés qu'elle les aimoit pour Dieu[4] ».

Gentien Thomas II et Magdelène Beuselin eurent neuf enfants, cinq fils, dont deux jumeaux, et quatre filles.

L'aîné des fils, Gentien Thomas III du Fossé, « garçon bien fait[5] », « des plus grands et des plus puissans de son âge[6] », « avancé dans ses études, et qui promettoit beaucoup selon le monde[7] » mourut jeune, au commencement de 1650, « en huit jours d'une fièvre très violente[8] ». Il avait été élevé aux Petites-Ecoles de Port-Royal sous les dévots Etienne de Bascle, Claude Lancelot, religieux de Saint-Cyran, Pierre Nicole, bachelier en théologie, et Charles Wallon de Beaupuis, prêtre.

Le second, Henri-Thomas du Fossé, né en 1631, mourut « d'une mort précipitée... qui l'enleva tout d'un coup[9] », le 22 avril 1652, à vingt et un ans. Il subit la même éducation que le précédent, fut mis, à douze ans, aux Petites-Ecoles de Port-Royal, et fut enterré dans l'abbaye.

Le troisième, Pierre Thomas du Fossé, naquit le 6 août 1634. Enfant, il était grand et fort, le plus fort de tous les élèves des Petites-Ecoles.

En 1649 (quinze ans), « je tombai malade, dit-il,... d'une très grosse fièvre avec un transport au cerveau. Je ne parlois que de Guerre, et je voulois toujours me lever, disant que M. le Prince m'appelloit, et qu'il falloit que j'allasse le trouver. Pendant que mon corps étoit ainsi agité par cette violente fièvre, et mon esprit par cette phrénésie, mon âme souffroit d'étranges angoisses, et sentoit même, si je l'ose dire, d'étranges douleurs. Car je croyois effectivement être en l'autre monde, et souffrir quelque chose des peines qui étoient dues à mes péchés. Je ne pouvois néanmoins bien discerner en quel lieu j'étois, mais ce que je sais c'est que j'étois en un état de souffrances bien pénibles. Cela dura tout le

[1] *Nécrologe de Port-Roïal*, 431.

[2] Pierre Thomas du Fossé.

[3] *Ibid.* 387.

[4] *Ibid.* 383.

[5] [6] [7] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 98.

[8] *Mémoire de Le Maître en tête des mémoires de Nicolas Fontaine.*

[9] *Nécrologe de Port-Roïal*, 172.

tems du transport au cerveau ; mais lorsqu'il eut cessé, l'idée et le sentiment de ce qui s'étoit passé en moi, et de ce que j'avais vu et même souffert en me croyant en l'autre monde, me fit une si forte impression sur l'esprit que dès ce moment toute cette passion si violente que je sentois pour la guerre se dissipa[1]. » Il renonça donc à la carrière des armes.

Ce délire d'action systématisé avec hallucinations et idées mélancoliques rappelle les accidents cérébraux qui surviennent, au cours de la fièvre typhoïde, chez les prédisposés. Il est du reste à remarquer que la « très grosse fièvre » de Pierre-Thomas du Fossé se déclara vers l'époque même où son frère, Gentien Thomas III, fut atteint de la « fièvre très violente » qui l'emporta en huit jours. L'une apparut en 1649, l'autre au commencement de 1650, ce qui fait songer à une épidémie familiale.

Il semble que cette maladie modifia complètement le tempérament de Pierre Thomas du Fossé. En effet celui qui avait été un enfant vigoureux écrira plus tard : « Le travail corporel ne me convenoit en aucune sorte, selon que je l'ai souvent éprouvé ;... la foiblesse de ma poitrine et de mon tempérament ne pouvoit pas me permettre de soutenir un travail pénible[2]. »

Le 2 novembre 1658 (vingt-quatre ans), il eut une hallucination auditive, dont il ne parle pas dans ses mémoires, mais que Nicolas Fontaine nous a rapportée dans les siens. Antoine Le Maistre était alors malade à la mort. « Un soir, lorsque tout le monde étoit retiré de la chambre de M. Le Maître, pour lui laisser passer la nuit en repos, M. du Fossé qui avoit sa chambre attenant M. Le Maître dans un appartement fort séparé de tout le monde, ayant quelque chose à faire ce soir-là, ne se coucha pas si tôt. Sur les neuf heures du soir, lorsqu'il écrivoit, on frappa un grand coup à sa porte qui étoit proche de sa table. Cela le surprit un peu, n'ayant ouï personne dans ce grand silence de la nuit. Il demanda néanmoins qui étoit là, comme cela se fait ; mais personne ne lui répondit. Quoique cela le surprit un peu, il ne laissoit pas de continuer ce qu'il faisoit[3] ; et lorsqu'il y étoit appliqué, un second coup frappa à la porte, encore plus brusquement que le premier. M. du Fossé se leva aussitôt, ouvrit la porte, et ne voyant personne, il prit de la lumière pour voir depuis le haut jusqu'au bas du degré, s'il n'y avoit personne de caché, qui par plaisir voulut lui faire peur. N'ayant vu aucune trace que personne fut

[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 96-7.

[2] *Ibid.* 164.

[3] Il est remarquable que, personne ne lui répondant, il n'alla pas ouvrir de suite. Il avait sans doute à demi conscience qu'il était victime d'une hallucination.

venu là, les pensées commencèrent à s'élever, et certains nuages de peur l'environnèrent, quelque résolution qu'il tâchât de conserver. Il se remettoit néanmoins à écrire, mais les yeux un peu étonnés et l'esprit un peu agité de distraction et de trouble, lorsqu'un troisième coup, encore plus fort que les deux autres, lui fit tomber la plume des mains. Il tomba presque à la renverse, et il fut bien heureux de trouver son lit proche de lui, pour s'y jeter promptement. Il n'entendit plus rien depuis; mais il n'en avoit que trop ouï pour avoir lieu de passer une nuit bien inquiète, jusqu'à ce que le matin étant venu, il fit part de cette inquiétude à ses amis les plus intimes, qui prirent de là un fort mauvais augure, et qui deux jours après ne virent que trop clairement ce que marquoit ce signal funeste, qui s'adressa précisément à celui qui faisoit la plus grande perte à la mort de M. Le Maître [1]. » Celui-ci mourut en effet deux jours après, le 4 novembre 1658.

Je crois que l'hypothèse d'une farce dont Pierre Thomas du Fossé aurait été victime doit être écartée. Il n'était personne à Port-Royal qui fut capable d'aller frapper bruyamment, la nuit, dans le but de lui faire peur, à la porte d'un solitaire dont la chambre était attenante à celle d'un moribond solitaire aimé et respecté de tous. Que s'était-il donc passé?

Pour le comprendre, il nous faut nous reporter aux *Mémoires* de Louis de Pontis. Louis de Pontis devint solitaire de Port-Royal à la suite de la frayeur que lui causa la mort subite d'un de ses amis. Voici ce qu'il écrit, à la fin de ses mémoires, au sujet de cette personne :

« J'appris une chose de la propre bouche de son confesseur, qui servit beaucoup à augmenter encore mon étonnement. Car il me dit que lorsqu'il le confessoit un jour, ils entendirent frapper à la porte de la chambre trois grands coups. S'étant levé aussitost pour voir qui c'étoit, et ayant ouvert la porte, il ne trouva personne. Comme il se fut remis à sa place pour continer sa confession, il entendit tout de nouveau frapper plus fort qu'auparavant. Ce qui l'ayant obligé de se relever, pour voir qui étoit celuy qui frappoit ainsi, comme il ne trouva encore personne, il dit à son confesseur en s'écriant: Ah! mon père, ce n'est pas vous que cela regarde. Et il prit en effet cet avertissement comme lui venant de la part de Dieu [2]. »

[1] Nicolas Fontaine. *Mémoires*, II, 179.

[2] *Mémoires du sieur de Pontis*, Paris, 1778 II, 527.

Ici nous n'avons plus les mêmes raisons que précédemment pour repousser l'hypothèse d'un tour joué à un dévot en train de se confesser, par quelqu'un de ses proches ou de ses serviteurs. Mais voici qui est intéressant.

Les Mémoires de Louis de Pontis *furent rédigés par Pierre-Thomas du Fossé*, qui les commença en 1657 (vingt-trois ans) et *les termina en 1658 (vingt-quatre ans), c'est-à-dire l'année même où mourut Antoine Le Maistre.* L'auteur de la biographie de notre dévot s'exprime ainsi : « M. du Fossé recueillit aussi les Mémoires de M. de Pontis, qui étoit alors retiré à Port-Royal des Champs. *Au milieu de ces occupations*, il perdit M. Le Maître qui fut enlevé par une prompte mort le 4 novembre [1]. » De telle sorte que Pierre-Thomas du Fossé avait la mémoire toute fraîche de l'anecdote relative à l'ami de Louis de Pontis, et était peut-être même en train de la rédiger, dans cette nuit du 2 novembre 1658, où il entendit frapper les trois coups. Pour toutes ces raisons, je conclus à une hallucination auditive. Ce signe de mort est connu dans le monde des mystiques sous le nom de *marteau de Saint-Benoît*. Ce serait une de ces hallucinations qui se transmettent par suggestion chez des sujets prédisposés.

En 1661 (vingt-sept ans), Pierre Thomas fit une maladie sur laquelle aucun renseignement ne nous est parvenu. En 1665 (trente et un ans), au moment où il se préparait à aller voir son père mourant, une autre maladie l'obligea à différer son départ. En mai 1665 (trente-deux ans), il était « très incommodé d'une palpitation de cœur, qui me tourmentoit, dit-il, principalement les nuits [2] ». Ces « violentes palpitations de cœur... me mettoient souvent en danger de mort [3] ». L'hiver suivant, il alla consulter les plus habiles médecins de Rouen, pour ce mal qui ne lui « donnoit point de relâche, car, dit-il, je passois une partie des nuits dans des inquiétudes mortelles [4] ». Il suivit sans succès divers traitements. Enfin un gentilhomme très riche et « célèbre par l'excellence de ses remèdes, nommé M. Bouchart », lui indiqua le suivant : « Mettez de l'antimoine en poudre dans un matras de verre, avec la sixième partie de sel ammoniac aussi en poudre, et bien mêlé avec l'antimoine. Faites-le sublimer au feu de sable, en gardant bien les degrés du feu, ce qui dure environ seize heures, et l'on donne sur la fin le feu très violent, c'est-à-dire les quatre ou

[1] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XVII.

[2] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 280.

[3] *Ibid*, 283.

[4] *Ibid*, 292.

cinq dernières heures. Cassez ensuite votre vaisseau, et en tirez seulement ce qui est monté et s'est attaché au parois du matras. Broyez cela et le faites sublimer de nouveau six fois différentes, c'est-à-dire six jours de suite, en prenant chaque fois ce qui est élevé et attaché au parois de votre vaisseau, le broyant et le mettant dans un autre, les six sublimations durant beaucoup moins que la première, c'est-à-dire dix heures chacune environ. Gardez avec soin cette poudre, en la tenant sèchement dans une bouteille de verre bien bouchée, et s'il se peut même chaudement. On en met seulement le poids d'un quart de grain [1] dans un demi-setier [2] de vin d'Espagne, et l'on la laisse infuser à froid, bien bouchée, l'espace de vingt-quatre heures, avant que d'en prendre une cuillerée [3] seulement tous les matins à jeun, tant que dure le demi-setier, mesure de Paris, et il faut être au moins deux heures après sans manger. Le remède ne produit aucun effet sensible, ni par les sueurs, ni par les urines, ni par haut ni par bas, sinon qu'on se sent guérir: car tous ne guérissent pas, mais j'en ai vu de très beaux effets ajoute Pierre-Thomas du Fossé. Pour moi, dès la première cuillerée, je fus bien dédommagé des peines que j'avais prises, puisqu'elle m'arrêta tout d'un coup les syncopes ou palpitations dans le tems de leur plus grande violence, comme si je ne les eusse jamais eues [4]. »

Quelle était donc cette poudre merveilleuse, résultant de l'action, sous un « feu très violent », de l'antimoine sur le sel ammoniac ou chlorure d'ammonium? L'antimoine s'oxyde à la température de sa fusion (450°), et donne d'abondantes vapeurs d'oxyde d'antimoine Sb^3O^3. Or cet oxyde, chauffé avec le chlorure d'ammonium, donne du trichlorure d'antimoine, de l'eau et du gaz ammoniac selon la formule suivante :

$$Sb^2O^3 + 6AzH^4Cl = 2SbCl^3 + 3H^2O + 6AzH^3$$

D'autre part le trichlorure d'antimoine est décomposé par un excès d'eau froide (eau du vin d'Espagne), qui précipite une poudre blanche d'oxychlorure d'antimoine SbOCl. Or,

[1] Le grain valait 0 gr 053, le quart de grain 0 gr 01325.

[2] Le semi-sétier valait environ $\frac{1}{8}$ de litre soit 125 centimètres cubes.

[3] En admettant qu'il s'agisse de la cuillerée à soupe, c'etait donc 16 centimètres cubes de cette infusion qu'on devait prendre par jour, soit 0 gr 0016 de poudre.

[4] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 293-4.

à la dose indiquée de 1 milligramme et demi par jour, cette poudre est absolument sans effet sur l'organisme, ainsi que notre dévot l'observe d'ailleurs.

La guérison de ses palpitations et de ses syncopes eût donc lieu par autosuggestion. Un traitement conseillé par un gentilhomme « célèbre par l'excellence de ses remèdes », et qui plus est très riche, c'est-à-dire désintéressé, une poudre qu'on mettait exactement cent heures à préparer, ne pouvait pas ne pas agir sur un solitaire de Port-Royal. La clientèle des marchands de faux remèdes n'est-elle pas composée en majorité de prêtres et de dévôts? Et quel médecin n'entendit parler d'une poudre ou d'un élixir merveilleux dont telle communauté religieuse a le secret, qui guérit parfois et soulage toujours?

La guérison instantanée par une dose d'environ un milligramme et demi d'oxychlorure d'antimoine des palpitations et des syncopes dont souffrait Pierre Thomas du Fossé donne la mesure de sa suggestibilité, et prouve que ces accidents étaient d'origine hystérique (hyperamiboïsme des neurones).

En 1684 (cinquante ans), il fut très gravement malade, mais se rétablit complètement. En 1696 (soixante-deux ans) il présenta les premiers symptômes de la maladie dont il devait mourir. Elle frappa « seulement ma langue, dit-il, et tous les muscles des environs, d'une espèce de paralysie qui s'est augmentée d'une manière insensible, jusqu'à m'ôter tout à fait l'usage de la parole, et me rendre le manger et le boire très difficile, avec quelques autres accidens qui en dépendent[1] ». « Mon mal étoit d'abord fort peu de chose. Je fus bien deux mois et demi sans qu'on s'apperçut dans la maison que j'avois peine à parler, sentant moi seul cette difficulté[2]. » Cette difficulté augmenta, malgré « quelques remèdes de M. l'abbé de Lucé, dont j'ai éprouvé l'excellence en bien des rencontres[3] ». Les médecins lui ordonnèrent le repos. Sur ces entrefaites, « je me blessai à l'os de la jambe, et quoique ce mal ne parut rien d'abord, il s'aigrit et je ne laissai pas d'être près de deux mois sans pouvoir marcher. Pendant ce tems-là, mon autre mal augmenta beaucoup, en sorte que je commençai à avoir une vraie peine à parler[4] ». Son frère alla à Paris consulter le docteur de Chaudrai, « Mais le remède qu'il m'ordonna, qui étoit

[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 2.

[2] et [3] *Ibid.* 488.

[4] *Ibid.* 490.

de l'eau de bétoine distilée[1], me fit tant de mal, que j'eus bien regret de l'avoir pris. » Puis « on me saigna sous la langue, je pris des gouttes d'Angleterre[2], j'usai d'esprit de corne de cerf[3], d'essence de poudre de vipère[4], de teinture d'anis, d'extrait de fleurs de tilleul, de vulnéraires et de plusieurs autres remèdes que chacun disoit être le spécifique de mon mal. Mais, bien loin de m'en sentir soulagé, ma paralysie augmentoit toujours[5] ». Fagon lui ordonna les eaux de Bourbon, où il prit la « douge ». « Je puis dire que je ne me fusse jamais figuré qu'on eût tant souffert.

Je perdis d'abord la respiration, croyant que j'allois expirer; mais après m'avoir fait entendre avec beaucoup de peine, on arrêta ce fleuve d'eau bouillante que l'on fait tomber sur vous, et la nature s'accoutuma peu à peu à ce qui lui avoit d'abord paru insupportable. Je ne sais rien de plus humiliant que ce remède... Cependant toutes ces tortures ne purent me délier la langue qui étoit toujours également embarrassée »[6].

Une maladie intercurrente survint. « Je fus pris d'une fièvre et d'un mal de côté, et en deux jours de tems je me trouvai en tel état que j'envoyai prier le curé de la paroisse de me venir confesser. J'eus bien de la peine à me faire entendre »[7]. Il fut quatre jours à la mort, et au bout de huit jours hors de danger. Il s'agissait probablement d'une pneumonie.

Quant à la paralysie, elle « suivit régulièrement son premier cours, et alla toujours en augmentant, soit pour la difficulté de boire et de manger »[8]. Il alla consulter près de Jossé un prêtre célèbre pour ses cures miraculeuses, eût recours « à l'intercession de plusieurs saints »[9], fit « divers pélerinages et plusieurs neuvaines selon ma dévotion particulière, dit-il, ou celle de mes amis »[10]. De Chaudrai, qu'il alla cette fois voir lui-même, lui fit mettre un emplâtre sous la gorge et lui donna des poudres à avaler et à priser. Tout fut vain. De temps en temps des complications se produisaient. Le deuxième ou troisième jour du carême de 1697

[1] La bétoine passait pour tonique, stimulante, céphalique, antispasmodique. On l'employait aussi comme sternutatoire. Il est probable que de Chaudrai voulut faire une révulsion sur la pituitaire, ce que paraît indiquer sa prescription de poudres à priser. (Voir *infra*.)

[2] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 490.

[3] Peut-être les gouttes anglaises noires à l'opium.

[4] Composé complexe où domine le carbonate d'ammonium.

[5] Cette poudre passait pour très active. Elle agissait par son nom impressionnant.

[6] et [7] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*. 491.

[8] *Ibid.* 493.

[9] et [10] *Ibid.* 3.

(soixante-quatre ans), il fut pris d'une toux qui lui dura jusqu'après Pâques. « Elle étoit si violente et si fréquente, et l'impuissance où je me trouvois de cracher à cause de la paralysie qui rendoit immobiles les nerfs et les muscles du larynx, me réduisit à un tel état, que je croyois fort souvent ne pouvoir pas résister deux jours de suite à un mal qui me donnoit aucun repos ni jour ni nuit. Je passois aussi le jour étant levé dans une agitation perpétuelle, et la nuit j'étois souvent obligé de me tenir appuyé sur mon coude sans fermer l'œil et sans pouvoir presque respirer un seul moment qu'avec cette toux qui ne me donnoit aucun relâche. Quand j'avois été ainsi tourmenté deux ou trois jours de suite, j'en avois autant de repos. Lorsque je commençois à me croire guéri, je recommençois à tousser, de manière à ne plus espérer d'y pouvoir résister ; et lorsque j'étois le plus découragé, j'avois tout d'un coup une bonne nuit. Tout le Carême se passa de cette sorte »[1]. Il mourut le 4 novembre 1698, à soixante-quatre ans, après avoir souffert « pendant deux ans les douleurs les plus aigues »[2], « autant consumé par l'austérité de sa pénitence que par son assiduité au travail »[3].

Avec de pareils documents, il est plus facile de faire, à deux siècles de distance, le diagnostic de l'affection dont mourut Pierre-Thomas du Fossé qu'on ne le ferait peut-être après une observation directe mais de courte durée. Il s'agit de la paralysie labio-glosso-laryngée. Due à l'altération des neurones moteurs des noyaux d'origine des septième, neuvième, dixième, onzième et douzième paires crâniennes, cette affection frappe surtout les individus du sexe masculin entre trente et soixante ans. Son début est presque toujours lent et insidieux. Elle se manifeste d'abord par une dysarthrie, due à la paralysie de la langue et des lèvres, et qui aboutit bientôt à l'anarthrie, puis à l'alalie par paralysie du larynx. Déjà sont apparus, avec la paralysie du pharynx, des troubles de la déglutition qui facilitent le passage des aliments et de la salive dans les voies respiratoires. Il en résulte des secousses de toux, violentes, répétées, extrêmement pénibles et fatigantes, des inflammations des bronches, comme celle dont Pierre-Thomas du Fossé fut atteint pendant le carême de 1687, et des pneumonies dites *pneumonies de déglutition*, comme celle à ce qu'il semble dont il faillit mourir aux eaux de Bourbon. L'intelligence reste intacte. Aussi put-il écrire ses Mémoires, tout en étant obligé de les interrompre plusieurs fois. Cette affection progressive et incurable dure en moyenne de deux à trois ans.

[1] Pierre Thomas du Fossé . *Loc. cit.* 506.

[2] *Vie de M. Thomas du Fossé*, en tête de ses mémoires, XXXIII.

[3] *Nécrologe de Port-Roïal*. 421.

Une épitaphe d'un de ses amis attribue à Pierre-Thomas du Fossé « une chasteté sans reproche... une charité sans réserve »[1]. C'était un rêveur. « Si je n'étois point occupé à la lecture, dit-il, et même à la composition ou à la traduction, je me trouvois accablé par une foule de pensées qui me venoient malgré moi, et qui me troubloient »[2]. C'était aussi un émotif. Lorsque sa sœur Magdeleine signa le formulaire antijanséniste, il en fut « pénétré de douleur »[3].

Son père, qui le destinait à l'état ecclésiastique, le fit tonsurer à sept ans, à l'occasion de sa confirmation, et le mit en 1643 (neuf ans) aux Petites Ecoles de Port-Royal. Il y eût successivement pour maîtres, ainsi que ses frères Gentien III et Henri, les dévots Selle, Etienne de Bascle, Claude Lancelot (en 1645, onze ans), Pierre Nicole et Charles Wallon de Beaupuis (en 1646, douze ans). « On nous inspiroit sur tout la crainte de Dieu, dit-il, l'éloignement du péché, et une très grande horreur du mensonge ». Ils avaient pour catéchisme la *Théologie familière* de Jean du Vergier de Hauranne En 1646 (douze ans) les Petites Ecoles furent transférées à Paris rue Saint-Dominique au faubourg Saint-Jacques, d'où on menait les élèves « tous les Dimanches à Vêpres, à Port-Royal de Paris, où prêchoit alors M. Singlin »[4]. Il eût enfin pour professeur de philosophie Jean Bourgeois, abbé de la Merci-Dieu.

En 1650 (seize ans), son frère Gentien III étant mort, « l'on ne manqua pas, dit-il, de se servir de cette mort pour nous faire comprendre qu'il n'y avoit, ni force de corps, ni jeunesse qui dut nous mettre en assurance contre la crainte d'une mort semblable »[5]. Aussi, « voyant que ses deux frères étoient morts tout jeunes, il se dit à lui-même qu'il pourroit bien ne leur pas survivre beaucoup », et il résolut de « sacrifier à Dieu ce qui lui restoit de vie »[6]. La même année il fut mis chez Retard, docteur en Sorbonne et curé de Magni, paroisse de Port-Royal des Champs. Six mois après, il se retira à la ferme des Granges près l'abbaye, pour y mener la vie des solitaires. Il s'y lia étroitement avec le dévôt Antoine Le Maistre, qui lui donna « des instructions très solides, tant pour les études que pour la piété[7] ». En 1656 (vingt-deux ans), obligé de sortir des Granges, il alla demeurer à Paris avec

[1] *Epitaphe de Pierre Thomas du Fossé.* en tête de ses mémoires. XXXIX.

[2] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 164.

[3] *Ibid.* 252.

[4] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 94.

[5] *Ibid.* 98.

[6] Nicolas du Fontaine. *Mémoires pour servir à l'histoire de Port-Royal*, A Cologne, aux dépens de la Compagnie MDCCXXXVII, t. II, 175.

[7] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 156.

les dévôts Sébastien le Nain de Tillemont et François Akakia du Lac, et se mit sous la direction de l'abbé Charles Akakia du Mont, confesseur de Port-Royal. En 1657 (vingt-trois ans), il revint dans le désert de Port-Royal, où il commençait sa journée à quatre heures ou quatre heures et demie du matin par des prières, des lectures pieuses et la messe. La même année, « je pris le dessein, dit-il, d'aller demeurer à Saint-Cyran où quelques personnes de ma connaissance s'étoient retirées [1] ». Mais, après un voyage à cette abbaye, il renonça à son dessein. Très lié avec le prêtre Isaac-Louis Le Maistre de Saci, solitaire de Port-Royal, il se mit sous sa direction, après la mort d'Antoine Le Maistre (1658, vingt-quatre ans). En 1660 (vingt-six ans), obligé de quitter les Granges à cause du renouvellement de la persécution contre Port-Royal, il se retira avec le Nain de Tillemont et le curé Jean Burlugai, docteur en Sorbonne, au château des Troux près Chevreuse. Son père, ainsi qu'Antoine de Singlin et Le Maistre de Saci, l'engagèrent alors à embrasser l'état ecclésiastique et à entrer au couvent. Mais, dit-il, « le goût que j'avois pris à la vie de Port-Royal, joint à la connoissance que j'avois de mille embarras où l'on s'engage dans une communauté, en voulant éviter ceux du monde me donnoit de l'éloignement des Monastères [2] ». D'ailleurs « son humilité et son amour pour la sainte pauvreté lui firent toujours constament refuser de recevoir aucun ordre ou Bénéfice [3] ». Il continua donc à mener la vie dévote, et, en 1661 (vingt-sept ans), il alla s'établir avec le dévot Antoine Baudri de Saint-Giles d'Asson à la ferme dite Petit Port-Royal, et se lia avec le curé de l'endroit. La même année, il fit à pied un pélerinage à Notre-Dame de Chartres, à neuf lieues de Port-Royal. En 1662 (vingt-huit ans), trouvant que la ferme où il logeait était trop loin de la plus proche église, il alla habiter Paris avec son frère Augustin Thomas du Bosroger, les prêtres Antoine Singlin et Le Maistre de Saci et le solitaire Nicolas Fontaine, ne s'entretenant avec eux que de piété et se montrant très assidu à la messe et au prône. En septembre 1665 (trente et un ans), Le Maistre de Saci l'engagea à ne pas prendre la charge de son père qui venait de mourir, et à continuer à mener la vie dévote. La même année, il fit un voyage à Rome. En 1666 (trente-deux ans) il alla en Normandie, et se lia intimement avec un curé de cette province. En 1667 (trente-trois ans) il alla avec son frère Augustin Thomas du Bosroger et Julien, curé du Fossé, à Angers voir leur ami Charles Hillerin, ancien curé de Saint-Méri et prieur de Saint-André. Ils virent aussi l'évêque Henri Arnauld, « qui leur

[1] *Ibid.* 159.

[2] Piere Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 212.

[3] *Nécrologie de Port-Roïal.* 421.

donna toutes sortes de marques d'estime et d'amitié [1] », et assistèrent, dans l'église des religieuses de Sainte-Marie d'Angers, à la canonisation de François de Sales. A Pâques 1669 (trente-cinq ans), il alla habiter avec le prêtre Claude de Sainte-Marthe, confesseur de Port-Royal, Nicolas le Tourneux, chanoine de Rouen, dont il était allé naguère entendre les sermons, et qu'il avait mis en relation avec les solitaires de Port-Royal, et le dévot Le Nain de Tillemont. Après la mort de sa mère, survenue le 10 novembre 1684 (cinquante ans), il voulut vivre dans une solitude complète, mais son frère, sa belle-sœur et Nicolas Le Tourneux s'y opposèrent. A la fin de 1691 (cinquante-sept ans), il fit, avec son frère Augustin Thomas du Bosroger et la femme de celui-ci, une sorte de voyage circulaire. Ils passèrent par Orléans, où ils rendirent visite à Mme de Bouchu, abbesse de Voisins, par Amboise, où ils virent l'abbé Gaillard qui y faisait une mission, par Saumur, où ils rendirent visite aux religieuses de la Félicité, par Angers, où ils firent confirmer l'enfant d'Augustin Thomas par l'évêque Henri Arnauld, qui leur donna encore « toutes les marques de l'amitié la plus tendre [2] », et allèrent voir un pieux ecclésiastique nommé Heord, par Avranches, où ils nouèrent des relations, par l'intermédiaire du chanoine François Dirois, précepteur d'un de leurs frères, avec une société d'ecclésiastiques et de dévots, par le Mont Saint-Michel, dont ils visitèrent l'abbaye, par Argentan, dont ils visitèrent le couvent de Jacobins, par la Trappe, où ils s'entretinrent avec l'abbé et assistèrent à Matines et à tout l'office, par Evreux enfin, où ils rendirent visite à leur ami Métayer, curé de Saint-Thomas.

En 1696 (soixante-deux ans), les médecins lui ayant interdit de travailler, il ne fit plus que prier et lire des livres de piété. En 1697 (soixante-trois ans), après la maladie qu'il fit aux eaux de Bourbon, « j'eus le courage, dit-il, d'aller, quoique je fusse très mal, le jour de la Pentecôte, entendre la messe que je fis dire, et où je communiai dans le caveau de la Sainte-Chapelle, où l'on garde la Vraie Croix [3] ». Il fut enterré dans l'église de Saint-Etienne du Mont, bien qu'il eût souhaité l'être à Port-Royal, où son cœur seul fut porté. Outre les ecclésiastiques et les dévots que j'ai cités, il avait encore pour amis l'abbé Sébastien-Joseph du Cambout de Pont-Chasteau, la dévote Mme Le Sesne de Teméricourt et son neveu l'abbé Jean-Baptiste Le Sesne de Ménille d'Ettemare, les dévots Antoine Arnauld d'Andilli, Raphaël Le charron d'Epinoi et la dévote Catherine-Françoise de Bretagne de Vertus, sans compter les solitaires de Port-Royal. Il était « d'une piété éclairée et uni-

[1] *Vie de M. Thomas du Fossé*, en tête de ses mémoires, XXVII.

[2] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XXXI.

[3] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 492.

forme [1] ». Un de ses amis lui attribue « une prière sans relâche [2] ». « Il entreprenoit peu de commerce avec les savans, de peur de perdre en conversations inutiles les momens qu'il destinoit à la prière et à l'étude des livres saints [3]. » A partir de 1657 (vingt-trois ans), il travailla avec Antoine Le Maistre aux Vies des Saints. Cette année-là, ils revirent ensemble la traduction d'Iôannès dit l'Echeleur (saint Jean Climaque) par Robert Arnauld d'Andilli, à l'aide du commentaire d'Elias de Crète, que Pierre-Thomas du Fossé alla copier dans une bibliothèque. En 1658 et 1659 (vingt-quatre et vingt-cinq ans), il traduisit de l'espagnol en l'abrégeant la *Vie de dom Barthélemy des Martyrs*, archevêque de Braga en Portugal. En 1660 (vingt-six ans), il étudia l'histoire ecclésiastique avec Le Nain de Tillemont et Jean Burlugai. En 1662 (vingt-huit ans), il écrivit la vie de Thomas Becket (saint Thomas de Cantorberi). En 1675 (quarante et un an), il publia une histoire de Quintus Septimius Florens Tertullianus (Tertullien) et d'Origénès (Origène). En 1684 (cinquante ans), il continua les commentaires d'Isaac-Louis Le Maistre de Saci sur la Bible. Il est l'auteur des notes françaises de la moitié du livre des Nombres, du Deuteronome, des Juges, de Routh (Ruth), des troisième et quatrième livres des Rois, des Paralipomènes, d'Ezra (Esdras), de Tobit (Tobie), de Judith, d'Esther, de Iyob (Job), des Pseaumes, du Cantique des Cantiques, d'Irmeyahou (Jérémie), de Barouk (Baruch), d'Iehezqel (Ezechiel), de Daniel, des Machabées et des quatre Evangélistes. A la fin de 1697 (soixante-trois ans), il commença ses Mémoires, et les acheva après Pâques 1698. Enfin il collabora à plusieurs ouvrages dévots de Le Maistre et de Le Maistre de Saci, entre autres à la Vie d'Iôannès l'Echeleur et à celles d'Ignatios (saint Ignace) martyr. Ainsi qu'il l'écrivait en 1690 (cinquante-six ans) à Lazare André Bocquillot, chanoine d'Avallon, il fit l'aumône avec ce que ses ouvrages lui rapportèrent, mais la plupart ne lui rapportèrent rien.

Les deux autres fils de Gentien Thomas II du Fossé étaient jumeaux. L'un, Augustin Thomas du Bosroger, mena, dès 1662, la vie dévote en compagnie de son frère Pierre Thomas, des prêtres Antoine de Singlin et Le Maistre de Saci et du solitaire Nicolas Fontaine.

En 1667, il alla avec Pierre Thomas et le curé Julien à Angers, voir le curé Charles d'Hillerin et l'évêque Henri Arnauld; et à la fin de 1691, il l'accompagna dans son voyage circulaire.

Devenu maître des comptes à Rouen, il vendit sa charge « afin de vivre avec plus de liberté dans la retraite et dans les exercices

[1] Nicolas du Fontaine. *Loc. cit.*, II. 180.

[2] *Epitaphes en tête de ses mémoires*, XXXIX.

[3] *Dictionnaire de Moreri. Art. Thomas.*

de piété[1] ». Il se distingua « par une piété singulière[2] ». Il mourut le 26 mai 1701, et fut enterré dans l'église de Saint-Etienne du Mont. Sa mère lui cherchait « une épouse chrétienne[3] ». Elle lui fut procurée par une de ses parentes, Geneviève de la Haye, religieuse à Port-Royal, dans la personne de Catherine Agnès le Maistre de Séricourt, jeune fille très pieuse que sa mère mit d'ailleurs dans l'alternative d'accepter le parti ou d'entrer au couvent. Le mariage fut célébré par Antoine Arnauld, docteur en Sorbonne, grand-oncle de la mariée.

Augustin Thomas eut de sa femme un garçon et une fille, qui furent élevés dans la piété.

La fille, Catherine-Angélique Thomas du Fossé, fut tenue sur les fonds baptismaux par Antoine Arnauld. « Digne héritière de la piété de son illustre famille, elle sçut joindre à une profonde humilité et à une exacte fidélité à tous ses devoirs, une grande connoissance des vérités de la Religion, auxquelles elle fut fortement attachée, aussi bien qu'à Port-Royal et à tous les gens de bien. Elle eut toujours un grand attrait pour la solitude, le silence et la prière[4]. » Elle mourut le 20 janvier 1731.

L'autre fils de Gentien Thomas II du Fossé mourut jeune, au commencement de 1660, dans le séminaire de Beauvais « avec tous les sentimens de piété et de religion qu'on peut désirer dans une personne de son âge[5] ». « Il avoit eu quelque tems avant d'être malade, un dessein formé de quitter le monde, et il prioit tous les jours Dieu de l'affermir dans cette sainte résolution[6]. »

Des quatre filles de Gentien Thomas II, l'aînée seule se maria. Les trois autres avaient été élevées à l'abbaye de Port-Royal des Champs. Elles « profitèrent si bien de l'éducation chrétienne qu'elles y reçurent, que deux s'y consacrèrent à Dieu ; et la plus jeune ayant été empêchée par ses grandes infirmités, vécut au milieu du monde dans une grande piété et dans la virginité qu'elle avoit vouée[7]. »

La seconde était Magdeleine Thomas du Fossé, qui fait l'objet de cette observation.

La troisième, Anne Thomas du Fossé, se fit religieuse à Port-

[1] *Vie de M. Thomas du Fossé*, en tête de ses mémoires, XXXIII.

[2] *Dictionnaire de Moreri. Art. Thomas.*

[3] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XXVIII.

[4] *Nécrologe des plus célèbres défenseurs et confesseurs des dix-septième et dix-huitième siècles.* Acte. MDCCLX. t. IV, 95.

[5] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XXIII.

[6] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 168.

[7] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XVII.

Royal, et mourut jeune, le 1er juillet 1661, après dix ou douze ans de profession.

Voici ce que Pierre Thomas du Fossé dit de la quatrième, à laquelle il est fait allusion plus haut.

« Ses infirmités l'ayant empêchée d'être religieuse, elle vivoit dans le monde comme une personne qui avoit renoncé au monde. Elle avoit été pensionnaire à Port-Royal, et ce fut là que commença son mal. qui fut d'abord une fluxion qui se jetta sur ses jambes, et qui devint si grande qu'il fallut lui faire de terribles incisions, en sorte qu'on lui tira quasi tout le gros os de la jambe qui était carié. Elle souffrit des douleurs presque incroyables, tant de son mal que des opérations faites par les chirurgiens qui, bien qu'habiles, la martyrisoient tous les jours, sans pouvoir faire refermer cette plaie monstrueuse que l'on avoit peine à voir. » Enfin un médecin amateur et dévot des Champs des Landres, lui « donna un baume qui calma peu à peu ses douleurs et la mit en état de pouvoir guérir de ce mal si furieux. Mais quoique sa plaie se fut refermée, il lui resta néanmoins un mauvais levain, qui lui causoit de tems en tems des douleurs insupportables. « Il lui semblait que ses nerfs, et jusqu'à la moëlle de ses os étaient pénétrés de l'âcreté si cuisante de cette humeur[1]. » Ses douleurs ne cessèrent qu'à sa mort, qui survint en juin 1680. Elle fut enterrée à Port-Royal des Champs. Elle était très charitable.

Etat général de Magdeleine Thomas du Fossé. — Fille d'un dévot et d'une dévote ; ayant cinq frères, dont le premier et le second moururent jeunes, dont le troisième, faible « de poitrine et de tempérament et d'une chasteté sans reproche », eut à quinze ans un « transport au cerveau », à trente-deux ans des palpitations et des syncopes qui guérirent par suggestion, et mourut de paralysie labio-glosso-laryngée, après avoir été solitaire de Port-Royal, dont le quatrième mena aussi la vie dévote, dont le cinquième enfin mourut jeune, dans un séminaire, au moment où il se préparait à quitter le monde, ces deux derniers étant jumeaux ; ayant trois sœurs, dont l'aînée devint religieuse de Port-Royal, et dont l'autre, atteinte d'une carie du tibia, mena la vie dévote et mourut quatre ans avant sa mère ; comptant encore parmi ses parents les religieuses Geneviève de la Haye et Mme de Flavancourt et le dévot Charles Maignard de Bernières, Magdeleine Thomas du Fossé ne pouvait échapper à la fatalité qui pesait sur sa famille et fut emportée dans le mouvement de dégénérescence qui la précipitait au néant.

Elle naquit en 1628, et, comme son frère Pierre, mourut par le

[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 367.

système nerveux. En effet, elle tomba « peu à peu dans une espèce de paralysie qui, lui ôtant insensiblement l'usage de ses membres les uns après les autres, la réduisit à la fin en un tel état qu'elle ne pouvoit plus se rendre aucun service à elle-même. Etant couchée sur un côté, elle étoit forcée de s'y tenir, si on ne venoit la changer de place, sans pouvoir s'aider en aucune sorte de ses mains, non pas même pour se délivrer de l'importunité des moucherons qui la piquoient au visage durant l'été[1]. » Elle mourut de cette quadriplégie le 25 octobre 1696.

Intelligence et caractère. — C'était une « fort bonne fille, fort humble et pleine de charité[2] ». Mais, bien qu'elle fut « d'un naturel actif[3] », « elle manquoit un peu de... force et de... fermeté d'âme[4] ».

Tristesse, — Elle présentait une propension à la tristesse.

Le 15 octobre 1664 (36 ans), dans un moment « d'accablement de tristesse sur toutes ces affaires (affaires du formulaire antijanséniste) beaucoup plus grand qu'à l'ordinaire[6] », elle signa « fondant toute en pleurs[5] », le formulaire de 1661. Elle était alors « dans une grande angoisse[7] », qui, après sa signature, ne fit qu'augmenter. « Je passé (*sic*) le soir et le matin du lendemain dans une engoisse (*sic*), que je ne puis exprimer, ne sçachant encore néanmoins ce que je ferois[8] ». « La pauvre sœur, dès le lendemain de la signature, vint se mettre à genoux devant toute la Communauté, et fondant en larmes, se recommanda aux prières de l'Assemblée, protestant qu'elle avoit signé parce qu'elle n'avoit pu résister aux raisons qu'on lui avait dites[9] ». « Je demeuroy, dit-elle encore, ce soir (de la signature) et les deux jours suivans dans des pleurs presque continuelles, et tellement hors de moy, que je ne sçavois ce que je faisois..., j'estois dans une étrange inquiétude de ce que j'avois fait, craignant beaucoup d'avoir offensé

[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 474. Ces moucherons armés étaient les anophèles des étangs de Port-Royal, qui rendirent la fièvre palustre endémique dans ce monastère.

[2] *Ibid.* 251.

[3] *Ibid.* 473.

[4] *Ibid.* 251.

[5] *Recueil de pièces,* etc., *Lettres de la sœur Magdeleine de Sainte-Methilde. R. de P. R. à monseigneur l'archevêque de Paris,* 2.

[6] *Vies,* II, 169.

[7] *Recueil de pièces,* etc,. *Lettre citée,* 3.

[8] *Ibid.* 3.

[9] Jérôme Giroust, I, 594.

Dieu[1]. » Elle alla « communier toute en larmes[2] ». Et ce furent dès lors « des troubles et des angoisses incroyables[3] », un « trouble de conscience épouventable[4] », un accablement entrecoupé de pleurs. Son frère Pierre, étant allé la voir, remarqua en elle « une fort grande tristesse[5] ». Elle finit par rétracter, et fut exilée aux Filles de Sainte-Marie de Saint-Denis. Lorsqu'elle y recevait de mauvaises nouvelles de la Communauté de Port-Royal, « elle étoit presque des jours entiers à ne faire que pleurer[6] ».

Suggestibilité. — Ses parents la firent d'abord élever aux Ursulines, puis l'envoyèrent à l'abbaye de Port-Royal des Champs. Elle y prit l'habit de novice le 22 juillet 1646 (dix-huit ans), et y fit profession le 28 octobre 1648 (vingt ans). Voici ce qu'écrit Pierre Thomas du Fossé à cette occasion :

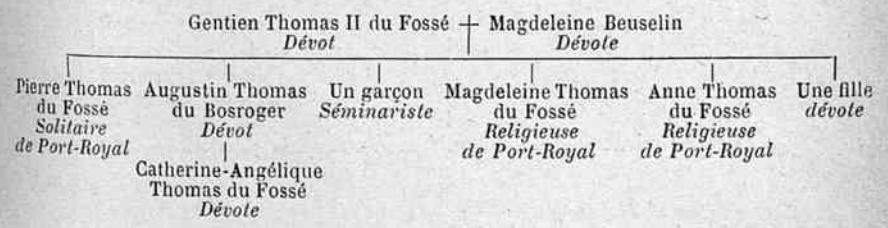
« Je ne saurois m'empêcher, en parlant de l'entrée de mes deux sœurs dans l'abbaye de Port-Royal, de remarquer quelque chose du désintéressement merveilleux de cette maison, et de la manière toute religieuse et toute chrétienne dont l'on avoit accoutumé d'y recevoir les filles à la profession religieuse. Jamais les vues humaines n'entroient en considération pour recevoir une fille. Ni la naissance, ni les grands biens, ni le crédit des parens, ni les avantages ou les défauts corporels ne pouvoient être des motifs pour recevoir ou pour refuser celles qui se présentoient. On s'attachoit uniquement à examiner devant Dieu autant qu'il étoit possible, *si elles avoient vocation*, non seulement pour la religion en général, mais encore pour la maison où elles vouloient entrer ; c'est-à-dire, si elles avoient un vrai fond de piété et de bonne volonté ; *si elles venoient avec un désir sincère de se dépouiller de tout esprit propre;* si elles haïssoient véritablement le monde ; si elles aimoient la dernière place dans la maison du Seigneur ; si elles avoient de la solidité d'esprit et non de la légèreté, n'y ayant rien de plus à craindre que ces roseaux agités dans le désert par tous les vents, dont a parlé Jésus-Christ... Quand donc on croyoit découvrir des marques de vocation dans une fille, la maison se tenoit heureuse de pouvoir l'admettre, sans considérer si elle avoit de l'argent ou si elle n'en avoit point[7] ». Ce témoignage est confirmé par tous ceux de l'époque, et c'est ce qui m'a conduit à choisir les religieuses de Port-Royal comme sujets d'observation.

[1] *Recueil de pièces,* etc,. *Lettre citée*, 5.
[2] *Ibid.* 6.
[3] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*. 252.
[4] *Vies,* II, 180.
[5] Pierre Thomas du Fossé, *Loc. cit.*, 252.
[6] *Vies,* II, 159.
[7] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 84.

Pierre-Thomas du Fossé ajoute que ses parents n'en firent pas moins d'importantes donations à Port-Royal, « ce que je remarque exprès, dit-il, pour faire voir que, si les maisons religieuses sont dans un véritable esprit de désintéressement et de pauvreté, les parens des filles qui veulent s'y engager, n'en sont que plus obligés de s'acquitter pleinement de leur devoir [1] ».

Magdeleine Thomas du Fossé, qui manquait, comme on l'a vu, de « force et de fermeté d'âme », signa le formulaire antijanséniste de 1661, le 15 octobre 1664 (trente-six ans), rétracta sa signature le 25 du même mois, écrivit, le 18 janvier 1665. (trente-sept ans), à l'archevêque de Paris pour lui faire part de son repentir d'avoir rétracté, et signa de nouveau ce même formulaire. Elle refusa de signer celui de 1665, et fut exilée au couvent des filles de Sainte-Marie de Saint-Denis, dont les novices et les jeunes professes lui envoyèrent, le lundi où le mardi gras, un pâté sur lequel son nom était écrit, et dans lequel elle trouva « une discipline qu'elle leur avait demandée quelques jours auparavant » [2]. Elle signa enfin le formulaire de 1665, puis étant revenue à Port-Royal, rétracta ses trois signatures, le vingt-six mars 1670 (quarante-deux ans). Il y eut donc exactement, de 1664 à 1670 (trente-six ans à quarante-deux ans), c'est-à-dire en six ans, six *sautes de foi* chez cette religieuse. Cela donne la mesure de sa suggestibilité. En 1690 (soixante-deux ans), elle devint sous-prieure de Port-Royal.

Voici la formule hiérologique de la famille Thomas du Fossé.



[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 86.

[2] *Vies*, II, 159.

OBSERVATION V. Marguerite-Angélique Giroust des Tournelles

Hérédité. — Marguerite-Angélique Giroust des Tournelles, fille de « parens très chrétiens[1] », avait deux frères et une sœur, qui mourut au moins huit ans avant elle. L'un des frères, Julien Giroust de Bessi, né vers 1626, était adroit, sage, doux, humble, obligeant et pieux. Il fut élevé par ses parents dans la « crainte de Dieu[2] », choisit le métier des armes et devint officier. Un jour, « la compagnie qu'il commandoit étant entrée pour se loger dans une abbaïe de filles, d'où toutes les religieuses avoient été contraintes de sortir, il en restoit une jeune bien faite, dont personne n'avoit pris soin, quoiqu'elle fut de bonne maison, parce qu'elle n'avoit point de parens dans le païs. Cette pauvre fille n'ayant pas eu le tems de délibérer où elle pourroit se réfugier, se trouva au milieu des gens de guerre, sans savoir que devenir. Elle s'alla jetter aux pieds du capitaine, et le conjura autant par ses larmes que par ses paroles de la sauver de ce péril. Il le lui promit et l'exécuta à l'heure même, la conduisant chez une hôtesse qui était veuve, où il prit soin de la faire subsister autant de tems qu'elle en eut besoin[3] ».

A la suite d'un différend avec un de ses supérieurs, il résolut de quitter le monde et alla à Port-Royal des Champs demander conseil à sa sœur Marguerite, qui l'engagea à mettre son projet à exécution. Il subit aussi les suggestions de l'abbesse Jacqueline Arnauld, si bien qu'il « croyoit certainement que Dieu s'en étoit servi pour le déterminer à quitter le monde et à se donner entièrement à Dieu[4] ». Elle lui fit un jour cadeau d'un livre de piété et d'un petit reliquaire, « qu'il estimoit beaucoup, dit sa sœur, et qu'il portoit toujours sur lui par dévotion. Un jour étant allé se baigner à la rivière, il oublia de l'ôter de son col, et le cordon s'étant rompu, il le perdit dans l'eau et ne s'en apperçut qu'en sortant de la rivière. Il fut sensiblement touché de la perte qu'il venoit de faire (car il aimoit beaucoup ce reliquaire), et comme il étoit sur le bord de l'eau, tout pensif et affligé de cette perte, il fut étonné de voir sur l'eau d'assez loin le cordon qui s'approchoit peu à peu de lui. Il s'avança tout transporté de joie, fit un pas ou deux dans la rivière et l'attrapa : ce qu'il a toujours cru être une chose miraculeuse, ainsi qu'il me l'a raconté plusieurs fois[5] ».

[1] *Nécrologe de Port-Roïal*, 175.

[2] *Nécrologe de Port-Roïal*, 175.

[3] *Ibid.* 176.

[4] *Mémoires pour servir*, etc., Relation de Marguerite Giroust.

[5] *Mémoires pour servir*, etc., Relation de Marguerite Giroust, II, 513.

Il prétendit donc « renoncer autant à sa volonté qu'à tous ses biens et à toutes les espérances du siècle [1] ». En conséquence, il fit une retraite à Port-Royal des Champs, puis y devint solitaire vers 1649 (vingt-trois ans). Il recevait et servait les hôtes et les ecclésiastiques de la maison. Il mourut le 27 avril 1659 (trente-trois ans environ), et fut enterré dans l'église de Port-Royal des Champs.

Son frère, Antoine Giroust, était prompt et impatient. Son précepteur lui apprit « en même tems la science de l'Evangile et celle des lettres humaines [2] ». Il entra, à quinze ans, chez Jean-François Paul Philippi dit de Gondi, abbé de Retz, plus tard cardinal, et fut, encore jeune, pourvu d'un canonicat à Saint-Nicolas-du-Louvre. A peine ordonné prêtre, il échangea son canonicat contre la cure de Magni, près Port-Royal-des-Champs, et demanda à dire sa première messe dans la chapelle de cette abbaye. Mais sa sœur, lui ayant fait lire une lettre de Jean du Vergier de Hauranne sur le sacerdoce, « il comprit combien il étoit indigne de l'état où il se trouvoit engagé, et il eut une telle fraïeur des jugemens de Dieu, qu'il résolut de descendre du lieu où sa présomption l'avoit conduit [3] ». Il prit Antoine Singlin comme directeur de conscience, et, sous ses suggestions aussi bien que sous celles de sa propre sœur, se défit de son bénéfice, et devint, en 1649, solitaire de Port-Royal. On lui confia la charge de second sacristain, qu'il accepta « non sans quelque répugnance, parce qu'il regardoit encore comme fort au-dessus de son mérite [4] », et qu'il la conserva vingt-quatre ans. Il mourut « avec humilité et les sentimens d'une amère pénitence [5] », et fut enterré dans l'église de Port-Royal des Champs.

Etat général. — Marguerite-Angélique Giroust des Tournelles naquit en 1611. « Au commencement que je fus entrée (à l'abbaye de Port-Royal), écrit-elle, j'avois de la peine à m'accoutumer à plusieurs choses, particulièrement à la nourriture, en sorte que je ne pouvois presque manger de tout ce qu'on donnoit au réfectoire [6] ». Elle mourut le 12 septembre 1691, à quatre-vingts ans.

Intelligence. — Elle se dit « pauvre d'esprit [7] ».

Suggestibilité. — Elle fut reçue gratuitement à Port-Royal, où elle prit l'habit de novice le 8 septembre 1628 (dix-sept ans), et fit

[1] *Nécrologie*, 177.
[2] *Ibid.* 467.
[3] *Ibid.* 418.
[4] Jérôme Besoigne, IV, 98.
[5] Peirre Guilbert *Loc. cit.*, 1555.
[6] *Mémoires pour servir*, etc' II, 510.
[7] *Ibid.* II.

profession le 9 décembre 1629 (dix-huit ans). Elle fut suggestionnée avec ardeur par l'abbesse Jacqueline Arnauld. « J'étois, écrit-elle encore, si ignorante et si grossière, que je réduisois tout cet esprit (l'esprit de religion) aux choses extérieures, croyant qu'il suffisoit d'être bien mortifiée, bien modeste, dévote, obéissante, et de souffrir beaucoup de choses sensibles au corps. Mais elle me détrompa en disant qu'il consistoit véritablement dans la mortification intérieure et dans le sacrifice que nous devons faire continuellement à Dieu de notre propre volonté, et que le sacrifice le plus agréable à Dieu étoit un cœur contrit et humilié, un esprit pénitent et abbatu devant Dieu. Elle me parloit si admirablement de Dieu et de toutes les vertus chrétiennes et religieuses, que j'en étois toute ravie ; et il me sembloit que Dieu même me parloit... j'avois écrit un petit recueil de ses paroles [1] ».

Elle resta trente ans sans écrire à sa sœur, parce que Jacqueline et Jeanne Arnauld lui ayant dit « que Mademoiselle sa sœur ne lui écrivant pas, ce n'étoit pas à elle à commencer, elle avoit eu la docilité de se rendre à cela [2] ». Elle n'apprit la mort de cette sœur que huit ans après.

La formule hiérologique de la famille Giroust se réduit à ces trois membres :

Marguerite Angélique Giroust des Tournelles *Religieuse de Port-Royal*	— Julien Giroust de Bessi *Solitaire de Port-Royal*	— Antoine Giroust *Chanoine Sacristain de Port-Royal*

Je relève chez une des cinq religieuses que je viens d'étudier, l'hérédité névropathique et religieuse (Magdeleine Thomas du Fossé) ; chez deux (Anne-Marie de Flècelles de Bregy et Marguerite Angélique Giroust des Tournelles) l'hérédité religieuse.

Des trois sur la santé desquelles quelques renseignements nous sont parvenus, la première (Marguerite Dupré) était hystéro-neurasthénique et fut atteinte de dysenterie et d'hépatite suppurée dont elle fut soulagée par autos suggestion ; la seconde (Anne-Marie de Flècelles de Brégy) était maladive, et fut atteinte, à vingt-sept ans, de vomissements répétés, et, à trente-deux ans, d'un crachement de sang ; la troisième (Madeleine de Flècelles) était également maladive,

[1] *Ibid.* 515.

[2] *Ibid.* III. 274.

et mourut en cinq jours d'une « oppression de poitrine » avec fièvre continue.

Des quatre dont nous connaissons l'âge de la mort, la première (Anne-Marie de Flècelles de Brégy) mourut à cinquante et un ans, la seconde (Madeleine de Flècelles) à près de soixante-quatorze ans, la troisième (Magdeleine Thomas du Fossé) à soixante-huit ans, la quatrième (Marguerite-Angélique Giroust des Tournelles) à quatre-vingts ans. La moyenne de la durée de la vie de ces quatre religieuses est de soixante-huit ans [1].

Une (Anne-Marie de Flècelles de Brégy) passait pour intelligente. Une autre (Marguerite Angélique Giroust des Tournelles) se disait pauvre d'esprit.

Deux (Marguerite Dupré et Magdeleine Thomas du Fossé), présentaient de la prédisposition à la tristesse; une de l'inaffectivité et de la prédisposition à la crainte (Anne-Marie de Flècelles de Brégy).

Toutes de l'hypersuggestibilité.

Trois un certain pouvoir suggestif (Anne-Marie de Flècelles de Brégy, Magdeleine Thomas du Fossé, Marguerite Angélique Giroust des Tournelles).

Dr Charles Binet-Sanglé.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — M. le Dr Pélissier, médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Marseille, promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Vignouroux, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr Blin, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, promu à la 1re classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — Officier de l'Instruction publique. — M. Guillot, directeur de l'asile-clinique (Ste-Anne).

Officiers d'académies. — M. Cuvelier, directeur de l'asile d'aliénés de Rennes. — M. le Dr Dubourdieu, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Pau. — M. le Dr Perucci, directeur-médecin de l'asile d'aliénésde St-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

[1] Lorsque j'établirai cette moyenne sur l'ensemble de mes observations, j'aurai l'occasion de faire remarquer qu'elle ne pourrait être comparée qu'à la moyenne de la vie des sujets ayant *déjà* atteint l'âge où les religieuses prennent l'habit, moyenne de beaucoup plus élevée que la moyenne générale.

BIBLIOTHÈQUE DES SCIENCES EN MÉDECINE

REVUE CRITIQUE

Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence ;

D'après René et Henri LARGER [1].

A côté des stigmates physiques et des stigmates mentaux, il y a lieu de décrire des stigmates obstétricaux de la dégénérescence, ayant même valeur et même signification.

Telle est l'opinion que, depuis bientôt cinq ans, les auteurs se sont efforcés d'exposer en des communications répétées, basées sur un très grand nombre de faits. La thèse de H. Larger contient plus de 600 observations de femmes, correspondant à 2.000 anomalies obstétricales au moins. Depuis ce temps, ce chiffre s'est encore augmenté de nouvelles observations confirmatives inlassablement recueillies par les auteurs et aussi par quelques neurologistes (Dupré, Féré, etc.).

Il s'agit donc là d'un travail très important et très digne de retenir l'attention, à la fois par le grand nombre et la nouveauté des faits exposés. La théorie de la dégénérescence joue un très grand rôle, non seulement en pathologie nerveuse et mentale, mais encore en pathologie générale ; tous les médecins sont intéressés à connaître les stigmates obstétricaux de la dégénérescence, et, si la théorie de R. Larger touche de plus près les accoucheurs et les neurologistes, du moins les uns et les autres doivent-ils l'examiner avec l'impartialité que méritent les faits nombreux et bien observés sur lesquels elle repose.

La plupart des accoucheurs, un peu troublés par une recherche des tares physiques et mentales avec laquelle ils étaient peu familiarisés, semblent s'être efforcés d'englober toute la théorie de la dégénérescence obstétricale sous les reproches que seules méri-

[1] Communications à l'Académie de Médecine (2 août 1898, 28 juillet 1899, 13 novembre 1900 et 31 décembre 1901) ; à la Société de Chirurgie (16-23 juillet 1901), au Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de Nantes (septembre 1901) ; à la Société de Biologie (7-14 décembre 1901) ; à la Société d'Obstétrique de Paris (mai 1902). — Thèse de Paris (H. Larger), 4 juillet 1901. Vigot, frères, éditeurs. — Revue générale in *Revue de Médecine*, 10 août 1902, p. 723.

tent peut-être certaines de ses applications. Les neurologistes n'ont pas les mêmes raisons d'hostilité préconçue; aussi ont-ils réservé, en général, aux stigmates obstétricaux de Larger le même accueil qu'aux stigmates physiques de Morel ou aux stigmates mentaux de Magnan et de ses élèves, quitte à leur adresser ensuite les mêmes objections.

Nous voudrions ici résumer simplement et brièvement les travaux des auteurs, indiquer les différentes critiques qui leur furent adressées et montrer qu'en dépit des objections, dont la plupart ont été, pour la partie obstétricale, formulées par M. Porak dans un récent rapport à l'Académie de médecine [1], il reste toute une catégorie de faits indiscutables et très originalement mis en lumière.

Jusqu'aux travaux de R. et H. Larger, la dégénérescence paraissait s'arrêter, sans qu'on sût pourquoi et sans qu'on y eût surtout porté attention, au seuil de l'obstétrique, dont tous les traités sont muets sur ce chapitre.

Et cependant, comme le disent fort bien les auteurs : « S'il est une partie de la biologie où la dégénérescence doive s'exercer, n'est-ce pas tout d'abord sur la gestation où son action se manifeste le plus directement. D'un autre côté, il est universellement admis que les anomalies de l'*embryon*, telles que le bec-de-lièvre, l'exencéphale, etc., sont soumises aux lois de l'hérédité, et l'on voudrait que les anomalies du *fœtus* — dont la différence avec l'embryon n'est que nominale et purement conventionnelle — ne le fussent pas? Comment admettre, en un mot, que ce qui est anormal au début du développement de l'œuf humain soit héréditaire et que ce qui est anormal dans le cours de ce développement et jusqu'au moment de l'éclosion de ce même œuf ne soit plus héréditaire? Cela est, on en conviendra aisément, tout à fait inadmissible. »

A l'aide de leurs 600 observations inédites et la plupart sériées, les auteurs établissent la loi suivante : « Etant donnée l'une quelconque des anomalies de la gestation, l'on peut toujours et nécessairement conclure à des antécédents héréditaires, soit névropathiques, soit psychiques, soit tératologiques — à des antécédents de dégénérescence en un mot — de l'un des générateurs ou des deux à la fois. »

D'après MM. Larger, les anomalies de la gestation ne sont donc autre chose que des manifestations dégénératives. Aussi, à côté des stigmates physiques et moraux de Magnan, placent-ils les stigmates obstétricaux. Ils démontrent nettement l'identité

[1] *Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 3e série, t. XLVIII, 28 octobre 1902, p. 340.

absolue existant entre ces nouveaux stigmates et les anciens. Par de multiples exemples, ils nous les font voir se transformant par l'hérédité, soit entre eux, soit avec les stigmates physiques ou moraux; si bien que chez certains individus et même parfois dans une génération entière, la dégénérescence peut se manifester *uniquement* par des anomalies de la gestation. C'est même ce qui permet de retrouver les anneaux qui semblent manquer si souvent dans la chaîne de l'hérédité.

Voici deux schémas d'observations où se voit cette hérédité par transformation.

A) Transformation des stigmates obstétricaux entre eux :

Première génération. — Grand'mère : présentations anormales.

Deuxième génération. — Fille : avortements, hydramnios, etc.

Troisième génération. — Petite-fille : gémelliparité, grossesse ectopique, etc., ou retour aux présentations anormale de la grand'mère.

B) Transformation des stigmates moraux en stigmates obstétricaux.

Première génération. — Troubles mentaux, épilepsie, etc., mais gestations anormales.

Deuxième génération. — Aucune tare physique ou morale, mais gestations anormales.

Troisième génération. — Troubles mentaux, épilepsie, etc.

Déjà Bourneville, dans les observations si complètes qu'il prend de ses malades [1], avait recherché si les enfants arriérés, idiots ou épileptiques avaient été conçus dans des conditions normales ou dans l'alcoolisme; si la grossesse avait été accidentée par des émotions (impressions maternelles), des traumatismes, des maladies infectieuses; s'ils étaient nés par le sommet ou par le siège, s'il y avait eu de l'hydrammos, une intervention obstétricale avec du sous-chloroforme, constriction par le cordon, asphyxie à la naissance, gémellarité.

Parmi les anomalies de la gestation, Ch. Féré avait déjà rangé dans sa « famille névropathique » la stérilité, la gémellité et l'avortement. Les auteurs y ajoutent : la grossesse ectopique, toutes les anomalies du placenta, des membranes et du cordon, toutes les présentations anormales, etc. On peut donc dire avec Héricourt [2] ; « qu'ils élargissent singulièrement le domaine des stigmates de la dégénérescence en général ».

[1] Bourneville, Comptes rendus du service des enfants de Bicêtre, de 1880 à 1902.

[2] *Revue scientifique* (Rev. rose), 17 août 1901, p. 212.

Voici, d'ailleurs, le tableau général des stigmates obstétricaux de la dégénérescence donné par H. Larger dans sa thèse :

Anomalies de la conception : stérilité, gémellite, grossesse ectopique.

Anomalies de la grossesse : toutes les anomalies du placenta (hémorrhagies, placenta praevia, multilobé, adhérences, etc.); toutes les anomalies de membranes en général (rupture prématurée, non rupture ou accouchement, œuf entier, mâle hydatiforme, hydramnios); toutes les anomalies du cordon (insertion vélamenteuse, brièveté, allongement, circulaires, etc.).

Anomalies de l'accouchement : Avortement et accouchement prématuré, grossesse prolongée, procidences et toutes les présentations anormales jusque et y compris les positions droites de l'occiput.

L'hérédité s'exerce, en outre, sur certaines intoxications ou infections puerpérales : l'eclampsie et la phlegmatia post-postérieure, ou, du moins, sur l'aptitude à contracter ces affections, sur le *terrain*, en un mot.

C'est assurément la nature dégénérative des *présentations anormales* qui est l'élément le plus original; c'est aussi celui qui a soulevé les plus vives critiques de la part des accoucheurs.

On sait que ces derniers attribuent les présentations anormales à des causes purement maternelles et exclusivement mécaniques et pensent qu'elles sont réglées par la loi dite de l' « accommodation de Pajot ».

« En dehors des mouvements actifs qui n'ont rien de permanent, le fœtus peut et doit être considéré dans l'utérus, non seulement comme un être vivant et actif, mais encore comme un corps passif. Dès lors, il est soumis aux lois physiques qui régissent tous les corps placés dans les mêmes conditions que lui. La pierre dans la vessie, le calcul dans la vésicule biliaire, n'ont pas d'angles saillants, mais arrondis. Le fœtus, lui, arrondit ses angles en se fléchissant... chaque pression qu'il supporte... chaque mouvement qui lui est imprimé ont pour résultat, non de le polir, mais de le fléchir, puisqu'il ne peut s'étendre. » Ainsi s'exprime M. Pinard [1].

On comprend que les accoucheurs, qui affirmaient aussi nettement leur conception d'un fœtus s'accommodant passivement à l'organisme maternel, aient vivement combattu la loi de la dégénérescence obstétricale, dans laquelle ils voyaient une contradiction formelle avec la doctrine classique.

M. Porak est, à cet égard, le fidèle interprète de leurs ten-

[1] Prof. Pinard. *Traité du palper abdominal*, 2e édition, p. 3.

dances lorsqu'il dit [2] : « Depuis Solayrès de Renhac, notre effort le plus constant a tendu à démontrer la réalité de ces théories mécaniques. Chaque génération a apporté une notion nouvelle ou un éclaircissement à cette importante doctrine, sans laquelle l'obstétrique ne serait qu'un amas confus de faits inexpliqués. *Nous ne saurions plus nous en passer.* »

Toutefois, M. Porak veut bien admettre comme très important le rôle de l'hérédité en pathologie obstétricale et, dit-il, « si les accoucheurs n'ont pas encore tenu grand compte des recherches des auteurs, c'est que celles-ci sont connues depuis peu de temps. » Pourtant, les travaux de Lucas, de Morel, de Magnan et de ses élèves datent déjà de plusieurs années, et les auteurs ne méritent pas non plus le reproche d'avoir voulu « proposer une classification des signes de dégénérescence, dans laquelle ils ont rangé des phénomènes dont les plus importants étaient connus avant eux. »

Très justement, le rapporteur fait remarquer que Morel et bien d'autres ont montré avec quelle rapidité s'éteignent les familles d'aliénés; mais le grand mérite de MM. Larger est d'avoir montré que la stérilité, l'avortement, l'accouchement prématuré et la mortinatalité marquent les stades successifs d'un seul et même arrêt de développement, dont le résultat est, pour les dégénérés, la destruction du produit de la conception et partant l'extinction de la race. Les autres anomalies de la gestation, ajoutent-ils, concourent au même but, « car il est évident qu'une dégénérée qui a une présentation anormale court les plus grands risques de mettre au monde un enfant mort-né. Et, si la dégénérescence, en général, tend à la stérilité et à l'extinction rapide de l'individu dégénéré et de ses descendants, il est certain que les stigmates obstétricaux réalisent cette tendance plus sûrement encore que les autres stigmates de dégénérescence. »

Au point de vue purement obstétrical, M. Porak pense que c'est un tort de ranger les moindres anomalies de la gestation parmi les stigmates obstétricaux et il est incontestable que c'est bien là le point où la critique peut le plus facilement s'exercer. Il est évident, en effet, qu'au point de vue de la force de la démonstration, il eût mieux valu s'en tenir — au risque d'être incomplet — aux grosses tares obstétricales et que, prise isolément, l'affirmation de la nature dégénérative des positions OIDP apparaît un peu excessive. Mais les auteurs n'ont pas autrement insisté sur ce point. Il faut, par ailleurs, reconnaître que les positions droites de l'occiput (tares légères) sont, par rapport aux présentations du siège, de la face et de l'épaule (tares graves), ce que la simple

[2] Porak, *loc. cit.*

luette bifide est à la gueule de loup complète. C'est une question de mesure, et il ne faut pas trop s'étonner qu'il y ait des degrés infinis dans les tares héréditaires, depuis celles qui sont incompatibles avec la vie, jusqu'à celles qui sont à peine visibles et ne présentent souvent qu'un intérêt de curiosité. Tels sont les cas où les positions droites de l'occiput, les circulaires du cordon, etc., et autres anomalies de peu d'importance existent isolément.

Ce sont ces faits de transition qui rattachent l'hérédité pathologique à l'hérédité normale. Ils créent entre celles-ci des liens si intimes que, par une marche inverse de phénomènes, ils permettent à certains dégénérés de pouvoir se régénérer. Si ces mêmes liens n'existaient pas dans les stigmates obstétricaux, ces derniers ne seraient pas identiques aux autres stigmates et les anomalies obstétricales ne pourraient pas rentrer dans le cadre de la dégénérescence.

Le rapporteur fait encore dire à MM. Larger : « Qu'ils croient avoir démontré l'influence du sexe et, en particulier, du sexe masculin sur la répétition par l'hérédité des présentations anormales. » — Non, les auteurs prétendent seulement qu'il est impossible d'expliquer les cas bien nets qu'ils apportent d'hérédité des présentations anormales par les mâles, à l'aide des théories exclusivement maternelles, ayant l'utérus, le bassin, etc., pour base, telles qu'elles résultent de la loi dite de l'accomodation de Pajot.

En voici deux exemples, pris entre plusieurs autres :

Observation I[1]. — Femme née prématurément, épileptique. Elle a successivement, de deux maris différents, 6 enfants à terme et plusieurs avortements. Ses enfants naissent alternativement, l'un par la face avec procédence d'un bras, l'autre par le siège.

L'un de ses fils, épileptique aussi, né lui-même par le siège, a successivement, de *trois femmes différentes*, des enfants nés par le siège. De sa deuxième femme, il a 2 enfants, nés, l'un par la face avec procidence d'un bras, et l'autre né par le siège; c'est-à-dire qu'on retrouve ici la même alternance des présentations anormales que dans les couches de sa mère.

Observation II[2]. — Femme normale. Mari dégénéré. Après trois couches parfaitement normales, la femme devient enceinte pour la quatrième fois, durant les émotions du siège de Paris : accouchement d'un garçon né par la face, avec procidence d'un bras. Ce fils, un véritable enfant du siège (Féré), est un dégénéré phy-

[1] Thèse II. Larger. Série *A*. Obs. 51, 52, 55; — p. 43.

[2] Thèse II. Larger. Série *A*. Obs. 20, 21, 22; — p. 41.

sique et psychique. Marié, son premier né se présente, comme lui-même, par la face, avec procidence d'un bras.

On ne peut évidemment soutenir qu'il n'y ait là que de simples coïncidences. Et cela d'autant plus que les auteurs relatent huit autres cas d'hérédité des présentations anormales par les mâles, sans compter le cas historique, vraiment curieux, d'Agrippa et de son arrière-petit-fils Néron, nés tous deux par le siège. Pline[1] (l'ancien), qui rapporte le fait, remarque que ceux qui sont nés par les pieds — et auxquels les Romains décernaient le surnom d'Agrippa (*de ægre partus* ou *de ægritudo et pes*) — « sont voués à un mauvais destin, tant par eux-mêmes que par leur descendance, témoins Caligula et Néron, ces fléaux du genre humain. » En d'autres termes, des dégénérés.

A ce point de vue historique, on trouvera dans la thèse de H. Larger des documents fort curieux sur les présentations anormales et autres anomalies obstétricales de quelques personnages célèbres. On y verra notamment ce fait intéressant que « la gémellité se manifeste au moment décisif, sinon ultime, de la décadence de toutes les grandes dynasties, telles que les Césars, les Antonius, les Carlovingiens, les Valois, les Bourbons. Récemment encore, les journaux nous apprenaient que la sultane favorite venait de donner deux jumelles au représentant dégénéré de la dynastie décadente des Osmanlis.

Ce qui autorise encore, ajoute M. Porak, à ne considérer que comme étant de pures coïncidences les cas d'hérédité des présentations anormales par les mâles relatées par MM. Larger, c'est leur petit nombre.

Il est vrai que, sur les 340 observations de présentations anormales des auteurs, et bien que dans toutes, sans exception, des antécédents de dégénérescence aient été relevés, il en est une centaine au plus sur ce nombre où les renseignements ont pu être un peu détaillés. Néanmoins, dans 32 cas, ils sont parvenus à remonter à l'hérédité similaire des présentations anormales. C'est parmi ces 32 cas que dix fois ils ont relevé cette hérédité par les mâles. Ces chiffres sont donc relativement considérables.

Nous savons, en effet, combien il est difficile de rechercher les antécédents de dégénérescence en général et cette recherche, dans le cas présent des stigmates obstétricaux se complique de ce fait qu'il faut s'en rapporter, dans l'immense majorité des cas, à des anamnestiques peu connus, même dans la classe éclairée. Le lecteur sait-il comment il est né? Si son placenta était bien inséré? Et s'il a vu le jour par la tête ou... par le siège?

« Mais, disent les auteurs, est-ce à dire que, devant ces faits désormais incontestables de l'hérédité des présentations anormales

[1] Pline (l'ancien). — Livre VII, chap. VI.

par les mâles, il ne faille plus tenir compte des relations mécaniques existant entre le bassin, l'utérus et le fœtus? Evidemment non. Les conditions mécaniques peuvent sans doute *favoriser* ou même entraver la production d'une présentation anormale; elles ne sauraient la *créer*. En un mot, ce ne sont là que des *causes secondes*. »

Il n'y a donc pas incompatibilité absolue entre les théories mécaniques et celle des stigmates obstétricaux de la dégénérescence. M. Porak s'en est rendu compte, puisqu'il s'efforce de concilier les théories mécaniques avec l'hérédité des présentations anormales par les mâles bien démontrées par R. et H. Larger. La conception de ces derniers établissant la transmission de la dégénérescence des générateurs dès le passage du fœtus in utéro, ne fait en quelque sorte que prouver l'action plus indirecte que directe de l'organisme maternel et aussi paternel. Si la dégénérescence obstétricale ne résout pas définitivement le problème des présentations du fœtus, du moins elle le recule et, suivant l'expression des auteurs, elle transporte le même problème, de la mécanique pelvienne jusqu'à la biologie générale.

Mais il est toute une série d'autres faits non moins démonstratifs et qui constituent toute la première partie de la thèse de H. Larger. Ce dernier, en effet, y opère une sélection de 36 observations, dans laquelle l'influence de la dégénérescence sur la production des présentations anormales et des autres anomalies de la gestation est marquée avec une telle évidence, que ces observations, ainsi que le remarque à juste titre l'auteur, acquièrent la valeur d'expériences de laboratoire.

Il s'agit de femmes qui, après une ou plusieurs couches normales, contractent des crises d'épilepsie, d'hystérie, etc., et accouchent ensuite en présentations anormales. Guéries de leur affection nerveuse, elles accouchent de nouveau normalement, etc., etc. Des femmes enfin, qui ont tour à tour des présentations normales avec un mari normal et des présentations anormales avec un autre mari anormal (influence du mâle).

Voici notamment 3 observations qui marquent d'une façon saisissante cette influence du mâle :

Première observation[1]. — Premier mari normal : présentations normales en OIGA.

Deuxième mari dégénéré : présentation de la face.

Deuxième observation[2]. — Premier amant normal : deux présentations successives, normales en OIGA.

[1] Thèse H. Larger. Série *A*. Obs. 157; — p. 29.

[2] Thèse H. Larger. Série *A*. et *Da*. Obs. 127-14; — p. 29.

Deuxième amant dégénéré : présentation du siège.

Ce n'est pas tout : le deuxième amant est un homme marié, qui a simultanément de sa femme légitime un enfant du même âge que celui de sa maîtresse, né aussi par le siège.

Troisième observation[1]. — Mari dégénéré : trois grossesses avec, chaque fois, présentation anormale et éclampsie puerpérale.

La femme prend ensuite un amant parfaitement normal; trois nouvelles couches, toutes normales, en OIGA, et sans éclampsie puerpérale.

On sera forcé de reconnaître que, devant cette dernière série de faits, il n'est plus possible de faire intervenir les théories mécaniques. même à titre de causes secondes. Si l'on conçoit, en effet, qu'un père dégénéré puisse engendrer une fille douée d'un bassin vicieux, on ne saurait admettre que deux maris différents aient une influence quelconque sur le bassin d'une même femme.

Nous avons tenu à discuter point par point le rapport de M. Porak, parce qu'il présente pour la première fois d'une manière officielle les objections qui, de tous côtés, ont été adressées à la théorie de la dégénérescence obstétricale par les accoucheurs.

Parmi toutes ces objections, quelles sont celles que retiendront les neurologistes? — Ils ne s'inquiéteront pas trop de savoir si la loi de l'accommodation de Pajot doit garder invariable sa valeur théorique et dogmatique. Ils ne contesteront guère tous ces faits d'hérédité par les mâles qui, s'ils surprennent un peu dans un domaine où l'on envisage surtout les deux facteurs mère et fœtus, sont en tout conformes aux grandes lois générales de la biologie. Mais ils penseront que les stigmates obstétricaux de la dégénérescence méritent — et c'est tout à l'honneur des auteurs — les mêmes critiques que les stigmates mentaux ou physiques, lesquels sont unanimement admis en pathologie nerveuse et mentale, mais dont la valeur pathogénique, diagnostique et pronostique varie beaucoup avec les différents auteurs. En effet ce qui diminue un peu l'importance des stigmates dégénératifs (mentaux, physiques, obstétricaux), c'est leur fréquence et, pourrait-on dire, leur banalité. Trop de sujets ont eu des obsessions, faibles et éphémères, trop de sujets ont de légères modifications morphologiques du pavillon de l'oreille, pour que leur simple constatation permette d'affirmer que ceux qui en sont porteurs ne pourront délirer comme ceux qui en sont indemnes, ni présenter les mêmes formes morbides. De même, les présentations droites de l'occiput sont des tares qu'il peut être intéressant de noter au point de vue général, mais qui sont vraiment trop légères pour qu'il en soit tenu compte pratiquement.

[1] Thèse H. Larger. Série *A*., et *Da*. Obs. 127-14; — p. 29.

En revanche, les grosses tares, présentations de la face, du siège, etc., acquièrent, précisément par leur moindre fréquence relative, la même et aussi incontestable valeur que la polydactylie, l'hypospadias ou toutes les phobies.

Pratiquement, il s'en suit qu'il faut ouvrir un nouveau chapitre dans la recherche des antécédents pathologiques, héréditaires ou personnels, celui des tares obstétricales, et qu'il y a lieu de compléter sur ce point toutes les observations, particulièrement celles recueillies au point de vue neurologique ou psychiatrique. Il s'en suit également qu'il n'est pas indifférent de naître comme tout le monde, par le sommet, ou de naître *de travers*, par la face ou les pieds, et qu'à ce titre le médecin praticien fera bien, en présence d'un accouchement anormal, d'appliquer tous ses efforts à parer, par des soins et une éducation appropriées, à la transformation heureusement non inéluctable, des tares dégénératives obstétricales ou physiques en tares mentales.

Telle est l'œuvre des Larger qu'il nous a paru intéressant de vulgariser par une analyse impartiale.

Pierre Roy.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXVI. **Recherches sur les centres spinaux des muscles de la jambe;** par le Dr Parhon et Mme Parhon. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 17).

Les expériences des auteurs ont été faites sur six chiens auxquels ils ont enlevé des deux côtés un ou plusieurs des muscles de la jambe. A la suite de l'extirpation des jumeaux, ils ont constaté des altérations du groupement secondaire qui apparait dans la moitié inférieure du 4e segment lombaire et occupe la partie la plus antérieure du groupement primaire postero-interne. Le centre du fléchisseur superficiel apparaît lui aussi dans la moitié inférieure du 4e ségment lombaire; le centre du fléchisseur profond occupe la place qui reste en dehors du précédent, en arrière du centre des jumeaux. En ce qui concerne les muscles de la région antero-externe, c'est du niveau de l'extrémité inférieure de la moitié supérieure du 4e segment lombaire que serait situé le centre du jambier antérieur : immédiatement en arrière de lui se trouve le centre des extenseurs des orteils. Les centres des péroniens seraient situé à un niveau un peu inférieur. Ces résultats, d'après

les auteurs, seraient susceptibles de s'appliquer à l'homme dans leurs lignes générales et peuvent, en tout cas, servir de guide pour des recherches futures sur la localisation des muscles de la jambe de l'homme. G. D.

XXVII. **Sur la localisation des centres moteurs, du biceps crural, du demi-tendineux et du demi-membraneux dans la mœlle épinière**; par les Drs PARHON et GOLDSTEIN. (*Journal de Neurologie*, 1902 — n° 139).

Les auteurs ont enlevé chez un chien le biceps crural, chez un autre le demi-tendineux et chez un troisième le demi-membraneux d'un côté et le demi-tendineux de l'autre. Les animaux furent sacrifiés au bout de 15 à 19 jours et leur moelle fixée par les procédés habituels a été ensuite débitée en coupes serrées. On a constaté alors que chez le premier chien, les cellules du groupement *intermédiaire* du noyau du sciatique étaient en réaction, tandis que celles du groupement central du même noyau étaient intactes. Au contraire, chez le second animal les altérations étaient cantonnées à la moitié inférieure du groupement central. Chez le troisième chien les altérations correspondantes à la réaction du demi-membraneux étaient situées dans la moitié supérieure du groupement central, tandis que celles correspondantes à l'extirpation du demi-tendineux occupaient la moitié inférieure du même groupement.

Il résulte de ces recherches que le noyau du biceps crural est représenté par le groupement intermédiaire et non pas par le groupement central comme l'avaient soutenu antérieurement les auteurs. Ce groupement central représente le noyau du demi-membraneux et du demi-tendineux. Un point reste pourtant debout de leurs premières recherches : c'est que les muscles postérieurs de la cuisse ne sont pas inervés d'une façon diffuses par les deux colonnes qui leur correspondent et que ces colonnes innervent chacune des muscles, qui diffèrent un peu par leur fonction. G. D.

XXVIII. **De l'incitation des muscles et des nerfs par les courants faradiques de fermeture et d'ouverture**; par I. IOTEYKO. (*Journal de Neurologie*, 1902 — n° 11.

Des recherches expérimentales exposés dans ce travail, il ressort que la notion de la rapidité de la variation de l'intensité des courants faradiques dans les phénomènes de l'incitabilité des muscles et des nerfs a une importance plus grande que celle qu'on lui avait accordée jusqu'ici. Il semble que le premier stade de paralysie (perte de l'incitabilité parfatique ou anesthésie) soit dû non à l'impossibilité de réagir à la même force de l'excitant, mais à

l'impossibilité de réagir à une variation trop lente. La fatigue et l'anesthésie conduisent la matière vivante à un état d'inertie, qui exige pour être vaincu, l'emploi d'ondes plus brusques et plus intenses.

Cette étude purement physiologique pourrait peut-être trouver une application à l'électro-diagnostic. Du moment que dans l'épuisement la fatigue et la déchéance organique, la diminution d'excitabilité des muscles et des nerfs se traduit par une diminution de sensibilité avec variations lentes de potentiel, la *réaction de débilité* est caractérisée par une inaptitude à répondre aux ondes de clôture, les courants de rupture ayant conservé leur plein effet. Le quotient F/O qui exprime le rapport entre la hauteur de la secousse de la fermeture faradique à l'ouverture, subirait une diminution dans les états de débilité, relativement à ce qu'il présente à l'état normal ou du côté sain. G. Deny.

XXIX. **De la sensibilité du squelette** ; par le Dr Max Egger.

L'auteur a démontré déjà que les vibrations moléculaires d'un diapason, de par les trépidations qu'il émet sur l'os, constituent un excellent spécifique pour la membrane sensible de l'os, pour le périoste et ses annexes, les capsules et les ligaments péri-articulaires.

Le squelette d'un membre dont la peau a conservé sa sensibilité normale ne perçoit pas les trépidations d'un diapason appliqué sur lui ; mais un membre à anesthésie tégumentaire totale reste sensible aux vibrations du diapason : ni la peau ni le muscle ne peuvent être considérés comme les organes percepteurs des vibrations qu'on détermine sur les os, et ce sont indubitablement ces derniers qui sont les organes percepteurs par excellence.

L'expérience a montré que la sensation de vibration n'a lieu qu'à l'endroit même d'application du diapason, ce qui permet de délimiter étroitement les zones d'anesthésie squelettique (*Revue neurologique*, juin 1902). E. B.

XXX. **Essai sur la psycho-physiologie du sommeil. Le sommeil dans la paralysie faciale** ; par MM. Vaschide et Vurpas.

De l'analyse délicate de deux cas de paralysie faciale, les auteurs tirent les déductions suivantes :

I. Dans la paralysie faciale, l'écartement palpébral du côté paralysé est toujours moindre pendant le sommeil que pendant la veille : dans certains cas même l'occlusion peut être complète ou à peu près.

II. Il y a un rapport étroit entre la position des yeux et celle des paupières, ainsi qu'entre les mouvements de l'œil et ceux des paupières.

III. L'occlusion de la paupière pendant le sommeil semble due chez l'individu normal comme chez le sujet atteint de paralysie faciale, à un relâchement du releveur de la paupière. Cet état de relâchement du releveur correspond à une hypotonicité générale de la musculature de l'œil.

IV. L'hypotonicité des muscles des yeux est en rapport avec un défaut de convergence et un état d'indépendance des deux yeux dans leurs rapports réciproques.

V. Le défaut de convergence oculaire coïncide avec l'état de « distraction » qui caractérise le sommeil. Il y a ainsi un rapport entre l' « attention » psychologique et l'attention oculaire.

VI. Le défaut d'adaptation oculaire, d'accomodation, provoque de la confusion dans la perception des images visuelles, qui deviennent floues, estompées, embrouillées. Ce défaut de netteté et de délimitation précises dans les contours des objets amène un trouble de l'attention et jette la distraction dans l'état mental du sujet (*Revue neurologique*, sept. 1902). E. B.

XXXI. **Réseau endocellulaire de Golgi dans les cellules nerveuses de la moelle épinière**; par le Dr Soukhanoff.

Description de la technique pour obtenir le réseau endocellulaire de Golgi dans la moelle des cobayes et morphologie de ce réseau. Quelle est la signification de ce réseau dans le protoplasma cellulaire? il s'agit d'un système particulier, inclus dans la cellule, pénétrant dans les dendrites ; mais il est bien difficile de se faire une opinion sur sa valeur et sa fonction jusqu'au jour où l'on réussira à révéler ce réseau endocellulaire dans les cellules pathologiques (*Revue neurologique*, sept. 1902). E. B.

XXII. **Contribution à la psycho-physiologie des mourants. Deux cas de chorée chronique** ; par MM. Vaschide et Vurpas.

Dans deux cas de chorée chronique, les auteurs ont recherché avec soin les modifications des troubles moteurs qui se sont produites au cours des derniers jours qui précédèrent la mort. Alors que la chorée chronique est caractérisée par des mouvements sans but défini et continus, que le sommeil n'arrête pas tout à fait, ces mouvements ont cessé complètement quelques jours avant la mort. La physionomie pathologique s'est trouvée brisée et les sujets ont acquis la fonction parfaite de leurs mouvements automatiques, réflexes et volontaires. Ce fait plaiderait contre l'existence de lésions définies, ou bien encore on pourrait penser à une suppléance fonctionnelle en tout cas fort curieuse, difficile et intéressante à comprendre et à saisir, d'autant qu'elle a lieu seulement les quelques jours qui précèdent la mort (*Revue neurologique*, mai 1902). E. B.

XXXIII. **Le réflexe vulvo-anal** ; par le Dr Rossolimo.

Ce réflexe, dont la recherche paraît difficilement applicable dans la pratique, consiste en une contraction simultanée, chez la femme du muscle constricteur de la vulve et de l'anus, après une irritation mécanique légère de ce dernier. Il est fortement exagéré dans les cas de vaginsme.

Son absence peut être le symptôme d'une affection organique du cône médullaire et de la queue de cheval : il peut servir de signe de l'état des fonctions sexuelles. (*Revue neurologique*, oct. 1902).

E. B.

XXXIV. **Contributions à l'étude du rôle du cerveau dans l'innervation des organes de la vie végétative, à propos de deux cas d'hémiplégie** ; par les Drs Parhon et Goldstein.

A propos de deux cas d'hémiplégie avec troubles vaso-moteurs, les auteurs font une revue d'ensemble des différents points que les études antérieures ont établis relativement à la question de l'influence que le cerveau exerce sur l'innervation des organes de la vie végétative.

Peu nombreux sont les cas publiés jusqu'à présent dans le but de préciser le siège du centre ou plutôt des centres vaso-moteurs cérébraux : en les examinant, on est frappé de la grande fréquence, de la presque constance des altérations du corps strié. Les deux cas rapportés par MM. Parhon et Goldstein viennent encore confirmer cette notion, si bien qu'une conclusion paraît s'imposer, à savoir que le corps strié et surtout la tête du noyau caudé contient des centres vaso-moteurs. (*Revue neurologique*, oct. 1902). E. Blin.

XXXV. **Pathogénie de certaines cavités médullaires** ; par MM. Thomas et Hauser.

La nature et l'origine des cavités médullaires sont encore assez vivement discutées ; à côté des grandes cavités qui résultent de la dilatation du canal de l'épendyme ou de la fonte d'un gliome à point de départ épendymaire, il en est d'autres, généralement moins considérables, qui reconnaissent pour origine des glioses disséminées, des inflammations chroniques, des foyers hémorrhagiques, des myélites par compression : dans ces différents cas, le canal de l'épendyme reste étranger à la formation des cavités : c'est dans cette catégorie que paraît devoir rentrer l'intéressante observation rapportée par les auteurs, observation des plus complète au point de vue anatomo-pathologique, et accompagnée de nombreuses figures.

Il s'agit d'une femme atteinte de démence sénile avec hémiparésie du côté droit, à l'autopsie de laquelle on trouva, sur toute la

hauteur de la moelle, des fentes et foyers de désorganisation primitifs localisés à la substance grise. Les fentes présentent une disposition remarquable, parcourent la corne postérieure suivant une ligne droite, souvent axiale, et semblent la sectionner en deux moitiés.

La répétition de cette topographie sur toute la hauteur du côté droit, la symétrie des altérations du côté gauche, évoquent aussitôt l'idée de leur origine vasculaire. On trouve d'ailleurs des vaisseaux occupant la lumière de ces fentes et dirigés parallèlement à elles; et outre l'augmentation et la sclérose des petits vaisseaux avoisinants, l'inflammation chronique des artères du système postérieur, notamment de l'artère du septum médian postérieur et de celles qui pénètrent dans les cordons blancs postérieurs, sont des indices de la participation importante de l'appareil circulatoire.

Cette observation démontre que des troubles circulatoires peuvent être le point de départ de pertes de substance médullaire, en dehors de toute autre cause. Elle établit aussi que les pertes de substance produites sous l'influence de troubles vasculaires, indépendantes au début de toute gliose, peuvent susciter secondairement une réaction névroglique prononcée. (*Revue neurologique*, oct. 1902). E. B.

XXXVI. **Nouvelle méthode de mensurations cérébrales. Atrophie relative du lobe pariétal par rapport au lobe frontal dans la démence** ; par MM. DIDE et CHENAIS.

Afin de pouvoir apprécier et comparer les proportions anormales que semblent avoir certaines portions du cerveau chez les aliénés, et notamment les déments, les auteurs ont utilisé le mode de mensuration suivant :

Après avoir isolé chaque hémisphère et l'avoir posé à plat sur sa surface interhémisphérique, on détermine sur le cerveau quatre points fixes, à savoir les extrémités supérieure et inférieure de la scissure de Rolando, la portion la plus antérieure du lobe frontal et la portion la plus postérieure du lobe occipital.

Ces points permettent d'établir :

1° La direction théorique de la scissure de Rolando ; — 2° Une ligne fronto-rolandique supérieure ; — 3° Une ligne fronto-rolandique inférieure ; — 4° Une ligne occipito-rolandique supérieure ; — 5° Une ligne occipito-rolandique inférieure ; — 6° Une ligne occipito-frontale.

Ces six lignes limitent les arêtes d'un tétraèdre dont tous les éléments (arêtes, hauteur, faces, volumes, angles) peuvent être calculés. M. le prof. Joffroy enseigne que les processus psychiques les plus importants se passent au niveau du grand centre d'association postérieur : le nouveau procédé de mensuration de MM. Dide et Chenais, apporte à cette notion une confirmation ma-

thématique et montre, chiffres en main, que, tout au moins dans la démence, le grand centre d'association postérieur, s'atrophie par rapport au centre antérieur (*Revue neurologique*, mai 1902).

E. B.

XXXVII. **Deux nouveaux cas de lésions limitées au bourrelet du corps calleux**; par MM. Pelmar et Skalicka.

Comme dans deux cas déjà présentés, les auteurs ont trouvé, dans la partie inférieure du bourrelet, une coloration brunâtre se poursuivant, dans l'un des cas, jusque dans la couche sous-épendymaire de la paroi interne de la corne postérieure droite et gauche. S'ils ne peuvent à l'heure actuelle poser de conclusion affirmative sur la nature de cette lésion, les auteurs estiment pourtant que les connexions entre la destruction de l'écorce cérébrale et la lésion du corps calleux sont assez loin de la simplicité et de la régularité qui semblaient être évidentes après les travaux de Monakow, Annfrovicz et Déjerine. (*Revue neurologique.*, mai 1902). E. B.

XXXVIII. **Le sens du goût chez les gens normaux et chez ceux qui sont affectés d'épilepsie, de folie systématisée chronique de paralysie générale progressive**; par J. Hermann (*Obozrénié psichiatrü IV*, 1899.

Etude très intéressante de laquelle il semble résulter que les désordres du goût de l'épileptique et du paralytique sont d'origine corticale, à raison : 1° des modifications anatomiques et fonctionnelles de l'écorce dans ces maladies; — 2° Des paralysies partielles et de l'émoussement du sens du goût; — 3° De l'aura du goût rencontrée chez l'épileptique; — 4° De la sensation amère ou acide antérieure aux accès de ce dernier; — 5° Des illusions du goût observées chez les paralytiques, par Kornfeld et Bikelès; — 6° De la simultanéité des troubles du goût et de l'affaiblissement d'autres fonctions corticales chez ces malades. P. Keraval.

XXXIX. **Contribution clinique à l'étude de la topographie des atrophies musculaires myélopathiques**; par R. Cestan et E. Huet (*Nou. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1902)

Les recherches entreprises depuis quelques années en vue de la détermination des localisations sensitivo-motrices de la moelle tendent à opposer deux théories, celle de la distribution segmentaire et celle de la distribution radiculaire. Pour ce qui concerne les localisations sensitives, une séduisante hypothèse de Brissaud explique ces deux théories par le siège extra et intra-médullaire des lésions. Quant aux localisations motrices qui se prêtent moins facilement à la conciliation, leur détermination donne lieu à des opinions différentes. Les uns (Sano) estiment que tout muscle doit

avoir son noyau d'innervation distinct dans la corne antérieure, d'autres (Van Gehuchten, de Neef) croient que la localisation motrice est segmentaire ; Parhon, Goldstein trouvent que la distribution motrice est segmentaire pour certaines régions seulement. En opposition à ces résultats contradictoires de la méthode expérimentale, les auteurs donnent 4 observations cliniques détaillées, deux de syringomyélie et deux de paralysie infantile présentant des atrophies musculaires des membres supérieurs intéressant le groupe radiculaire du plexus brachial ; ils en concluent que « deux lésions très différentes de la corne antérieure (syringomyélie et polyomyélite infantile) peuvent déterminer en réalité des troubles moteurs, non à disposition segmentaire, mais à disposition exclusivement radiculaire et que la seule topographie des atrophies musculaires ne peuvent servir de base au diagnostic de siège médullaire ou radiculaire de la lésion. » R. Charon.

XL. **Anatomie des lacunes de désintégration cérébrale** ; par J. Ferrand (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1902.

Recherches macro et microscopiques d'après les matériaux du laboratoire de Bicêtre. Le siège le plus habituel des lacunes est dans les noyaux gris du cerveau, par ordre de fréquence : noyau lenticulaire, couche optique, noyau caudé, capsule interne, c'est-à-dire dans le domaine d'irrigation des cérébrales. Le lieu d'élection des lacunes se trouve au niveau de la coupe de Flechsig. *Leur dimension* moyenne est celle d'une petite lentille et ne dépasse pas celle d'un haricot, leur forme est à peu près ronde, plus allongée dans le sens du vaisseau autour duquel elles siègent ; leurs parois sont déchiquetées, de teinte grisâtre ou ocreuse, renfermant un liquide louche ou un magma jaunâtre au milieu duquel se voit l'ouverture du vaisseau. La formation de la lacune passe par deux degrés : au premier degré la lacune n'est pas constituée à proprement parler, c'est la lacune miliaire (raréfaction du tissu cérébral autour du vaisseau sans solution de continuité) ; au deuxième degré, lacune vraie c'est-à-dire cavité contenant à son centre un vaisseau altéré dans ses parois mais toujours perméable, cavité limitée par un parenchyme cérébral en voie de désintégration contenant des éléments cellulaires et fibrillaires. R. C.

XLI. **Absence congénitale des muscles grand et petit pectoral** ; par A. Souques (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1902).

Garçon de vingt ans. A droite le petit pectoral fait complètement défaut, il ne reste du grand pectoral qu'un petit faisceau de la portion claviculaire : il s'agit d'un arrêt de développement congénital. En dehors de son intérêt immédiat, cette observation permet de vérifier que, dans la respiration normale, les intercostaux exter-

nes restent immobiles, mais qu'ils entrent en action pendant l'inspiration forcée ; et aussi que la suppression des pectoraux n'entraine aucune impotence du membre supérieur. R. C.

XLII. **Le sens des attitudes** ; par P. Bonnier (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2-1902).

Dans une suite de travaux antérieurs sur le vertige, le tabes labyrinthique, l'oreille, l'orientation, M. P. Bonnier a entrepris de réduire à une seule entité plus compréhensive, qu'il désigne *sens des attitudes*, les différentes conceptions physiologiques qui ont cours sous les noms de *sens musculaire, sens de l'espace, sens kinesthésique, sens stéréognostique*, etc. Il n'a pas eu l'ambition de créer un sens nouveau, mais seulement une expression nouvelle plus conforme à l'observation scientifique. « Je ne crois à l'existence des choses que si elles nous fournissent sensoriellement ou intellectuellement les moyens de les localiser. Une chose n'acquiert d'existence réelle pour nous que par l'identité de la localisation de ses divers aspects sensoriels ; la distribution topographique des choses de notre milieu les unes par rapport aux autres et par rapport à nous qui permet l'extériorisation sensorielle, crée la notion *d'objectivité* ; de même la notion de *subjectivité* dépend de la localisation des choses en nous et ces deux termes du moi et du non moi sont sortis des opérations des plus directes du sens des attitudes. » Ces idées, dégagées de toute conception ancienne sur la psychologie de la conscience et des sensations, ont été vivement combattues par M. Claparède qui reprocha à M. Bonnier de n'avoir pas compris que « le physique et le psychique étaient hétérogènes, que la sensation n'a rien à faire avec l'espace, que si la localisation est un fait de conscience, le fait de conscience, lui, n'est pas localisé. Le travail de M. P. Bonnier n'est pas un nouvel exposé médico-psychologique, mais la réponse documentée d'un philosophe biologiste à un philosophe spiritualiste. R. C.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. **Assistance des aliénés en Bavière jusqu'à la fin du XVIII^e siècle** ; par F. Kollmann (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXII. N. F, X. 1899).

Au XIV^e et au XV^e siècle les villes libres de Nuremberg et d'Augsbourg se préoccupent surtout de se débarrasser des aliénés soit en les transférant quand ils étaient étrangers au pays, soit en les rendant à leurs parents chargés de les nourrir et de les maintenir.

Certains sur la motion de leurs parents étaient séquestrés, à leurs frais, dans des prisons, tantôt pendant quelques jours, tantôt pendant des années, où ils étaient maltraités et enchaînés. Pour en sortir il fallait une caution des parents, ou prêter le serment de ne pas se venger, mais ils y étaient réintégrés dès qu'ils étaient à nouveau reconnus dangereux. Vers l'an 1460, on fonde une maison de fous expressément et exclusivement destinée aux aliénés, maison dont il n'est plus question dans les documents du XVI^e^ siècle.

A la fin du XVI^e^ siècle et au XVII^e^ siècle, la Bavière est travaillée par les idées de sorcellerie et de possession. Les aliénés sont regardés comme des pécheurs abandonnés de Dieu, de véritables animaux ; on les exècre, on les évite, on les condamne au bâton, au cachot, à mort. Le criminel aliéné est tenu pour sain d'esprit et pendu, roué, décapité.

Au XVII^e^ et au XVIII^e^ siècle, les congrégations religieuses s'occupent d'assister les aliénés, mais il n'est fait mention que d'assistance et de mesures à l'égard des mendiants, vagabonds, criminels et pauvres. Il est vrai que le terme de pauvre désignait alors non seulement les pauvres, mais les épileptiques, les idiots, les délirants mélancoliques et les furieux. On les rendait à leurs communes qut devaient en prendre soin ou les expulser hors du pays.

A la fin du XVII^e^ siècle, quand, en 1749 on eut brûlé le dernier sorcier sur le sol allemand, les aliénés sont surtout dans les prisons et dans les établissements de pauvres. Les maisons d'aliénés d'ordinaire annexées aux maisons de correction et à l'assistance des pauvres, sont organisées de telle sorte que ces malheureux sont dénués de tout, maltraités, considérés comme des bêtes curieuses, inventoriés comme des objets inanimés, logés dans des caves la nuit, on les mélange le jour, par économie, aux détenus qui s'en font un jeu.

La maison de correction de Saint-Georges à Bayreuth et celle d'Augsbourg, séquestrent parfois des demi-aliénés et ceux qui ont fait des menaces ou sont à charge à leurs parents. Le fondateur de Saint-Georges avait spécifié qu'on y devait également séquestrer les mélancoliques et les extravagants nuisibles à eux-mêmes et aux autres, de sorte qu'à la fin, cet établissement est bondé d'aliénés.

A Passau les aliénés sont assimilés aux criminels avec lesquels on les enferme dans le donjon de Niederhaus.

L'assistance des aliénés s'effectue encore dans les hôpitaux, notamment à Wurzbourg et à Augsbourg. Le quartier d'aliénés d'Augsbourg se compose de neuf trous étroits, sales, sans fenêtres.

Les malades sont aux fers, sans nourriture, sur de la paille. On leur passe leur pitance par un pertuis pratiqué à la porte comme dans une cage. Il en est de même à l'hôpital Julius de Wurzbourg. La nourriture de ces malheureux est faite des débris dont les autres

ne veulent plus. On rive à des anneaux de fer et à des chaînes les furieux que l'on craint. Déguenillés, ils ne sont changés de literie que toutes les six semaines et de paille tous les trois mois. Tous les moyens de contrainte sont usités et les coups sont de règle. On les traite en les fouettant d'orties, en leur inoculant la gale, en leur administrant le tartre stibié *intus et extra*, en les cautérisant au fer rouge, en les inondant de douches froides.

C'est vers la fin du XVIII[e] siècle qu'on émet l'idée de construire des établissements pour aliénés (*Intelligenzblatt* en 1799); mais, malgré les résultats de Pinel, de Reil, on ne pense encore qu'à un simple *asile de détention*. Le rédacteur de cette feuille écrit : « Que ne puis-je communiquer à tous le sentiment de crainte qui m'étreint chaque fois que je regarde cet animal à forme humaine. L'aliéné a conservé la même enveloppe que nous, celle dont nous a revêtus le Créateur, mais cette enveloppe est défigurée... Ce qui nous procure le spectacle le plus terrifiant, le plus nauséabond, le plus éhonté. Réfléchissons à ce que serait notre sort s'il nous fallait errer aussi avilis, aussi méprisés, sans savoir que faire, en spectacle à la multitude. » P. KERAVAL.

II. **L'idéal hospitalier en matière de traitement des aliénés : exposé de certaines méthodes en usage à l'asile du district de Stirling, Larbert** ; par George M. ROBERTSON. (*The Journal of Mental Science*. Avril 1902.)

Avant d'exposer les méthodes dont il s'agit, l'auteur croit devoir poser les principes généraux qui servent de base à ces méthodes, afin de préciser ses motifs et son but. Le *principe dominant* est de faire de l'asile une institution médicale, fonctionnant d'après les mêmes principes médicaux et poursuivant le même idéal de traitement que les grands hôpitaux généraux, lesquels sont reconnus comme les plus parfaits exemples de ce que peut l'humanité sociale combinée avec la science médicale. Pour obéir à ce principe dominant, il faut, dans les asiles, non seulement faire beaucoup de choses, mais surtout en défaire beaucoup, car, malheureusement, ces asiles ont un « passé. » Sans doute bien des moyens violents ont disparu pour toujours, mais tout le passé n'est pas mort; il y a des traditions qui se perpétuent.

Hier encore, l'asile ressemblait par sa construction, par son administration, à une prison, et il ne s'est pas complètement libéré de cette forme matérielle et morale. On a supprimé les cellules, mais on les a remplacées par des « chambres d'isolement » qui leur ressemblent fort. On y enferme certains malades dans la journée, — de moins en moins il est vrai, — et pendant la nuit, — de moins en moins aussi : ce sont des reliquats de l'ancienne prison. Si l'on veut se rapprocher de l'idéal hospitalier, il faut réduire l'incarcération obligatoire au degré où l'on a réduit l'emploi

de la camisole de force, c'est-à-dire pratiquement l'abolir. Si le fou est un malade, il ne faut pas l'enfermer, pas plus la nuit que le jour, mais il faut le surveiller, la nuit comme le jour : ce qui revient à dire qu'il faut augmenter le personnel de surveillance des asiles et surtout le personnel de nuit. La réforme qui supprimera l'abus des chambres d'isolement est une réforme de premier ordre qui prendra rang à côté de celles de Pinel, de Tuke et de Conolly.

Mais il y a d'autres pratiques, non moins héréditaires dans les asiles, et plus difficiles à supprimer. Il s'en faut que la violence soit habituellement employée à l'égard des aliénés, mais il arrive parfois que des actes de brutalité sont commis, et si rares qu'ils soient, ils sont encore trop fréquents ; mais même en laissant de côté ces faits exceptionnels, il est certain qu'on emploie à l'égard des malades des asiles beaucoup de force et de brusquerie inutiles, sans aller jusqu'à la violence. Il ne faut pas trop en vouloir aux serviteurs d'asiles, ils ne savent pas comment on doit traiter les fous, et d'ailleurs le plus souvent ils sortent d'un milieu où les échanges de coups sont fréquents et servent communément d'arguments. Cette disposition à la violence, si inquiétante pour ceux qui dirigent l'asile, est sensiblement plus fréquente dans le personnel masculin ; mais ce que l'on rencontre trop souvent dans le personnel des deux sexes, c'est la rudesse du langage et de la conduite : on mène les malades et on leur commande, au lieu de les persuader et de les amener où l'on veut. L'auteur est convaincu que ces procédés sont essentiellement propres à créer et à cultiver chez les malades l'excitation et la violence, et il en trouve la preuve dans ce fait que ce qui a pu être ainsi artificiellement créé, a pu, par un procédé inverse, être supprimé. Tout le monde sait qu'il y a dans l'épilepsie une période où le malade est particulièrement irritable : mais dans d'autres formes d'aliénation mentale, il existe, sans que peut-être ils soient aussi nets, des moments d'élection pour l'irritabilité, et ces moments peuvent, par des agissements maladroits, être prolongés et aggravés, au grand détriment des malades et du personnel lui-même, dont le service est rendu bien plus pénible. Le but pratique à atteindre, c'est d'obtenir du personnel de la sympathie, de la douceur et de la patience à l'égard des malades qui doivent être traités avec encore bien plus de bonté que s'ils étaient sains d'esprit, absolument comme il arrive pour l'ouvrier qui entre à l'hôpital, et qui y est l'objet d'attentions que l'on n'aurait assurément pas pour lui s'il était bien portant. Pratiquement, le meilleur moyen de remplir ces indications dans les salles d'hommes est d'employer des infirmières au lieu d'infirmiers ; l'extension qu'on a pu donner à leur emploi, et les services qu'elles ont rendu ont dépassé toutes les prévisions. Dans les salles de femmes, la création de plusieurs

postes de matrones assistantes, pour surveiller les infirmières, et faire leur service *dans les salles et au milieu des malades* paraît pouvoir remédier à toute difficulté. Il conviendra de les payer et de les traiter convenablement, et de leur donner beaucoup d'autorité ; elles seront faciles à recruter dans la grande armée des infirmières hospitalières ayant suivi des cours théoriques et pratiques réguliers.

Un autre point très important, c'est le peu de confiance que l'on peut avoir dans la surveillance du personnel, et l'ignorance des infractions commises où est laissé le médecin. Et il ne faut pas s'en étonner, car les motifs qui poussent un surveillant ou une surveillante à ne pas révéler les méfaits de leurs subordonnés sont bien naturels : ils se résument dans la réponse que faisait l'un d'eux à l'auteur au moment où il passait dans un autre asile : « On m'aurait fait une vie de chien si j'avais parlé, » et l'aveu tardif de ce surveillant n'a rien d'exceptionnel. Ici le remède est difficile à trouver ; peut-être ne peut-on le chercher que dans le perfectionnement moral du personnel qui supprimera, non la non-révélation de l'infraction, mais l'infraction elle-même : celle-ci d'ailleurs sera rendue plus rare par la présence continuelle dans les salles d'une personne responsable, comme la matrone assistante dont il a été question plus haut.

S'il fallait montrer par un argument de plus combien la surveillance de nuit des aliénés est défectueuse, et combien les asiles sont, à cet égard, en retard sur les hôpitaux généraux, on trouverait cette preuve dans ce fait que, dans presque tous les asiles, les hommes malades ou infirmes sont soignés par un personnel masculin. Il n'y a absolument aucune raison de ne pas employer des femmes dans les salles d'hommes malades et infirmes, sous la direction d'infirmières hospitalières instruites. Ce dernier point — la présence et la direction d'une infirmière d'hôpital instruite et diplômée — est absolument capital : en fait, en ne mettant pas à la tête de l'infirmerie d'un asile une infirmière diplômée, on ferait preuve d'un esprit aussi rétrograde qu'en donnant la direction de l'asile lui-même à une personne étrangère à la médecine.

Enfin, l'auteur aborde la question du personnel. Les qualités nécessaires pour faire une bonne infirmière d'asile sont multiples : il faut qu'elle soit saine de corps et d'esprit, intelligente, active, sympathique et consciencieuse, capable de se contrôler elle-même avec fermeté, et de contrôler les autres avec bonté, docile aux ordres reçus et pourtant capable d'initiative dans les cas imprévus : telles sont les qualités que l'on exige d'elle, et que l'on rencontre assez souvent ; celles qui les réunissent sont à coup sûr des sujets d'élite, et pourtant elles sont moins appréciées du public que les infirmières d'hôpital, moins surtout qu'elles ne le méritent. Un des bons moyens de relever leur situation, en effaçant

cette inégalité, c'est de les faire travailler côte à côte avec des infirmières d'hôpital : cela pousse quelques infirmières d'asile à rechercher le diplôme hospitalier, et le résultat est excellent ; car on ne fait pas une bonne infirmière d'asile sans être une bonne infirmière d'hôpital, et les deux diplômes ne sont pas de trop ; car les cours et les examens destinés aux infirmières d'asiles ont déjà rendu d'incalculables services.

Ces préliminaires posés, l'auteur aborde maintenant l'étude des méthodes et des réformes introduites dans l'asile qu'il dirige.

Service de nuit : augmentation du personnel et surveillant de nuit ; surveillance continue des dortoirs ; abolition du système solitaire (chambres d'isolement). Le but évident à atteindre c'est que la surveillance ne faiblisse jamais et qu'elle soit la nuit aussi réelle que le jour. Mais, bien que le malade qui a besoin d'être surveillé le jour en ait tout aussi grand besoin la nuit, comme la plupart des malades dorment la nuit, le personnel de nuit n'a pas besoin, à beaucoup près, d'être aussi nombreux que le personnel de jour. A l'asile de Stirling, qui contient 690 malades et comporte 250 entrées par an, le service de nuit comporte 20 personnes, soit le tiers environ du personnel de jour et un agent de surveillance pour 35 malades. Avec ce personnel, la surveillance est absolument de même ordre et tout aussi efficace la nuit que le jour. L'expérience des hôpitaux qui nous montre que la surveillance est d'autant plus facile et plus économique qu'un plus grand nombre de malades est réuni dans un local commun est naturellement applicable aux asiles. Les malades sont classés d'après les symptômes qu'ils présentent et catégorisés dans les divers dortoirs selon le degré de surveillance nécessité par leur état. On objectera qu'il suffit d'un malade bruyant pour troubler le repos de toute une salle : l'auteur répond à cela que la véritable raison de l'internement solitaire pendant la nuit doit être cherchée dans l'insuffisance du personnel et non dans les allures bruyantes de certains malades, et que d'ailleurs le Dr Elkins a démontré que c'est précisément cet isolement de la nuit qui exagère le caractère bruyant de ces malades, tandis que bien maniés par un personnel adroit et suffisant ils rentreraient dans le calme et retrouveraient le sommeil. L'expérience acquise à cet égard par le Dr Elkins est d'ailleurs confirmée par les constatations du Dr Middlemass, du Dr John Macpherson, du Dr Keay, du Dr Marr et de l'auteur lui-même.

Le dortoir des entrants échappe naturellement à toute prévision, aussi bien qu'à toute classification, et peut devenir bruyant à certains moments : l'auteur ouvre alors un dortoir d'entrants supplémentaire confié à deux infirmières, qui suffisent d'autant mieux qu'il ne s'agit guère que de surveiller trois ou quatre malades ; de même il lui est arrivé, accidentellement, de placer un malade par trop bruyant dans une chambre spéciale, sous la surveillance d'une

infirmière spéciale. Moyennant ces précautions, le dortoir des entrants est habituellement calme. Le Dr Clouston a constaté lui-même que, sous l'influence de ce système, des malades qui, sous l'ancien système, avaient été durant des années bruyants et insupportables étaient devenus parfaitement calmes. Mais alors même que ce système comporterait plus de bruit et plus d'agitation, — ce qui n'est pas le cas, — même si les malades dormaient moins facilement, il faudrait encore l'adopter pour en finir avec le système des chambres d'isolement. M. Robertson ne voudrait pas exprimer trop vivement sa pensée, pour ne pas contrister ceux de ses confrères qui ont encore recours à cette méthode; il ne peut cependant s'empêcher de dire qu'il a peut-être encore plus d'aversion pour l'incarcération dans des chambres d'isolement que pour la camisole de force et les autres moyens de contrainte mécanique, peut-être parce qu'il n'a pas vu à l'œuvre ces derniers moyens de coercition, tandis qu'il a pu voir au contraire les effets de l'isolement pendant la nuit de malades qui ont bien plus besoin d'être surveillés par une infirmière attentive que d'être enfermés par un tour de clef. Les effets de cet internement nocturne sont nuisibles et dégradants pour le malade; ils sont en outre démoralisants pour le personnel. Il serait puéril de dire que l'on n'aura *jamais* recours à l'un ou l'autre de ces moyens coercitifs, mais ils ne doivent être employés par le médecin qu'avec une grande hésitation et seulement lorsqu'il s'y voit contraint et forcé. Il y a deux ans, à Glasgow, l'auteur disait que si un seizième de l'asile était consacré à des chambres séparées, cela suffirait amplement, et que, avec un personnel de nuit suffisant, il ne faudrait pas plus de un trente deuxième. Cette assertion a paru chimérique ; les faits démontrent aujourd'hui qu'elle était exacte. C'est ainsi que du temps de Conolly on déclarait chimérique l'abolition de la contrainte mécanique. Il y a une objection qui est parfois soulevée lorsque les méthodes en vigueur dans un asile réussissent moins bien dans une autre, c'est que les malades de certains districts sont plus accessibles que d'autres au principe d'autorité. Il est possible que cette objection ait parfois une certaine valeur, mais elle n'est pas valable en tout cas pour l'asile que l'auteur dirige, et dont les malades sont fournis par les régions les plus vicieuses, les plus alcooliques et les plus criminelles de toute l'Ecosse. Et à ce propos l'auteur ne veut pas négliger de s'occuper du traitement de jour, par l'alitement, des cas aigus et agités, selon la méthode préconisée par Magnan, Whitcombe, Sir J. Batty Tuke et d'autres auteurs. Cette méthode est, dans l'ensemble, bien supérieure aux méthodes anciennes ; elle donne plus de sécurité, en même temps qu'elle est plus conforme aux méthodes hospitalières générales et aux sentiments professionnels. Il est remarquable de voir avec quelle promptitude les malades aigus renoncent à toute tentative

violente pour se lever, et quelles facilités ce traitement offre à la surveillance de nuit. M. Robertson renvoie ceux qui pensent que ce procédé présente des difficultés insurmontables aux résultats obtenus par le Dr Magnan, qui porteront la conviction dans tous les esprits ouverts à l'évidence. A l'asile de Sainte-Anne, qui est le centre de répartition des malades des divers asiles de Paris, le Dr Magnan reçoit chaque année plus de 3 000 cas récents. Tous les cas aigus sont traités par le séjour au lit dans des dortoirs, sans qu'on ait jamais besoin d'aucun recours, ni le jour ni la nuit, à l'internement dans des chambres d'isolement pour cause d'agitation aiguë. Il n'y a qu'une objection à ce système, c'est qu'il nécessiterait l'usage plus général des médicaments sédatifs, mais les faits ne viennent pas à l'appui de cette objection. Il est difficile d'établir une moyenne pour l'emploi de ces agents. Mais le Dr Elkins donne la statistique de sa pratique, — avec surveillance des dortoirs, — et sa moyenne est certainement très faible. L'auteur croit que la sienne donne également des chiffres inférieurs à la moyenne, et pourtant il a une grande confiance dans la valeur thérapeutique de cette médication. En tout cas, une fois le système en vigueur, l'objection peut être considérée comme négligeable, les preuves se manifestant plutôt en sens inverse. Quant aux détails du système, l'auteur explique que chaque dortoir de l'asile, sauf trois de chaque côté, contenant ensemble 34 malades, est sous la surveillance d'une infirmière ou d'un serviteur, et que sept dortoirs ont chacun deux infirmières ou serviteurs. Les dortoirs sans infirmières ont leurs portes ouvertes. La moitié des malades est en observation continue, les trois quarts en observation presque continue, le personnel ne perdant pas son temps à visiter un trop grand nombre de chambres séparées. L'asile comprend quatre dortoirs doubles, avec des portes battantes, contenant chacun 80 lits, qui sont occupés par des malades calmes et travailleurs, et dont les dimensions considérables, — peut-être trop considérables — rendent la surveillance de nuit extrêmement facile. Pour assurer le bon fonctionnement du système, il y a, nécessité d'augmenter le cube d'air individuel des malades, le chiffre a été réduit à 1.780.

L'auteur fait remarquer en passant que c'est assurément une faute d'avoir des dortoirs et des salles d'infirmerie trop vastes ; la surveillance et les soins y sont rendus plus difficiles ; mais c'est une faute aussi (il s'agit bien entendu des asiles publics) d'avoir des dortoirs et des salles d'infirmerie trop petits et des chambres isolées trop nombreuses ; la surveillance et les soins nécessaires ne peuvent alors être obtenus qu'à grand prix d'argent, au moyen d'un personnel très nombreux.

Quant au nombre de malades que peut surveiller pendant la nuit un seul serviteur, il ne paraît pas devoir dépasser 25 dans une

salle d'aigus, de malades ou de sujets affaiblis, mais peut aller jusqu'à quarante dans une salle contenant des malades qu'il faut lever à cause de leurs habitudes malpropres, ou surveiller à cause de leurs crises.

L'asile ne contient que trente chambres séparées, dont quelques-unes sont capitonnées; elles s'ouvrent toutes sur les salles, et leurs portes restent ouvertes la nuit pour faciliter la surveillance. Leur usage est généralement considéré comme une faveur accordée à des malades tranquilles et dont beaucoup rendent de menus services dans les salles. Il y a quelques années, les chambres étaient, comme dans la plupart des asiles, occupées pendant la nuit par des malades agités, bruyants et destructeurs. Mais, dans ces conditions d'isolement, il était impossible de rechercher les causes d'agitation et d'insomnie : celles-ci, en même temps que d'autres mauvaises habitudes, ne faisaient que s'aggraver : aucun effort ne pouvait être tenté pour rendre les malades plus propres, pour les empêcher de déchirer leurs vêtements et leur literie, et quand on entrait le matin dans les chambres, on y trouvait du linge mis en pièces et une odeur infecte. Il faut ajouter que souvent, le malade ainsi enfermé passait toute la nuit à crier et à donner des coups dans la porte, tenant ainsi tout un dortoir éveillé.

De même que la réclusion dans le jour, la réclusion pendant la nuit peut quelquefois être nécessaire; mais c'est un procédé auquel il ne faut avoir recours — comme aux moyens mécaniques de contention — qu'avec une extrême réserve, et jamais sans l'ordre du médecin. Chez les malades à tendances homicides, chez quelques autres peut-être, on peut légitimement y avoir recours, mais non sans avoir pris les mesures nécessaires pour assurer au malade le bien-être, les soins, et la surveillance. Mieux on sait soigner les aliénés, moins on a besoin de les enfermer la nuit. A Leavesden, durant les trois dernières années, il n'a pas été nécessaire d'isoler la nuit un seul malade dans le quartier des hommes; et depuis deux ans il n'y a eu qu'un seul isolement dans le quartier des femmes; il s'agissait d'une malade avec idées d'homicide. L'expérience a montré toutefois que s'il n'y a que peu ou pas de difficulté à soigner les entrants dans un dortoir commun, il n'en va pas de même à l'égard de malades qui ont été habitués à être internés la nuit; il faut beaucoup plus de temps pour les corriger de leurs habitudes bruyantes et malpropres; encore y retombent-ils facilement. Dans les hôpitaux généraux il y a le plus souvent des chambres latérales, destinées aux cas spéciaux, méningite, apoplexie, etc,. Rien ne s'oppose à l'existence dans un asile de dispositions analogues. — Les portes de ces chambres, habituellement ouvertes, pourraient être fermés dans ces cas spéciaux, (malades à idées de suicide, moribonds, etc.),

mais alors un serviteur spécial serait placé auprès du malade et n'aurait à s'occuper que de lui.

Le personnel de nuit de l'asile de Leavesden se compose de 35 personnes : du côté des femmes une surveillante en chef de nuit; — une surveillante adjointe, responsable, faisant ordinairement le service d'infirmière de nuit, mais remplaçant en cas de maladie ou de congé la surveillante en chef et 17 infirmières ordinaires. — Du côté des hommes un surveillant en chef et un surveillant adjoint et 14 infirmiers ordinaires. — Il y a, étant donné le chiffre du personnel et le nombre des salles, un infirmier et deux infirmières de réserve. En cas d'extrême urgence on détache au service de nuit des infirmiers du service de jour. Déduction faite des surveillants, le personnel de nuit est à l'égard des malades dans le rapport de 1 à 54 ce qui n'a rien d'excessif.

Les registres tenus par le personnel de nuit sont identiques dans les quartiers d'hommes et de femmes, sauf la couleur du papier, pour éviter toute confusion. Ils indiquent : la date, le numéro de la salle, le nombre des malades, les noms de ceux qui se mouillent et sont malpropres, la liste des pièces de lingerie souillées, les noms des malades qui ont des attaques et le nombre de ces attaques, les noms de ceux qui sont agités et bruyants, de ceux qui sont malades et nécessitent des soins spéciaux, de ceux qui couchent dans des chambres isolées, de ceux qui prennent des stimulants (avec indication de la dose), la température de la salle, les plaintes au sujet de cette température, la température du malade s'il y a lieu, enfin tous les faits qui peuvent ou doivent être l'objet d'une mention spéciale, (morts, accidents, cas spéciaux, matelas mouillés, visites du personnel médical, etc.). Chaque matin le surveillant en chef de la nuit examine et paraphe les registres de nuit. Pour assurer la continuité du traitement, le rapport de nuit est lu chaque matin par le personnel de jour, et quand le soir, celui-ci remet le service au personnel de nuit, il lui remet en même temps que les médicaments et les extras nécessaires pour la nuit, un registre dont il a rempli les quatre colonnes; ces colonnes comprennent la première le nom des malades qui ont besoin de médicaments et d'extras; la seconde le nom des entrants; la troisième le nom des malades qui ont besoin d'une attention spéciale, la quatrième les observations. Le registre du surveillant en chef de nuit est très simple : sur une page, ordinairement presque blanche, il note ses observations spéciales; sur l'autre il inscrit les heures où il a commencé ses rondes de nuit (il en fait ordinairement cinq chaque nuit dans les salles de l'infirmerie et quatre dans les salles ordinaires) sans suivre un ordre régulier, et chacune de ces rondes est notée sur le registre de l'infirmerie de nuit; la température des salles, le nombre des malades malpropres dans chaque salle, le nombre des malades ayant eu des attaques, les

visites du personnel dans les salles, les malades qui prennent des médicaments et des stimulants. Il doit aussi répondre par écrit à ces deux questions : Le personnel de nuit s'est-il bien acquitté de son service et y a-t-il eu des omissions dans les mesures à prendre à l'égard des malades difficiles, et pourquoi? La description de ces registres est longue à écrire; mais on conçoit que dans la pratique, leur tenue est fort simple.

Si l'on excepte la surveillance générale, mais réelle du médecin directeur et du personnel médical, de la matrone et de quelques autres fonctionnaires de l'asile, on voit que la perfection des soins et de la surveillance repose tout entière sur la personne qui a la surveillance générale; il faut donc que cette personne soit absolument digne de confiance, que l'on puisse s'en rapporter à elle pour signaler tout ce qui se passe sans crainte et sans partialité, et que l'on puisse compter sur elle pour agir avec sagesse dans les cas imprévus : il s'ensuit qu'il faut la rémunérer libéralement, la loger convenablement et lui donner une position sûre. Le Dr Robertson et le Dr Keay voudraient que cette personne fût une infirmière d'hôpital diplômée : l'auteur ne partage pas absolument cette opinion; en 1899 il y a eu à l'asile de Leavesden une épidémie de fièvre typhoïde, d'entérite et de pneumonie; on a fait venir 18 infirmières d'hôpital et l'on a pu voir nettement les inconvénients qui résultaient de leur manque d'habitude en matière de soins à donner aux aliénés : elles étaient moins habiles à prévenir les eschares que les infirmières de l'asile : elles avaient une tendance à recourir trop facilement à la contention mécanique et à l'isolement; si le malade déraisonnait, elles prennaient peur, et si comme il arrive souvent, son langage s'écartait considérablement des règles de la décence, elles se sauvaient.

Les efforts du surveillant en chef de nuit doivent être secondés par un personnel sachant observer les malades et habile à les manier : il est nécessaire pour cela de lui accorder une situation et un salaire supérieurs à ceux du personnel de jour ou des simples infirmiers ou infirmières. Il n'y a aucun inconvénient, du moins pour le personnel de nuit, à permettre l'habitation hors de l'asile, avec une allocation représentant le loyer, la nourriture et le blanchissage.

L'auteur aborde ensuite un point épineux, l'emploi des femmes pour soigner les aliénés malades et infirmes : sur ce point tout a été dit, et tous les arguments pour et contre ont été fournis : il n'y a pas lieu de les répéter, mais seulement de prédire que, avant longtemps, dans tous les asiles, les aliénés malades seront soignés par des femmes. A Leavesden, ce principe a été partiellement adopté puisque les six salles de l'infirmerie des hommes sont placées pendant le jour sous la direction d'une surveillante ayant son diplôme de l'Association Médico-Psychologique. Pour diverses

raisons on n'a pu pousser plus avant l'application de la méthode, dont ces raisons toutes particulières ne sauraient diminuer l'excellence reconnue. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il y a certains malades qui ne sauraient être soignés par des femmes, mais tous ceux qui ont loyalement tenté l'expérience savent combien ces cas là sont exceptionnels. L'auteur est d'avis que le service de l'infirmerie ne doit pas être confié conjointement à des hommes et à des femmes.

Il entre ensuite dans quelques considérations sur l'emploi des horloges-témoins, destinées à constater et à révéler le passage des rondes de nuit. Toutes, même les plus parfaites, sont inutiles et permettront toujours de tricher à qui voudra s'en donner la peine, car, dit M. Elkins, « l'esprit humain est plus subtil que « n'importe quel instrument. » Il a laissé ces horloges où il les a trouvées, mais n'en a point ajouté de nouvelles : peu importe en effet qu'un surveillant soit dans telle salle, à telle heure; ce qui importe, et ce que l'horloge ne dit pas, c'est ce qu'il y faisait d'utile.

L'auteur ne se propose pas ici de toucher au traitement des cas bruyants on agités ni aux soins qu'ils nécessitent pendant la nuit : chacun de ces cas d'ailleurs demande à être observé et manié suivant les indications qui résultent de cette observation. Il faut ajouter qu'ils doivent être étudiés non seulement au point de vue mental mais au point de vue somatique, beaucoup de troubles organiques jouant un rôle considérable dans la genèse de l'agitation, de l'insomnie, etc. Souvent on s'apercevra qu'un malade est facilement agité la nuit parce que, avant son entrée, il exerçait un métier de nuit et avait l'habitude de dormir le jour, Le régime aura aussi une grande importance : tout le monde connaît ces malades atteints de boulimie sénile, qui dorment après leur repas, et tiennent la nuit tout un dortoir éveillé. Les infirmières de nuit doivent connaître tous les artifices capables de provoquer le sommeil, car en obtenant le sommeil on évite bien des symptômes aigus. Les jours de pluie, il y a des malades qui dorment moins bien. faute d'air et d'exercice. Les tuberculeux surtout ont besoin de vivre en plein air, et il est indispensable de leur procurer des abris.

Voyons maintenant les avantages obtenus à Leavesden par cette extension de la surveillance de nuit : d'abord les risques d'incendie, d'attaques imprévues, d'apoplexies et autres maladies soudaines, de suicide chez des malades non soupçonnés de cette tendance, et même d'homicide sont réduits à leur minimum. Si l'on compare l'état actuel à l'état ancien, le calme des salles et des dortoirs est surprenant. Naturellement, il y a quelquefois des malades bruyants, il n'en saurait être autrement, puisque, après tout, c'est un asile d'aliénés : mais dans le plus tranquille des villages ne trouve-t-on pas parfois un ivrogne attardé qui réveille les habitants? Un autre résultat très avantageux c est que les malades

malpropres ont considérablement réformé leurs habitudes, au point que beaucoup d'entre eux sont devenus presque propres. Toutes les fois qu'un matelas est mouillé, une enquête est faite pour déterminer la cause, et savoir si c'est la surveillance qui a été en défaut.

Dans les deux asiles de Sunderland et de Leavesend, depuis l'adoption du nouveau système, non seulement les malades ont des nuits meilleures, mais sous l'influence d'un sommeil réparateur leurs journées deviennent meilleures, et leur état mental et physique va s'améliorant. Les narcotiques sont très rarement employés.

On objectera peut-être que ce qui a été réalisable avec les malades de Leavesden ne l'est pas avec les malades d'autres asiles : l'auteur ne saurait accepter l'objection, car les opinions qu'il avance sont le résultat d'une expérience de quatorze années passées au milieu d'aliénés de catégories très diverses et dans des régions très différentes.

Discussion : M. Middlemass, collaborateur de l'auteur dans son premier travail, confirme sur tous les points les opinions émises dans celui-ci.

M. George Robertson, absent, fait donner lecture d'un travail qui ne fait que résumer son travail analysé par nous ici-même.

M. Rhodes, approuve l'emploi des femmes dans les salles d'hommes de l'infirmerie des asiles : il voudrait aussi que l'on adoptât un système d'enseignement professionnel spécial pour les infirmiers et infirmières d'asile.

Les autres orateurs n'apportent aucune objection ni aucune critique nouvelles. R. de Musgrave Clay.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 avril 1903. — Présidence de M. P. Richer.

Hystérie monosymptomatique.

MM. Hauser et Bauvy présentent une jeune fille qui a été prise il y a quelques jours de paraplégie sans prodromes. Spasmodique d'abord, la paraplégie est devenue flasque très vite, il y a eu au début un peu d'anesthésie qui ne persiste aujourd'hui que sous la forme d'une plaque au membre inférieur droit. Il n'y a jamais eu aucune douleur; les réflexes sont exagérés, il y a un clonus du pied très net et le phénomène des orteils est accentué. La cause

de cet état échappe complètement aux auteurs qui par élimination en font un cas d'hystérie monosymptomatique en l'absence de tout autre signe d'hystérie. Ils demandent à ce sujet l'opinion de la Société.

MM. Babinski, Raymond, Ballet et Marie n'admettent pas ce diagnostic, pour eux la malade est nettement atteinte d'une affection organique.

Chimisme du liquide céphalo-rachidien.

MM. Sicard, Guillain et Raveau ont recherché l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale et le tabes. La présence de l'albumine est constante dans ces deux maladies. L'ébullition ne donne à l'état normal qu'un louche léger, dans le tabes et la paralysie générale, on obtient au contraire un nuage très opaque des plus nets. Ce signe peut suppléer la cytoscopie pour le praticien qui n'est pas outillé pour la pratiquer. Sa différenciation de la globuline et de la serine, n'a pas encore donné d'indication spéciale.

Sur la présence d'albumines coagulables par la chaleur dans le liquide céphalo-rachdiien des paralytiques généraux et des méningites chroniques.

MM. Guillain et V. Parant. — Quand on chauffe, dans un tube à expériences, 2 à 3 centimètres cubes d'un liquide céphalo-rachidien normal, on observe une légère opalescence. Cette opalescence est due à la présence physiologique d'une petite quantité de globuline. Celle-ci, peut en effet être précipitée à froid par le sulfate de magnésie et le liquide, chauffé après infiltration, reste absolument clair. Quand on chauffe le liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de paralysie générale, de méningite chronique, on observe un trouble extrêmement prononcé. Après avoir précipité à froid la globuline par le sulfate de magnésie on observe encore un trouble après chauffage. Donc dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades il existe de la sérine. Nous avons observé, dans le service du Dr Joffroy cette réaction dans 16 cas de paralysie générale. Au contraire, dans 20 autres cas où il s'agissait de malades atteints de psychoses diverses, démence précoce, mélancolie, manie aiguë, etc; la réaction en question faisait défaut. La recherche de la sérine dans le liquide céphalo-rachidien est très facile à faire. Cette réaction est souvent en parallèle avec la lymphocitose, elle semble même être plus précoce que celle-ci; elle mérite donc, croyons-nous, de prendre place à côté de l'examen des lymphocytes dans la séméiologie du liquide céphalo-rachidien. La présence de l'albumine est indépendante de la présence des leucocytes, car elle se trouve après centrifugation. Dans le cas de méningite, d'irritation méningée, il existe vraisemblablement des

troubles de la circulation lymphatique qui expliquent le passage de l'albumine du sérum sanguin et lymphatique dans le liquide céphalo-rachidien.

Sur une variété particulière de syndrome alterne.

MM. Pierre Marie et O. Crouzon présentent un homme atteint d'hémiplégie gauche, de paralysie de l'oculomoteur commun droit, de paralysie faciale droite, de paralysie du trijumeau droit. Ce syndrome ne répond ni au syndrome de Weber, ni au syndrome de Millard-Gubler, il semble être une association de ces deux syndromes et est en rapport avec des lésions pédonculaire et bulbo-protuberantielle coexistants.

Sclérème cutané dans la myopathie.

M. Ballet présente un malade atteint de myopathie généralisée et attire l'attention sur la dureté spéciale des mollets du malade, dureté à laquelle participe la peau et avec laquelle elle fait corps. On ne sent pas une dureté profonde avec une peau mobile par dessus, mais une masse homogène dure de la surface au fond sans distinction de couche.

M. Pierre Marie présente un homme de soixante ans atteint vraisemblablement de *chorée chronique*.

L'affection a débuté chez ce malade à l'âge de sept ans; il n'existait dans sa famille aucune hérédité similaire.

Ce début précoce de cette affection est exceptionnel.

Paralysie radiculaire du type Klumpke d'origine traumatique empiétant sur les deuxième et troisième dorsales.

MM. Armand Delille et Max Egger présentent un malade atteint de paralysie radiculaire du type klumpke qui s'écarte du type classique par certains caractères particuliers.

Il s'agit d'une paralysie d'origine traumatiqne presque exclusivement sensitive, le mouvement et la force musculaire étant très peu touchés, par contre il y a anesthésie absolue dans le domaine de la huitième racine servicale et de la première dorsale. Les caractères particuliers à ce cas consistent dans l'anesthésie des territoires thoraciques et axillaires des deuxième et troisième dorsales. Les rami-communicantes de ces racines sont également touchés, comme le montrent les troubles vaso-moteurs de la face et de l'oreille qui se surajoutent aux troubles oculo-pupillaires qui dépendent du ramus communicant de la première dorsale.

Amnésie antérograde continue de fixation et de conservation Topoagnosie, sans troubles visuels.

M. Ernest Dupré. — Malade de 53 ans, ancien grand buveur et fumeur, sans autre lésion saisissable que de la tuberculose loca-

lisée au sommet droit, entré dans le service pour des troubles cérébraux qui ont brusquement débuté, sans ictus, il y a trois ans, à l'occasion d'un grand chagrin.

Ces troubles consistent dans une impossibilité absolue de fixer les images sensorielles, de les retenir, par suite de les utiliser en les associant, dans les opérations psychiques, aux images mnémoniques du passé, qui sont conservées. Toutes les images sont perçues, comprises et jugées : aucune ne persiste.

Le déficit est purement mnésique, nullement intellectuel : le malade raisonne correctement sur tout et a gardé intacte la mémoire de tout son passé jusqu'à il y a trois ans.

Incapacité d'orientation topographique absolue. Habitant chez sa fille depuis six mois, le malade est incapable de se diriger dans les trois pièces de l'appartement : il s'y perd, ne peut retrouver son lit, etc.

Le seul autre trouble psychique constaté est l'apparition, à l'occasion de l'examen ; de la conversation, de manifestations extérieures (tremblement, accélération des mouvements cardio-respiratoires, troubles vaso-moteurs) d'une émotion que ne ressent pas d'ailleurs le malade, il s'agit là d'un trouble psychoréflexe de la mimique émotive et non de l'émotivité elle-même : le malade s'étonne lui-même de ces troubles, auxquels il assiste sans les expliquer.

Comme troubles somatiques : caractère incertain, vaguement ébrieux de la marche. Légère exagération des réflexes tendineux. Céphalée diffuse continue. A la ponction lombaire, lymphocytose discrète (6 à 7 éléments par champ.) Aucun trouble visuel ni pupillaire : légère neuropapillite à l'ophtalmoscope. Pas de stigmate hystérique.

L'intérêt majeur de ce cas gît dans la difficulté de l'interprétation du syndrome. Celui-ci se résume dans une amnésie continue de fixation et de conservation dont la topoagnosie n'est qu'un corollaire. Ce syndrome a déjà été constaté (Hugo Magnus, Forster, Dide) chez les occipitaux organiques, atteints d'hémianopsie temporale double. Mais notre malade ne présente pas de cécité, ni corticale, ni verbale, ni psychique. L'amnésie s'étend d'ailleurs à toutes les images sensorielles.

L'analyse étiologique et clinique, le cyto-diagnostic céphalo-rachidien autorisent à supposer l'existence de méningite chronique. C'est la seule donnée positive que l'on puisse invoquer, comme substratum d'un syndrome psychopathologique si curieux et si spécial.

Examen histologique des nerfs dans un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial.

MM. Max Egger et P. Armand Delille ont eu l'occasion d'exa-

miner histologiquement les nerfs dans un cas de paralysie radiculaire totale du plexus brachial d'origine traumatique remontant à quatre ans.

L'état du membre, excessivement atrophié, dont l'impotence et l'anesthésie étaient complètes et accompagnées de troubles circulatoires faisait présumer qu'il y avait une destruction complète des fibres nerveuses du membre atteint, aussi les auteurs ont-ils été surpris de trouver dans chacun des principaux nerfs examinés par différentes méthodes un nombre considérable de cylindres-axes revêtus de leurs gaines de myéline mais toutes les fibres sont grêles.

On peut se demander s'il ne s'agit pas de fibres de régénération car tandis que pendant les deux premières années la sensibilité ne pouvait être rappelée par aucun procédé, dans les années qui suivirent, l'anesthésie cédait à la sommation.

Ataxie d'origine centrale et d'origine périphérique.

MM. Déjerine et M. Egger. — Deux cas de lésion de la couche optique, dont un confirmé par l'autopsie. Hémianesthésie gauche avec le caractère de la diminution centripète pour les sensibilités superficielles. Dans les deux cas, perte complète de la perception des attitudes et des mouvements passifs dans l'extrémité supérieure gauche. Dans l'un des cas, empiétement de l'hémianesthésie pour l'extrémité inférieure droite. Tous les mouvements sont conservés dans les membres anesthésiés. Il y a seulement diminution considérable de la force musculaire des membres du côté gauche et de la jambe du côté droit. Dans ce même cas il y a une algie cérébrale persistante continuelle, résistant à toute médication analgésiante. Encore ici, douleurs vésicales, mictions impérieuses fréquentes, sécheresse de la bouche, rendant la déglutition difficile. Perversion du goût. La plupart des aliment paraissent amers.

Malgré cette perte complète du sens des attitudes, les deux malades réalisent avec leur extrémité anesthésique toutes les positions qui en exige et cela avec une perfection remarquable. Elles exécutent dans un ordre parfait une série de mouvements successifs, elles savent faire des mouvements isolés, elles savent ralentir et accélérer le mouvement. Dans les deux cas, il existe un tremblement abasique, bien visible, quand le mouvement s'adresse aux grands leviers. Mais l'oscillation de ces tremblements, les écarts sont incomparablement moins accusés que dans l'ataxie du tabes, à troubles sensitifs égaux. Chez l'ataxique une perte complète de la sensibilité profonde, la réalisation exacte d'une attitude est chose impossible. Il en est de même pour une série de mouvements consécutifs. L'ordre de la succession se trouve troublé. Les mouvements isolés deviennent des

mouvements d'ensemble. Il manque en outre la fixation statique et cinétique du levier de rapport. En un mot la désorientation d'un membre de l'ataxique tabétique contraste fortement avec la faible ligne d'ataxie d'origine centrale. La cause de cette différence entre l'ataxie périphérique et l'ataxie centrale, doit être cherchée ailleurs que dans les troubles sensitifs. Dans toute la hauteur de l'axe cérébro-spinale sont échelonnées divers autres coordinateurs présidant à des fonctions d'autant plus élevées qu'ils se rapprochent de l'écorce: centres médullaires, centres bulbo-protubérantiels, centres opto-striés, cérébelleux et corticaux. Le faisceau sensitif parcourant tous ces centres leur apporte à chacun des apports sensitifs de la périphérie des renseignements auxquels chaque centre répond et dans la mesure de son rôle. Si tout apport sensitif de la part de la périphérie se trouve interrompu déjà au niveau du premier neurone du faisceau sensitif, comme c'est le cas, par le bain, aucun des centres coordinateurs ne se trouve renseigné des exigences de la part d'un mouvement en puissance d'exécution. L'impulsion motive part sur un membre privé du tonus musculaire, privé de la faculté d'une fixation statique et cinétique, cette impulsion arrive sur un membre dont la musculature ne se contracte plus dans un ordre de succession régulier et où la contraction elle-même n'est plus l'effet d'une décharge continue, dosée, appropriée. Il en résulte nécessairement une désorientation et une incoordination maxima. Si par contre le faisceau sensitif se trouve détruit seulement dans son dernier neurone, dans le neurone thalamo-cortical, l'apport sensitif peut encore affluer de la périphérie sur les divers centres coordinateurs et l'ataxie est nécessairement moins accusée comme le montrent si bien nos deux cas de lésions thalamiques. F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 17 février 1903. — Présidence de M. Jules Voisin

Le rêve musical.

M. Gillet. — Le rêve musical a pour origine, tantôt un état physiologique spécial qui donne naissance à des illusions auditives musicales dont l'imagination s'empare et qu'elle transforme en phrases musicales; tantôt les préoccupations musicales de la veille, tantôt les excitations auditives qui surviennent pendant le sommeil; tantôt des suggestions spéciales. L'habitude, la mémoire, l'association des idées, l'imagination ont chacune leur rôle respectif dans

la cérébration inconsciente qui produit le rêve musical. La Sonate du Diable de TARTINI résulte des préoccupations du moment et des idées qui ont obsédé l'esprit pendant la veille. En général, les rêves musicaux ne surviennent que chez des personnes exclusivement musiciennes, soit par nature, soit par éducation.

Aboulie motrice systématisée. — Traitement par la suggestion hypnotique.

M. BERILLON. — Je fus, il y a plusieurs années, auprès d'une dame de quarante ans, qu'on disait atteinte depuis six mois d'une paralysie des jambes. Elle déclarait ne pas pouvoir se lever. Il ne s'agissait même pas d'une paraplégie hystérique, car la malade retirait vivement ses pieds lorsqu'on les lui chatouillait ou piquait. Sur mon invitation pressante, elle accomplit même divers mouvements. Malgré cela, elle se déclarait incapable de quitter son lit, sa volonté ne pouvant animer ses jambes. Il s'agissait d'une aboulie motrice systématisée chez une hystérique. Une tentative d'hypnotisation fut suivie de succès. Dans cet état, je lui fais la suggestion de se lever le lendemain à deux heures de l'après-midi pour aller lire un billet relatif à sa santé et que je venais de déposer dans un coffret sur la cheminée d'une autre chambre. La suggestion est ainsi renforcée par la mise en jeu d'une curiosité très naturelle. Je pensais que le désir de connaître ce que j'avais écrit constituerait un excitant capable de provoquer la réalisation de la suggestion. Celle-ci fut exécutée à l'heure dite. La malade se leva, traversa plusieurs pièces et alla ouvrir le coffret. La guérison fut considérée comme obtenue car elle se leva, depuis, tous les jours et reprit son existence habituelle.

Je l'avais perdue de vue lorsque, cinq ans après, je fus rappelé auprès d'elle. Cette fois, l'aboulie motrice s'était localisée aux membres supérieurs. La malade restait capable d'accomplir tous les mouvements, mais après un long retard. Elle mettait environ une minute pour saisir et porter à sa bouche une cuillère d'aliment. De plus, les mouvements ne pouvaient être exécutés que si le poids des objets était extrêmement léger. A cet effet, on lui avait confectionné toute une collection d'objets en aluminium. En outre la malade ne pouvait exercer sur les touches du piano des pressions suffisantes pour produire des sons. Sous l'influence de la suggestion hypnotique ainsi que d'une gymnastique appropriée et graduée, faite dans l'état d'hypnotisme, la guérison fut promptement obtenue.

Phychologie de l'étudiant en médecine américain.

M. DEMONCHY. — Aux Etats-Unis, l'organisation des études médicales soumet les étudiants à un véritable entraînement pour

l'obtention du diplôme, ils sont constamment tenus en éveil par des questions posées sur les différents cours de la semaine, tant par les professeurs que par leurs camarades qui, dans ce but, se groupent en sociétés d'étudiants.

Nulle perte de temps, les malades sont amenés à la clinique, les élèves sont conduits par groupes aux lits des malades, des interrogations sont toujours posées.

Ainsi l'attention est soutenue, la mémoire excellemment entraînée, l'émulation suscitée par suite, les étudiants font preuve d'une grande volonté et d'une non moins grande bonne volonté.

L'école cherche à éviter le surmenage tout en imposant un grand effort intellectuel. Il y a communauté d'effort et de but entre les élèves et le corps enseignant.

L'école de médecine américaine forme un tout, une sorte d'entraînement mutuel pour l'obtention du diplôme de docteur.

La phsychologie du stomacal.

M. de Bourgade expose les troubles du caractère et les phénomènes nerveux qui résultent des diverses affections de l'estomac, en particulier des dyspepsies par fermentation et auto-intoxication.

Séance du mardi 24 mars 1903. — Présidence de M. Jules VOISIN

L'influence des anniversaires sur les récidives d'une psychonévrose traumautique intermittente.

M. Paul Farez. Une femme âgée de trente-trois ans, présente annuellement, depuis cinq ans, à époques fixes, au commencement de marset à la fin de juillet, des troubles nerveux et mentaux tels que anorexie, vomissements, constipation, anurie, pleurs, photophobie, obsession de la mort, agitation des bras et des jambes, insomnie, etc. Cette femme aimait follement un homme qui est mort subitement, il y a cinq ans ; ce traumatisme psychique provoque, avec des idées de suicide, la première de ces crises ; depuis lors, les accès reviennent à l'anniversaire de cette mort et à celui de leur première rencontre. Au fur et à mesure que ces crises se répètent, elles se font plus longues et plus intenses ; elles durent, non plus trois ou quatre jours, comme au début, mais huit, dix ou quinze jours ; elles s'annoncent par divers prodromes huit ou quinze jours à l'avance ; elles laissent après elles des troubles variés pendant une quinzaine. La crise de mars 1902 ne s'est pas terminée ; au mois de juillet est venue la recrudescence coutumière ; depuis plus de six mois, la malade souffre d'un état pathologique chronique avec de courtes rémissions et des exacerbations fréquentes.

Hypnotisée, cette malade se remet à dormir la nuit et à s'alimenter; ses troubles mentaux ne tardent pas à disparaître; en deux mois son poids s'est élevée de 40 à 48 kilos. Cette fois, la crise qui survenait d'ordinaire au début du mois de mars n'a pas eu lieu.

M. Berillon. J'ai observé un certain nombre de cas de ce genre. Toutes les fois que la chose est possible, je demande au malade de venir systématiquement se soumettre à quelques séances d'hypnotisme, à l'approche de chaque anniversaire; ainsi l'on prévient très facilement les récidives.

M. Paul Magnin rapporte l'observation d'une malade qu'il traite en ce moment et qui présente une crise d'anorexie hystérique, chaque année à l'anniversaire de la mort de sa mère.

L'hypnotisme fortuit.

M. Berillon. Dans la terminologie médicale, le mot hypnotisme sert à désiger l'état psychologique, qui résulte d'une influence exercée artificiellement ou plutôt expérimentalement par un individu sur le système nerveux d'un autre individu : cet état psychologique est constitué essentiellement par une série de modifications dans le système nerveux du sujet. Ces modifications varient selon le degré de l'hypnotisme, depuis la diminution des facultés de contrôle mental jusqu'à l'automatisme le plus absolu.

Dans le langage courant, le mot hypnotisme est pris dans une acception beaucoup plus simple, il est synonyme de monïdéisme, et l'on dit d'un individu qu'il est ou paraît hypnotisé lorsque son attention s'est absorbée dans une idée fixe sur un point unique.

En effet, les phénomènes d'hypnotisme ne sont pas toujours le résultat d'une intervention expérimentale. L'état d'hypnotisme qui consiste primitivement dans l'inhibition, c'est-à-dire dans la suspension d'activité de quelques-unes des fonctions mentales, et, en particulier de la volonté, peut survenir fortuitement. Les causes qui sont susceptibles de produire l'hypnose peuvent s'exercer sur un individu sans qu'il y ait chez autrui aucune intervention de provoquer cet état. En un mot, un homme peut s'auto-hypnotiser involontairement et spontanément. L'état d'esprit que l'on a désigné sous le nom d'expectant attention, certains états affectifs ou émotifs, la fatigue, la timidité, peuvent favoriser l'auto-hypnotisation chez des individus prédisposés ou simplement ignorants. Les états hypnoïdes spontanés sont fréquemment le résultat de chocs physiques ou d'impressions morales vives, s'exerçant sur des hystériques, des fatigués, des alcooliques ou des intoxiqués. Il faut aussi mentionner l'intimidation provoquée par des personnes douées d'une certaine autorité naturelle ou auxquelles on attribue quelque prestige. L'imitation et les influences du milieu

jouent un rôle considérable dans la production des états hypnoïdes. L'ensemble des conditions qui concourent à la production de l'hypnotisme est fort complexe. Il en résulte que tel individu qui n'est pas hypnotisable aujourd'hui pourra l'être le lendemain au plus haut degré, et que tel sujet qui sera réfractaire à l'influence d'un individu subira au plus haut point la domination d'un autre.

La possibilité de l'auto-hypnotisme spontané explique l'action thérapeutique, en apparence si merveilleuse, de ce que l'on appelle à tort la suggestion à l'état de veille. En réalité, la puissance de la suggestion n'acquiert chez certains sujets une telle intensité que parce qu'ils se sont spontanément et préalablement auto-hypnotisés par la mise en jeu de l'expectant attention.

M. Paul Magnin. Jadis, à la Pitié, j'ai vu de nombreuses hystériques qu'on amenait chez Dumontpallier parce qu'elles s'étaient fortuitement auto-hypnotisées, après leur sortie de l'hôpital, en regardant dans la rue quelque objet brillant, alors qu'il n'y avait eu de la part de qui que ce fût, aucune tentative d'hypnotisation.

La psychologie de la vitesse.

M. Hachet-Souplet. Quiconque est en situation d'accroître à volonté sa vitesse est uniquement envahi par les impressions intenses qu'il en éprouve ; il ne s'appartient plus ; il est grisé ; alors naissent en lui des sentiments qu'il n'a pas à l'état normal : l'orgueil, la combativité, la colère, la haine, la méchanceté, la violence. Ces sentiments varient de forme et de degré, suivant qu'il s'agit du conducteur d'omnibus, du cocher de fiacre, du cavalier, de l'automobiliste.

M. Berillon. Il y a une grande analogie entre l'euphorie de la vitesse et l'euphorie de la morphine. Ceux qui se laissent emporter à faire de la vitesse, pour elle-même, sans aucun but d'utilité, sont, le plus souvent, des dégénérés dépourvus de tout pouvoir modérateur ; ils n'ont plus aucun empire sur eux-mêmes, et entrent en fureur contre les obstacles mêmes minimes.

M. Paul Magnin. Qu'il s'agisse de vitesse, de tabac ou d'alcool, on a affaire à des individus qui de l'usage ne peuvent s'empêcher de tomber dans l'abus ; ils sont, en effet, dépourvus de pouvoir modérateur, au point de perdre l'intinct de leur conversation personnelle.

M. Grollet. L'euphorie de l'automobiliste n'est pas identique à celle du cavalier ; celui-ci doit faire preuve d'art, de compétence et de savoir, il utilise une machine intelligente de laquelle il se fait comprendre et qu'il doit ménager, car il s'agit d'un animal qui n'obéit pas toujours servilement, mais consent à obéir dans certaines limites.

M. Lux. En Algérie j'ai été témoin de fantasias arabes. Ce sont

des demi-fous, grisés par la poudre, emportés par une fureur sauvage ; ils n'ont plus aucune espèce de pouvoir modérateur. Leur euphorie ressemble à celle des automobilistes et gagne aussi les chevaux.

M. Bérillon. J'ai été très frappé par le fait suivant. Un automobiliste, au sortir d'un village, écrase un homme sans s'en apercevoir et continue sa route à toute vitesse. Quelques jours après, il apprend cette mort en lisant les journaux et, d'inductions en inductions, il conclut que c'est lui qui l'a causée. On ne l'avait pas vu, il était sûr de l'impunité ; néanmoins, ses sentiments moraux l'emportent, il se dénonce et verse à la famille une forte indemnité. Cette mésaventure ne l'a point guéri de sa passion ; il refait de la vitesse avec la même frénésie que par le passé.

M. Voisin. Quand une telle catastrophe ne sert pas de leçon et que son auteur n'est pas guéri pour toujours, c'est qu'il s'agit, comme le soutient justement M. Bérillon, d'un individu dépourvu de tout pouvoir modérateur ; on se trouve en présence d'une véritable obsession.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 29 mars 1902.

De l'action thérapeutique du sérum de Truneck (avec présentation d'un malade). Professeur W. Roth.

Le malade présenté est un trafiquant de quarante-deux ans. A son entrée à la clinique, 10 décembre 1901, avant tout saute aux yeux l'expression d'étonnement, comme figée sur la physionomie du malade. Ses yeux sont ouverts plus que d'ordinaire, le front légèrement froncé, les sourcils soulevés, les mouvements mimiques menus sont abolis. Dans la musculature du tronc et, en partie, dans les extrémités, on observe aussi un enchaînement assez significatif, de sorte que l'aspect du malade rappelle au premier coup d'œil la paralysie agitante. Les mouvements sont lents et maladroits ; le malade ne peut pas courir. Les mouvements complexes réussissent avec peine à cause de l'enchaînement et du tremblement, s'associant à chaque mouvement volontaire et augmentant, lorsque la tension musculaire est plus grande et surtout pendant l'émotion ; la langue présente des tiraillements rythmiques, lorsque le malade l'allonge, les muscles faciaux subissent alternativement des tiraillements, la tête se balance, tout le corps et le bras tendu commen-

cent à se balancer d'une manière rythmique, faisant 2-4 oscillations par seconde ; le pied, que le malade relève étant couché au lit, se balance aussi, et s'il relève les deux pieds, alors les oscillations envahissent tout le corps et sont si fortes qu'elles font trembler le lit. Dans l'état de repos, point de tremblement ou on observe seulement des tiraillement isolés dans les muscles faciaux. En partie, la rigidité chez le malade peut être expliquée par la tension volontaire de la musculature, ayant pour but de supprimer les mouvements supplémentaires. Le malade, malgré le tremblement, mange lui-même, mais il ne peut pas boire avec la soucoupe. En marchant, le malade regarde ses pieds, risquant de tomber s'il relève ses yeux en haut; parfois il chancelle de côté et d'autre, comme dans l'ataxie cérébelleuse; il se tourne lentement et avec gaucherie. En parlant, sa langue s'embrouille, les consonnes sont prononcées indistinctement, sa parole rappelle celle d'un paralytique, mais elle n'est pas tout à fait caractéristique pour la paralysie générale : ici il y a plus de conformité et plus de constance dans la dysarthrie ; il n'y a point de replacement des syllabes, point d'accrochements temporaires, mais on voit que le malade a toujours beaucoup de peine à diriger l'appareil du discours, principalement à la suite des mouvements involontaires continuels, auxquels il doit toujours s'opposer. Si on prie le malade de scander, alors sa prononciation devient plus distincte. Pendant la déglutition le malade avale souvent de travers. Point de paralysie, de convulsions, ni de contractures. Dans les mouvements passifs, on observe partout une légère rigidité. La sensibilité cutanée est normale, mais le sens musculaire dans les extrémités inférieures a souffert un peu, à ce qu'il parait. Les organes des sens supérieurs sont normaux, quoique les papilles des nerfs optiques soient très pâles et la réaction des pupilles est lente. Les réflexes patellaires ne sont pas modifiés, ceux du tendon d'Achille manquent; les réflexes des membres supérieurs sont normaux. Point de réflexe Babinski. Le malade ne peut longtemps retenir l'urine; impotence. La conscience est nette, la mémoire peut-être un peu affaiblie, mais le malade en différents temps pouvait toujours communiquer, sans se contredire, les données anamnestiques concernant sa maladie ; on ne remarque point de défauts de mémoire marquée; l'intelligence est diminuée à ce qu'il semble ; le cercle des intérêts est rétréci ; le malade est assez apathique, lent, peu communicatif. Du côté des organes internes on a constaté une artériosclérose assez accusée.

L'anomnèse. — Les phénomènes sus-décrits commencèrent à se développer en 1889. La période initiale de la maladie était signalée par un certain engourdissement et une certaine faiblesse dans les bouts des doigts et un tremblement avec faiblesse des membres inférieurs ; en 1891 survint un trouble de la parole ; on prenait quelquefois le malade pour un ivrogne. Tous les phénomènes morbides

se développaient en progressant lentement. Le malade jusqu'à cette dernière année continuait à vendre du poisson au marché : mais au printemps de l'année 1891 la maladie progressa plus rapidement sans aucune cause visible. Ayant exclu la paralysie agitante et la sclérose disséminée, l'auteur s'arrête sur la diagnostic de la *pseudosclérose* sans déterminer l'essentiel du processus morbide chez le malade donné. Il est possible qu'on a affaire ici à un trouble diffus de la nutrition des éléments moteurs du cerveau; mais on ne peut nier ici (comme le fait Strümpel) l'atrophie primaire de certains systèmes accessoires des fibres nerveuses ayant rapport aux mouvements. Le traitement du malade par l'injection sous-cutanée de sérum de Trunecek donna des résultats favorables en rapport de l'affaiblissement marqué du tremblement, de l'amélioration de la parole et de la démarche, et aussi de l'état général du malade. Lorsque les injections étaient supprimées, les phénomènes morbides avaient tendance à s'aggraver. En outre, le rapporteur a observé une certaine amélioration après les injections de ce sérum, chez des hémiplégiques avec artériosclérose très prononcée, surtout une amélioration de l'état général.

Cette communication a été l'objet de plusieurs remarques par différents membres de la société, et quelques questions ont été posées au rapporteur.

Etude sur les obsessions morbides.

Drs Pierre Gannouchkine et Serge Soukhanoff. — Les auteurs se sont servis pour leur travail de 12 malades stationnaires de la Clinique psychiatrique de Moscou, et de 85 malades de la consultation externe de la Clinique. Dans ce nombre entrent seulement les cas où les idées obsédantes font l'essentiel de la lésion, présentant la manifestation d'une constitution particulière, envisagée par les auteurs comme une névrose, ou plutôt une psycho-névrose aussi indépendante que l'hystérie ou l'épilepsie. Parmi le nombre de ces malades, atteints d'obsessions morbides, les hommes pour 3,62 fois prévalaient sur les femmes. La plus grande majorité des cas de la lésion donnée appartenait aux personnes s'occupant de diverses professions intellectuelles. La tare héréditaire existait dans 92 p. 100 de tous les cas, dans la plupart des cas on a trouvé des indications sur les maladies nerveuses et psychiques au moins chez 3 membres de la famille donnée parmi les plus proches parents. Dans 1/3 de tous les cas, on pouvait constater l'existence d'une hérédité homogène, et la maladie, le plus souvent, était transmise de la mère au fils et plus rarement du père à la fille. Les rapporteurs pensent que les personnes, souffrant des obsessions morbides, présentent des particularités de caractère, constatées dans beaucoup de cas de ce genre ; ces malades sont des indi-

vidus à caractère inquiet, indécis et scrupuleux. Les personnes, souffrant des idées obsédantes, s'habituent déjà de bonne heure à l'auto-observation et à l'analyse de leur état mental ; rarement on remarque chez eux une cruauté grossière envers les êtres qui les entourent ; souvent on constate chez ces malades des idées hypochondriaques et, en particulier, la crainte d'avoir une maladie psychique.

Pour la plus grande majorité des cas, le début des idées obsédantes se rapporte à l'âge le plus jeune et ces idées se développent progressivement d'une manière non remarquable ; dans un petit nombre de cas seulement on peut signaler un début aigu de la maladie ; par exemple, dans 1 cas les idées obsédantes se développèrent d'une manière aiguë après un changement de bonnes conditions de la vie pour de plus mauvaises; dans 4 cas — après une secousse morale ; dans 2 cas — après l'accouchement. Le cours des obsessions morbides est toujours sujet à des oscillations ; les exacerbations et les aggravations ont été observés en dépendance des causes variables ; dans 1 cas, la manifestation des symptômes de la syphilis cérébrale influa d'une manière favorable sur les idées obsédantes. Concernant les troubles moteurs et les modifications de conscience, les auteurs notent dans 1 cas des accès épileptoïdes, — dans 3 cas des vertiges, — dans 5 cas, des accès hystériformes, dans 8 cas, des syncopes trouble de conscience de courte durée. Les anomalies sexuelles dans l'une ou l'autre forme sont très souvent observées dans les idées obsédantes, mais ces anomalies apparaissent non comme cause de la maladie donnée, mais comme symptôme accessoire simplement. Dans 5 cas, le symptôme complexus des obsessions morbides a été constaté dans la démence précoce, mais les auteurs ont exclu de pareils cas du groupe de la constitution des idées obsédantes, et les ont cités seulement pour comparer ces cas avec les cas des idées obsédantes, où ces dernières forment une maladie spéciale et constitutionnelle.

Dr W. Serbsky indique sur cela que si les rapporteurs avaient pris aussi en considération les cas légers qui ne nécessitent pas d'administration dans les asiles spéciaux, alors leurs conclusions seraient quelque peu autres, par exemple, en rapport de la distribution des sexes, de la description des particularités du caractère de tels malades.

Dr W. Mouratoff envisage comme « neurasthénie psychique » ce que les rapporteurs décrivent comme constitution des obsessions morbides, et trouve que souvent, de pair avec les idées obsédantes on peut rencontrer aussi d'autres troubles. Si on peut même admettre une constitution particulière décrite par les rapporteurs, c'est seulement comme une dégénérescence psychasthénique.

Dr G. Rossolimo insiste sur ce fait que souvent dans de semblables cas on peut noter une hérédité tuberculeuse, et il est porté

à reconnaître l'existence d'une constitution, sur le terrain de laquelle peuvent se développer des idées obsédantes ; ne peut-on pas donner à cette constitution un nom plus large comme, par exemple, « constitution tiqueuse » ? Outre les particularités de caractère, notés par les rapporteurs dans la constitution des obsessions morbides, on peut encore y ajouter une mobilité particulière de l'attention, l'amour pour toute sorte d'habitudes, tendance au pédantisme, abondance de phénomènes vaso-moteurs.

Dr V. Vorobieff insiste sur l'état émotionnel mobile particulier chez de tels malades.

Dr A. Bernstein est d'accord avec l'élévation d'une « constitution des idées obsédantes » comme maladie particulière, et il rappelle qu'une telle tentative a déjà été faite par Kraepelin. — Le Dr W. Jakovenko et le Dr N. Postovsky ont aussi pris part aux débats.

Il a été question ensuite des moyens pour éterniser la mémoire du défunt président de la Société, le professeur A.-J. Kojevnikoff.

A. Bernstein. B. Mouravilff.

BIBLIOGRAPHIE.

XIV. *Les obsessions et les impulsions*; par A. Pitres et E. Régis. 1 vol. de 434 pages de la Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale, normale et pathologique du Dr Toulouse. Doin, éditeur. Paris, 1902.

I. La première partie du volume est consacrée aux *obsessions*. Après un court aperçu historique, MM. Pitres et Régis étudient la conception psycho-pathologique de l'obsession : avec Morel, ils considèrent l'émotion comme l'élément primitif et fondamental de l'obsession, alors que d'autres auteurs (Wesphal) tiennent ce symptôme pour un trouble à base idéative. Ils résument les caractères généraux des états obsédants dans la définition suivante : *L'obsession est un syndrome morbide caractérisé par l'apparition involontaire et anxieuse dans la conscience, de sentiments ou de pensées parasites qui tendent à s'imposer au moi, évoluent à côté de lui malgré ses efforts pour les repousser et créent ainsi une variété de dissociation psychique dont le dernier terme est le dédoublement conscient de la personnalité.*

Cette définition sépare les obsessions des idées fixes pures sans émotion angoissante. Les auteurs séparent les états obsédants en deux grands groupes, suivant que l'anxiété se manifeste plus spécialement par une crainte, *idées obsédantes phobiques* (*phobies*), ou par une idée (*états obsédants idéatifs*). Les phobies se subdivisent

à leur tour en phobies diffuses ou générales (*panophobies*) et en phobies particulières ou spéciales (*monophobies*). Quant aux états obsédants idéatifs, c'est-à-dire ceux dans lesquels l'état anxieux se produit sous forme intellectuelle ou d'idée, ce sont les *obsessions* proprement dites, qu'on peut subdiviser en *obsessions diffuses* et en *obsessions spéciales*.

Les *phobies diffuses* (névrose d'angoisse type) sont intéressantes au double point de vue clinique et psychologique. Les sujets qui en sont atteints vivent dans un état permanent d'attente anxieuse (Freud), de tension émotive qui éclate brusquement par paroxysmes, sans motif apparent, ou à l'occasion de circonstances accidentelles futiles. Les attaques anxieuses se présentent sous des aspects divers et avec une intensité variable (*attaques rudimentaires* dans certains cas). Freud a signalé des attaques de dyspnée, de boulimie, de diarrhée, de sueurs, de vertige, etc. MM. Pitres et Régis donnent huit observations d'obsessions à forme panophobique qui montrent l'anxiété latente, diffuse, non encore formulée ou formulée seulement momentanément, l'obsession restant rudimentaire. On y saisit la genèse de la phobie « qui vient se greffer comme une sorte d'objectivation plus ou moins durable sur l'état d'angoisse qui constitue le fond de la maladie ».

Les *phobies spéciales* sont divisées par MM. Pitres et Régis en 1° *phobies des objets*, 2° *phobies des lieux, des éléments, des maladies, de la mort;* 3° *phobies des êtres vivants.* Comme les autres états obsédants, les phobies systématisées d'origine sensorielle peuvent être constitutionnelles ou accidentelles. Les *phobies constitutionnelles* se présentent sous la forme de répulsions angoissantes ou de peurs anxieuses originelles, chroniques, portant spécialement sur un objet déterminé (épingle, orage, chien, etc.); leurs caractères principaux sont: l'hérédité chargée, souvent similaire, des malades; le début précoce (enfance, puberté); la persistance indéfinie sous la même forme, avec des alternatives de paroxysme et d'accalmie; souvent l'adjonction de phobies accessoires ou d'autres phobies systématisées. Les *phobies systématisées accidentelles* surviennent chez des sujets moins dégénérés, à un âge plus avancé (de 30 à 50 ans) à l'occasion d'un choc moral (*phobies traumatiques*). Les auteurs donnent des observations de phobies de la rage, de délire du toucher, de polyphobies se succèdent chez le même malade (peur angoissante de la phtisie, des épingles, des chiens, de la folie, de maladies diverses).

Les auteurs étudient ensuite les obsessions proprement dites. Ils admettent que phobie et obsession ne sont pas deux choses différentes, mais deux degrés d'un même état neuro-psychopathique, différant simplement par la proportion des deux éléments, émotif et idéatif, qui le constituent. L'obsession n'est souvent qu'une phobie ayant perdu son caractère de simple trouble émotif,

pour prendre par le fait même de son évolution, celui de trouble à la fois émotif et intellectuel. Plus l'obsession tend à s'intellectualiser, plus, en général, son substratum émotif s'atténue. Pour que la phobie systématisée tourne à l'obsession, il faut que cette phobie, au lieu de se manifester par des crises d'angoisses intermittentes, avec calme complet dans l'intervalle, préoccupe plus ou moins, dans l'interparoxysme, l'esprit du sujet, ce qui arrive dans la majorité des cas. MM. Pitres et Régis étudient successivement trois variétés d'obsessions: les *obsessions idéatives*, les *obsessions impulsives*, les *obsessions hallucinatoires*.

Obsessions idéatives. Ce sont des idées parasites, automatiques, discordantes, irrésistibles. Les plus fréquentes sont des idées relatives à la morale, à la métaphysique, à la religion. Rarement l'idée obsédante est unique, le plus souvent plusieurs idées obsédantes coexistent, soit similaires, soit dissemblables. L'obsession se manifeste habituellement sous forme paroxystique, s'impose à la conscience révoltée, d'où une lutte qui ne fait le plus souvent qu'accentuer l'angoisse. Un point important est la conservation de la conscience, sauf dans quelques cas asez rares. Parmi les obsesssions idéatives citons les obsessions du doute, du scrupule, du mot, du chiffre, du langage, de la maladie.

Obsessions impulsives. Cette variété n'est autre que l'idée obsédante d'accomplir un acte quelconque, indifférent ou criminel; onomatomanie, pyromanie, etc. Les auteurs étudient les points suivants: les phobies d'impulsion se rattachent-elles aux impulsions? Les obsédés cèdent-ils souvent à leurs impulsions? Le suicide est-il fréquent? L'obsession impulsive est toujours précédée de pensée et de lutte et suivie d'une détente, d'une satisfaction, d'un soulagement. Quelques pages sont consacrées aux obsessions inhibitoires.

Obsessions hallucinatoires. MM. Pitres et Régis admettent, avec M. Séglas, que l'hallucination est relativement fréquenté dans l'obsession; c'est l'idee émotive qui se transforme en sensation extériorisée.

Des considérations intéressantes sont consacrées aux *moyens de défense des obsédés*: ces moyens ont pour but: 1° de prévenir les accès obsédants; 2° de dominer ces accès quand ils éclatent; 3° d'en atténuer les effets émotifs ou de les dissimuler. Certains tics sont des moyens de défense.

Un chapitre important est réservé à *l'obsession de la rougeur* ou éreuthophobie. L'histoire de cette curieuse obsession, dont on doit la description à MM. Pitres et Régis, est très complète et les auteurs nous donnent dans leur monographie des documents cliniques des plus intéressantes et des aperçus ingénieux touchant l'interprétation de ce trouble.

Dans le chapitre *Étiologie* sont étudiées les causes prédispo-

santes des obsessions : *âge*, *sexe*, *profession*, hérédité, etc. Il résulte des recherches des auteurs que les femmes sont plus sujettes que les hommes aux obsessions dans la proportion de 3 : 2 et que c'est dans la période moyenne de la vie, entre vingt et quarante-cinq ans, qu'on rencontre le plus d'obsédés. Dans plus des trois quarts des cas, les obsessions surviennent avant la trentième année. L'hérédité joue un rôle considérable (dans les quatre cinquièmes des cas) ; parfois sous une forme similaire. Les obsessions sont des syndromes constitutionnels de dégénérescence, mais dans l'immense majorité des cas, elles ne coexistent pas avec les stigmates physiques. Les causes occasionnelles sont des émotions morales, des pratiques sexuelles irrégulières, des états maladifs divers ; leur importance est secondaire par rapport à celle de l'hérédité.

Nous n'insisterons pas sur le chapitre consacré à la *marche*, à la durée, au pronostic, à la terminaison des obsessions, non plus que sur le chapitre dans lequel sont étudiées la *nature des obsessions*, leur place en nosographie. Notons seulement que MM. Pitres et Régis considèrent l'obsession comme un état mixte, neuro-psychopathique et comme un symptôme : il y a des obsessions de dégénérés, d'alcooliques, d'épileptiques, d'hystériques, de neurasthéniques. Ces dernières seraient de toutes les plus fréquentes.

Le *diagnostic* doit être fait avec les états physiologiques (idées fixes, passions), avec les états pathologiques (psychoses, névroses). Il faut en outre distinguer les obsessions entre elles (obsessions accidentelles, constitutionnelles, hystériques, neurasthéniques).

Pour ce qui touche au *traitement*, les auteurs examinent les questions de l'internement, de l'isolement simple, de la psychothérapie, de l'hypnotisme.

II. Impulsions. — L'impulsion morbide est, d'après MM. Pitres et Régis, dans le domaine de l'activité volontaire, la tendance impérieuse, souvent même irrésistible, au retour vers le pur réflexe. Envisagées au point de vue de leur symptomatologie générale, les impulsions sont habituellement : *endogènes*, *involontaires*, *rapides*, *violentes*, *aberrantes*, *conscientes*, *subconscientes* ou *inconscientes*, *mnésiques* ou *amnésiques*, *isolées* ou *répétées*. Les auteurs admettent trois types d'impulsions : 1° les *impulsions motrices pures*, à réflexe direct, sans action inhibitoire intermédiaire (idiots, imbéciles, épileptiques) ; — 2° les *impulsions psycho-motrices*, à réflexe retardé, avec intermédiaire émotif ou idéo-émotif, mais sans action sérieuse d'inhibition (psychasthéniques, hystériques, maniaques) ; — 3° *les impulsions psychiques*, à réflexe interrompu, avec intermédiaire idéo-émotif long, compliqué, douloureux, accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse (obsessions impulsives).

Les formes cliniques des impulsions sont nombreuses : impulsions au suicide, à l'homicide, au vol, à l'incendie, à boire, à la

fugue, impulsions sexuelles. Niant l'existence de monomanies impulsives, les auteurs examinent les impulsions dans les principaux états psychopathiques: dégénérescence, épilepsie, hysterie alcoolisme, paralysie générale, vésanies. Dans le dernier chapitre, ils étudient l'étiologie des impulsions, le diagnostic, la marche et la durée, le pronostic et le traitement de ces troubles. Les considérations médico-légales sont illustrées par d'instructifs rapports médico-légaux sur quelques cas d'impulsions.

L'analyse qui précède montrera peut-être combien MM. Pitres et Régis ont exploré avec soin le domaine dont ils s'étaient proposé la description, mais elle est évidemment insuffisante pour donner une idée des mérites de cette définitive monographie sur les obsessions et les impulsions. Non seulement aucun des nombreux et délicats problèmes que soulève l'étude de cette question n'a été laissé dans l'ombre, mais pour plusieurs les auteurs ont proposé des solutions séduisantes par leur clarté et toujours basées sur l'observation clinique. Aliénistes, neurologues, psychologues, tous ceux qui s'intéressent aux questions de psychopathologie liront et consulteront avec fruit l'œuvre nouvelle des Maîtres éminents auxquels on doit d'avoir fait de l'Université de Bordeaux un centre scientifique des plus importants au point de vue psychiatrique.

Paul SÉRIEUX.

XV. *Rapport sur l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon;* par le Dr CULLERRE, médecin-directeur. Exercice 1901.

La population qui était de 530 au 1er janvier 1901, s'élevait à 576 à la fin de l'année. Le nombre des entrées en 1901 a été de 137 (64 h. et 73 f.) C'est le chiffre le plus élevé d'admissions qu'il y a eu depuis la fondation de l'asile. Dans ce chiffre figurent 13 idiots et imbéciles. 18 cas sont dûs aux excès alcooliques (154 h. et 3 f.). M. Cullerre signale, comme d'habitude, un assez grand nombre d'*aliénés chroniques* parmi les entrants (26 cas de folie simple remontaient à plus de six mois). D'où la nécessité d'admettre à l'asile les aliénés le plus près possible du début si on veut diminuer les *charges* dues à l'incurabilité. « Très exceptionnellement, dit M. Cullerre, nous constatons trois guérisons *tardives* chez trois hommes. L'un était depuis près de 6 ans à l'asile et les deux autres depuis 3 ans. Jusqu'ici, aucun n'a eu de rechute. » Ces faits montrent que les médecins doivent être réservés et observer avec soin leurs malades avant de prononcer l'incurabilité. D'où la nécessité d'un traitement régulier et continu. Les décès ont été de 68 (24 h. et 34 f.), dont 4 dans la première quinzaine de l'admission, 14 sont dus à la phtisie, 21 à la fièvre typhoïde. « Le nombre des décès par phtisie pulmonaire représente un quart de la mortalité totale. Cette proportion s'explique par l'apparition périodique de l'influenza qui réveille les tuberculoses latentes et précipite l'évolu-

tion de cette maladie. « M. Cullerre appelle tout particulièrement l'attention sur le nombre des tuberculoses traitées (23) pour l'isolement desquelles il n'a aucun local.

Le prix de journée est de 0 fr. 95. 11 aliénés de la Seine à 1 fr. 30. Aumônier, 1.600 fr. Frais de culte, 700 fr. qu'il serait possible de réduire considérablement en suivant la pratique des asiles d'Auxerre, de Moulins et de la Charité. L'asile paie deux *pensions de retraite* de chacune 200 fr. Signalons l'installation de la *lumière électrique*. Le *pain*, fabriqué par l'asile, revient à 0 fr. 19 le kilogr.

Un médecin-directeur, deux internes soit chacun 45 observations en 1901. Personnel secondaire: 1 surveillant en chef (800 fr.), 14 religieuses (2.380 fr.), 6 infirmiers de 1re classe (2.160 fr.), 8 de 2e classe (2.400 fr.), 8 de 3e classe (2.112 fr.) 6 infirmières de 1re classe (1.584 fr.), 10 infirmiers de 3e classe (2.160), soit un agent pour neuf malades.

« Le recrutement du personnel de surveillance continue à être l'objet de mes soucis. Comme je l'ai déjà constaté à plusieurs reprises ce recrutement est de plus en plus difficile en même temps que croissent les exigences des candidats aux emplois vacants. D'accord avec l'Inspecteur général des services administratifs qui a visité l'asile l'année dernière et cette année même, je proposerai au budget prochain d'améliorer les conditions matérielles de ce personnel en lui attribuant le régime alimentaire des pensionnaires de troisième classe.

« Jusqu'ici, en effet, les infirmiers et infirmières ont partagé le régime commun et bien que la nourriture des malades de cette catégorie soit suffisante, elle est inférieure comme quantité et confort à celle que les infirmers reçoivent dans la plupart des hôpitaux et hospices ordinaires. » B.

XVI. *Localizaciones medulares;* par Juan-Maria Obarrio. Thèse de Buenos-Aires, 1902.

Sans grande originalité, mais avec précision, l'auteur donne dans sa thèse un assez bon état actuel de nos connaissances sur les localisations médullaires, d'après les travaux récents de Bechterew, Déjerine, Edinger, Jakob, Marie, Van Gehuchten, etc. Après avoir étudié l'anatomie descriptive des enveloppes et des vaisseaux de la moelle, puis son anatomie topographique, il aborde l'histologie de la substance médullaire grise et blanche, l'origine et la terminaison des racines et cordons, avec les voies de conduction. Enfin il expose d'après les tableaux d'Edinger et de Jakob les principales localisations motrices et sensitives, c'est-à-dire la représentation dans la moelle des différents territoires cutanés, des différents muscles, etc. Dix observations anatomo-cliniques, avec planches, illustrent avantageusement ce travail très consciencieux. P. R.

VARIA.

Assistance des idiots en France.

La Roche-sur-Yon, le 11 mars 1903.

Mon cher confrère,

Conformément à votre désir, je vous adresse quelques renseignements sur nos quartiers d'enfants (de 5 à 18 ans.) Vous ayant précédemment adressé des renseignements jusqu'à l'année 1896, c'est de cette année que partiront les documents statistiques suivants :

	Garçons.	Filles.	2 sexes.
Existant au 1er janvier 1896.	22	10	32
Admis du 1er janvier 1896 au 1er janvier 1903.	32	10	42
Total des existences et des admissions.	54	20	74
Sortis du 1er janvier 1896 au 1er janvier 1903.	4	4	8
Décédés du 1er janvier 1896 au 1er janvier 1903.	14	1	15
Passés à l'asile d'aliénés comme adultes.	20	7	27
Total des extinctions. . .	38	12	50
Existants au 1er janvier 1903. . . .	16	8	24

Ainsi que vous le voyez, le nombre des placements de garçons est triple de celui des filles. Je ne puis expliquer ce fait qu'en admettant : 1° que les garçons idiots sont plus nombreux que les filles idiotes, ce qui d'ailleurs est, je crois, une notion classique ; 2° qu'ils sont plus turbulents et plus dangereux surtout à partir d'un certain âge. Dans les sorties, il faut distinguer deux guérisons (accidents hystériques) et trois améliorations (deux idiots simples et un épileptique.

Une classe continue à être faite à ceux de nos jeunes malades qui sont susceptibles d'en profiter. Cinq garçons la suivent actuellement et ont fait quelques progrès. Du côté des filles ce service est désorganisé depuis un an, en raison d'un incendie qui a détruit un bâtiment de femmes de près de 80 places, ce qui nous a obligés à utiliser le pavillon d'enfants pour y loger le trop plein des aliénés adultes. Cette situation fâcheuse prendra fin le 1er mai prochain, au plus tard.

Je vous prie d'observer que je n'ai, pour l'éducation des enfants, ni personnel, ni crédit, et que j'utilise du côté des garçons un malade (persécuté hypocondriaque), ancien instituteur et du côté des filles la religieuse surveillante de la section.

Le nombre restreint d'enfants qui vont en classe s'explique par la qualité de nos malades en grande majorité idiots complets, épileptiques, paralysés, n'ayant pas la parole, et ces garçons prennent part à des exercices gymnastiques (méthode Pichery), dirigés par un infirmier compétent. Une infirmière s'occupe de leur apprendre les soins corporels et les habitudes de propreté. Les enfants valides vont chaque semaine en promenade dans la campagne.

Le traitement médical comporte les moyens habituels dirigés contre le lymphatisme, la tuberculose, les accidents cérébraux et surtout l'épilepsie. J'ai obtenu de bons résultats dans quelques cas d'épilepsie à accès très fréquents, de l'administration du borate de soude.

D'une façon générale, l'aspect de la section des garçons est plus satisfaisant que celui des filles. La première est aux mains d'un ménage dont la femme, intelligente et dévouée, se dévoue littéralement à ses malades ; tandis que la seconde est aux mains d'infirmières obtuses, sous la surveillance d'une religieuse qui ne s'intéresse que médiocrement à l'amélioration de ses malades, par inertie surtout, peut-être aussi par inaptitude à changer ses habitudes routinières.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Directeur-Médecin, CULLERRE.

ASSISTANCE DES IMBÉCILES MORAUX.

Un établissement à créer.— Sous ce titre, le *Petit Parisien* du 11 février relate le fait suivant : On jugeait hier au tribunal correctionnel de la Seine un nommé Mussy, inculpé de vol. Cet individu ayant eu dans sa famille des alcooliques, épileptiques, aliénés, infirmes et autres, avait été, à la demande de son avocat, l'objet d'un examen médical.

Le Dr Dubuisson, chargé de ce soin, a fait un rapport fort intéressant à cette occasion. Tout en reconnaissant que Mussy a des tares héréditaires sérieuses, il ne peut le considérer comme un irresponsable. C'est à coup sûr, dit-il, un malade. Et le praticien traitant de son cas dit à ce propos qu'il est regrettable qu'il n'existe pas des établissements spéciaux pour des individus du genre de Mussy, car pour eux le régime de l'asile où de la prison est aussi détestable que néfaste. Il les perd à tout jamais.

« Il devrait être créé des établissements intermédiaires, tenant

de l'un et de l'autre, sans en avoir le mauvais côté, et l'on arriverait, estime-t-il, à des résultats des plus satisfaisants. Ce genre d'établissement n'existant pas encore, les magistrats n'ont pu qu'appliquer la loi, et comme les délits commis par Mussy étaient graves, ils lui ont infligé un an de prison. La question n'en demeure pas moins très curieuse et à étudier. »

Les cas analogues au précédent sont assez communs. Tels sont les imbéciles intellectuels et moraux, suffisamment améliorés pour ne pas être placés dans un asile d'aliénés, mais incapables, abandonnés à eux-mêmes, de se conduire régulièrement, de subvenir complètement à leurs besoins. C'est pour eux que nous avons demandé la création à Bicêtre, par exemple, d'une section à part où ils continueraient à travailler dans les ateliers, les jardins, les services généraux, tout en jouissant d'une liberté relative, ne sortant pas librement comme les administrés de l'hospice, mais seulement sur autorisation et autant que possible avec des parents ou des amis. Il y a là un point intéressant d'assistance, sur lequel depuis bien des années nous appelons l'attention de la commission de surveillance des asiles de la Seine et de la commission spéciale du Conseil général. B.

Du maintien des alcooliques dans les asiles d'aliénés.

Dans une leçon publiée par la *Gaz. méd. de Nantes* (1903, n° 11, p. 194), M. le Dr Biaute, rappelant l'enquête provoquée par la *Revue de psychiatrie* au sujet du maintien des alcooliques dans les asiles, après disparition des troubles délirants, dit que, à part l'opinion de M. Keraval, qui a répondu « qu'un asile d'aliénés n'était qu'un hôpital, où on ne devait garder les sujets que pendant qu'ils présentaient les troubles mentaux dus à l'intoxication et où il ne convenait pas de traiter l'habitude de boire », — que toutes les autres réponses peuvent se résumer de la manière suivante :

« 1° La plupart des médecins maintiennent les alcooliques après la disparition des troubles délirants aigus.

« 2° La durée de ce maintien est le plus souvent supérieure à un mois.

« 3° La plupart des médecins maintiennent plus longtemps les alcooliques qui reviennent à l'asile après un premier internement.

« 4° La plupart des médecins justifient ce maintien par des raisons médicales et par intérêt pour les malades. Mais ce ne sont pas

des justifications légales. Quelques-uns prennent la précaution d'obtenir le consentement des malades et, dans l'état actuel de la législation, cette pratique paraît être la moins irrégulière. Mais il serait désirable que cette question fut tranchée par un texte précis quand on s'occupera de la loi qui devra remplacer celle de 1838 sur les aliénés.

« Quant à moi, continue M. Biaute, je tends plutôt à suivre la pratique du Dr Keraval *mettant hors de l'asile les alcooliques dès que les troubles mentaux ont disparu*, ne me croyant pas autorisé à leur faire entendre et supporter des cours de morale pendant un temps plus ou moins prolongé, laissant aux autorités compétentes le soin et la responsabilité de nouveaux internements, quand ils sont reconnus nécessaires. *En cela, je suis exactement les prescriptions de la loi.* »

L'opinion de MM. Keraval et Biaute est celle que nous avons soutenue quand il s'est agi de consacrer le *cinquième asile* de la Seine, dénommé aujourd'hui asile de la Maison-Blanche, aux alcooliques, aux buveurs. Les *asiles de buveurs* sont autres que des asiles d'aliénés. Pour y enfermer et y maintenir les buveurs, il faut une loi spéciale. Les alcooliques délirants sont des *aliénés* et leur place naturelle est dans les asiles d'aliénés. Une fois *guéris* de leur délire, on ne peut les y maintenir, même *momentanément*, qu'à titre de *convalescents*. Ce maintien varie suivant les cas, mais ne peut se prolonger tant qu'une disposition légale ne sera pas intervenue. B.

NÉCESSITÉ D'ENSEIGNER A TOUS LES INFIRMIRES ET INFIRMIÈRES LES SOINS A DONNER AUX ALIÉNÉS ET LA SURVEILLANCE QUI EST NÉCESSAIRE.

Drame de la folie. — Un jeune homme de vingt-quatre ans, Georges Libreville, demeurant, 9, rue Lacuée, dont la vie à outrance et les excès de toute sorte avaient ébranlé la raison, a été pris soudain, hier matin, d'un accès de folie furieuse, et, saisissant par les cheveux une jeune femme de vingt-deux ans, Marie Béron, qui était venue lui faire une visite matinale, il tenta de la précipiter par la fenêtre. Comme la malheureuse se débattait, il saisit un tabouret et lui en asséna sur le crâne un coup terrible.

Aux cris de la victime, on accourut et on arracha la jeune femme des mains de son bourreau. Puis on voulut saisir le forcené qui déjà avait enjambé la fenêtre. On put heureusement le saisir par ses vêtements avant qu'il se fût précipité dans le vide.

Le jeune homme fut conduit à l'hôpital Saint-Antoine, car il s'était entamé les poignets en brisant les vitres de la fenêtre à coups de poing, et il fallait panser ses blessures. Tandis qu'il était dans la salle d'opérations, le malheureux profita d'un moment d'inattention de ceux qui le surveillaient pour s'emparer d'un scalpel, dont il se porta un coup dans le ventre. On put enfin le désarmer. Mais on dut lui mettre la camisole de force pour l'empêcher d'attenter de nouveau à sa vie. Son état est désespéré. Quant à Marie Bérou, elle a été également conduite à l'hôpital Saint-Antoine. (*Le Matin*, 11 septembre 1902.) — D'où la nécessité de faire faire à tous les infirmiers et infirmières un stage dans les services d'aliénés. Ils sauront mieux ce qu'il convient de faire, à l'hôpital en présence de malades délirants. La place de ce malade nous paraissait plutôt être à l'asile d'aliénés que dans un hôpital.

FAITS DIVERS.

Suicide d'adolescent. — Un jeune homme de quinze ans, de Bouafle, Eugène Duval, s'est pendu dans le grenier de ses parents, cultivateurs à Bouafle, à la suite des circonstances suivantes : Mme Duval, avait été surprise en revenant des champs, de ne pas voir son fils Eugène, qu'elle avait sévèrement admonesté avant son départ à la suite d'un petit larcin d'oiseaux qu'il avait commis au préjudice d'un de leurs voisins. Connaissant le caractère impressionnable de son enfant, elle fut prise d'inquiétude et se mit à le rechercher dans toutes les dépendances de la ferme. Quelques heures après, l'infortunée mère découvrit dans un grenier à fourrages son fils pendu à une solive. Le désespoir des parents est navrant. (*Journal de Seine-et-Oise*, 21 mars 1903.)

— Rue Boursault, le petit Marcel Martoret, onze ans, que son père réprimandait parce qu'il se querellait avec des camarades, s'est jeté par une fenêtre du troisième étage et s'est tué. (*Bonhomme Normand*, 27 mars.

Tentative de suicide de jeunes garçons. — Alfred Mauger, seize ans, mécanicien à Cabourg, ayant été congédié par son patron, a tenté de mettre fin à ses jours en allumant, la nuit, un réchaud de charbon dans sa chambre à coucher. Des voisins, ne l'ayant pas vu descendre le matin, montèrent à sa chambre et le trouvèrent étendu sur son lit, sans connaissance. Un médecin, après deux heures de soins énergiques, a pu le rappeler à la vie.

Drame de l'alcoolisme. — La dame Fortin, trente-deux ans, journalière à Bursard (Orne), une *alcoolique*, s'est jetée dans une mare avec ses deux enfants, Jules, 7 ans, et Modestine, 3 ans. Le petit garçon a pu se sauver. La mère et la fillette sont mortes. (*Bonhomme Normand*, 27 mars.)

A l'asile des aliénés d'armentières. — La Commission de surveillance de l'Asile s'est réunie vendredi après-midi et a pris la délibération suivante qu'elle nous communique :

« La Commission, après avoir examiné les prétendus faits allégués, reconnaît qu'il s'agit d'allégations défigurées ou absolument fausses, toutes d'ailleurs calomnieuses, que tout a été parfaitement régulier et que l'Asile, loin d'être compromis par la gestion du Directeur actuel, n'a fait que prospérer depuis les huit années que le docteur Keraval est à sa tête, ce dont elle ne peut s'empêcher de le féliciter. La preuve de cette prospérité est d'ailleurs manifestée par les nombreux travaux effectués sur les ressources de l'établissement et la situation de caisse envoyée récemment à M. le Préfet à l'occasion des plans et devis propres à l'installation du pavillon des bains nouvellement construit. » (*Progrès du Nord*, 1er mars).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Catalogue complet des Thèses de doctorat de la Faculté de Médecine de Bordeaux. In-8° de 48 pages. Robers à Bordeaux. Prix : 2 francs.

Garnier (Samuel), — *L'état mental d'un escroc féminin et d'un assassin voleur.* In-8° de 50 pages. Dijon, 1903.

Handbuch der Pathologischen des Nervensystems, in-8° de 320 pages. Karger, Berlin, 1903.

Handbuch der Pathologischen Anatomie des Nervensystems. In-8° de 320 pages. Karger, Berlin, 1903.

Kleinpeter. — *Von der Natur der Dinge an sich.* In-8° de 48 pages. Barth. Leipzig, 1903.

Muskens (L.-J.-J.). — *Studien über segmentale Schmerzygefühlsstorungen and Tabetischen und Epileptischen*, in-8° de 80 pages. *Arch. für Psychiatrie.*

Paillotte (Paul). — *Suggestion musicale*, in-8° de 16 pages, Tricotet, Paris, 1903. Prix : 0 fr. 25.

Pfister (H.). — *Die anwendung von Beruhigungsmittehs Gerstes-kranken.* In-8° de 40 pages, Carl. Marhold. Halle, 1903.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 4-1903.

Vol. XV. Juin 1903. N° 90.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

Note sur un cas de bestialité chez la femme ;

Par Ch. FÉRÉ,
Médecin de Bicêtre.

On observe aussi bien chez la femme que chez l'homme une attraction morbide pour les animaux [1]. Cette attraction peut n'avoir rien à faire avec le sexe, c'est la zoophilie. D'autres fois elle se manifeste par des actes sexuels, c'est la bestialité. La zoophilie paraît plus fréquente chez la femme, la bestialité chez l'homme.

Dans la bestialité, l'homme peut jouer le rôle actif ou le rôle passif. Le plus souvent il joue le rôle actif et il s'adresse aux animaux les plus divers [2] : juments, brebis, chèvres, chiennes, lapines, [3] oies, canards, poules, etc. Quand il joue le rôle passif c'est avec l'animal le plus sociable, le plus initiable, le chien (sodomie bestiale passive) [4]. Chez la femme on ne connaît guère que la bestialité passive avec le chien [5].

[1] Ch. Féré. *L'instinct sexuel. évolution et dissolution.* 2e édit. 1902, p. 166.

[2] Mantegazza. *L'amour dans l'humanité,* 1886. p. 124. — Boissier et Lachaud *Perversion sexuelle à forme obsédante.* (*Arch. de Neurologie,* 1893, t. XXVI p. 383).

[3] Boëteau. *Un cas bestialité* (*France médicale,* 1891 t. XXXVIII, p. 593).

[4] A. Montalti. *La pederastia tra il cane a l'uomo* (*Sperimentale,* 1887, LX, p. 285). — Delastre et Linas. *Sodomie bestiale* (*Soc. de méd. légale.* 1873-74, III, p. 165). — Brouardel *Pédérastie d'un chien à l'homme* (*Semaine médic.,* 1887, VII, p. 318).

[5] L. Thoinot. *Attentats aux mœurs et perversions du sens génital,* 1898, p. 268.

On est très porté à la considérer comme une perversion instinctive congénitale : elle peut être impulsive, obsédante, coïncider avec l'impuissance du coït normal. La privation des rapports normaux ne suffit pas à la déterminer : il faut un chimiotropisme spécial. Du reste elle coïncide en général avec la débilité mentale. Cependant il existe des circonstances indépendantes du sujet qui peuvent jouer un rôle provocateur évident. Le fait que je vais rapporter me paraît particulièrement intéressant à cet égard.

Obs. — *Longévité héréditaire. — Antécédents personnels névropathiques. — Choc moral dans l'enfance. — Amour psycho-sexuel des chiens. — Descendance psychopathique.*

Mme B..., soixante-douze ans, appartient par son père à une famille où la longévité n'est pas rare. Son père et un oncle sont morts à quatre-vingt-huit ans, une tante à quatre-vingt-douze ans; il y a eu plusieurs cas analogues à la génération précédente. Les hommes surtout passaient pour des originaux, se faisaient remarquer par des singularités du costume; mais menaient leurs affaires avec succès. Son oncle et sa tante avaient eu plusieurs enfants qui étaient morts en bas âge. Sa mère était fille unique, elle est morte à trente-huit ans d'une affection aiguë de poitrine.

Deux enfants nés avant elle avaient succombé à des convulsions dans leur première année. Elle avait eu elle-même des convulsions à plusieurs reprises dans son enfance, et elle était sujette à des colères violentes dans lesquelles elle se roulait par terre et déchirait ses vêtements, et qui ne se calmaient que quand on la laissait seule. C'est à la suite d'une de ces colères que se produisit l'incident qui a eu une influence si profonde sur sa vie sexuelle. Elle avait environ trois ans et demi, lorsqu'à la suite d'une contrariété dont la cause est oubliée, elle eût une explosion particulièrement vive. Après avoir lacéré ses vêtements, elle avait couru hors de la maison et s'était roulée avec fureur sur la pelouse du jardin. On l'avait abandonnée à son sort. Elle s'était calmée peu à peu et était restée étendue, les vêtements en désordre. Deux chiens avec lesquels elle jouait chaque jour s'approchèrent d'elle et se mirent à la lécher à qui mieux mieux sur toutes les parties découvertes. Elle se laissait faire, comme d'ordinaire; elle éprouvait du plaisir à leurs caresses qui la calmaient. Il arriva que pendant que l'un des chiens portait sa langue sur les parties génitales l'autre lui léchait la bouche. Elle éprouva une sensation intense qu'elle n'a jamais oubliée, mais qu'elle n'a jamais pu définir : cette sorte de choc était accompagné d'une tension délicieuse des organes génitaux. Elle s'enfuit toute honteuse bien qu'elle ne pût rien comprendre à ce qui lui arrivait. A partir

de cette époque, elle recherchait les caresses des chiens sachant qu'elle faisait quelque chose de mal et qu'il fallait se cacher. Elle les attirait dans des bosquets écartés et cherchait à les amener vers ses parties génitales, généralement en vain. Mais elle remarqua bientôt que les caresses sur la bouche amenaient la même excitation agréable des organes génitaux; elles étaient plus faciles à se procurer et ne provoquaient pas le même sentiment de honte. Cependant elle rougissait quand elle se sentait surprise et se mettait à pleurer. On la gronda plusieurs fois parce qu'elle attirait les caresses des chiens sur sa bouche avec du sucre ou d'autres aliments alléchants. Elle croit qu'on n'a jamais compris ce dont il s'agissait; mais on fit disparaître les chiens. Il y avait deux ans environ que ces manœuvres duraient.

La violence de son caractère, qui s'était un peu calmée, se réveilla, elle eut des cauchemars où les chiens tenaient la principale place. Une femme de chambre qui arriva à lui arracher le secret de ses regrets, fit de son mieux pour les suppléer mais sans succès; ses caresses ne provoquaient que du dégoût. Cette intimité fut peut-être surprise; la femme de chambre disparut un jour brusquement comme les chiens. Les pratiques qu'elle avait apprises ne lui donnaient aucun plaisir; elle ne pensait qu'aux caresses de ses chiens. Tous les animaux de cette espèce qu'elle pouvait apercevoir, elle les suivait du regard aussi loin que possible, prenant un grand plaisir à leurs caresses réciproques, et se représentait celles qu'elle pouvait attendre. L'occasion manqua longtemps; son imagination ne s'en exaltait que mieux. Elle cherchait à se rapprocher des chiens qu'elle rencontrait mais bien peu répondaient à ses caresses; un coup de langue sur la main lui donnait une grande satisfaction et entretenait ses désirs. Les essais de masturbation ne lui procuraient aucun plaisir. Elle ne connaissait la satisfaction complète que par les rêves de chiens qui la léchaient sur la bouche.

Elle avait onze ans lorsqu'en raison d'une affection pulmonaire de sa mère, on l'envoya pour quelques semaines chez une cousine qui vivait aussi à la campagne. Elle y trouva un chien de chasse avec lequel elle fut bientôt au mieux. Dès qu'elle pouvait s'isoler avec lui elle se faisait lécher sur la bouche et sur les parties génitales. Elle le caressait elle-même, et elle essaya plusieurs fois de mettre à profit les érections qu'elle provoquait. Les frottements qu'elle obtint ou même la pénétration incomplète ne lui donnèrent pas le plaisir que lui procurait la langue; elle renonça à ces tentatives.

Peu de temps après son retour à la maison paternelle, elle eut ses premières règles qui lui causèrent une émotion très intense parce qu'elle pensait que sa conduite pouvait en être la cause. Elle se rassura quand on lui eut donné des explications. A partir de

cette époque elle éprouva surtout quelques jours avant l'écoulement qui était régulier, et sans douleur, ni troubles quelconques, une excitation sexuelle intense qui lui inspirait des tentatives de masturbation par des procédés divers qui n'amenaient aucune satisfaction. Elle ne connaissait toujours la satisfaction complète que par les rêves de caresses buccales de chiens. Les jeunes garçons lui étaient tout aussi indifférents au point de vue sexuel que les jeunes filles; et elle ne distinguait pas plus les adultes en raison de leur sexe. Elle sentait très bien la différence quand il s'agissait des chiens; elle aimait à caresser les chiennes quand elle pouvait en approcher, mais elle ne recherchait pas leurs caresses. Du reste, depuis son séjour chez sa cousine elle n'eut plus la possibilité d'obtenir des caresses capables de la satisfaire; les quelques contacts qu'elle pouvait avoir en passant avec des chiens ne pouvaient réussir qu'à l'exciter.

Son éducation était très surveillée; cependant les lectures, ses conversations avec d'autres jeunes filles, les soirées de musique et de danse avaient donné de nombreuses occasions à ses sentiments de s'éveiller. Toutefois, lorsqu'à dix-huit ans passés, on lui parla pour la première fois de mariage, ce fut pour elle un étonnement angoissant. Elle se rendait bien compte qu'il s'agissait d'une anomalie, mais la satisfaction de l'instinct sexuel était pour elle inséparable de la langue d'un chien. Elle aimait les enfants, la famille, la maison, s'occupait avec plaisir des soins du ménage et avait le plus grand désir de devenir une mère de famille; elle comprenait la fonction comme un honneur.

Le fiancé que sa famille avait choisi pour elle, était un homme de douze ans plus âgé, qui avait déjà conquis une situation honorable. Il lui paraissait parfait autant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel et moral: elle avait pour lui la plus complète estime; mais il ne s'agissait pas d'attraction sexuelle qu'un homme n'avait jamais éveillée en elle. Elle l'accepta avec la ferme volonté de devenir une femme.

Elle se tint parole; mais la tâche ne fut pas facile. Les rapports sexuels ne lui inspiraient que de la répugnance: elle les subissait sans aucune satisfaction. Il en fut ainsi pendant plusieurs mois. Un soir qu'elle subissait son mari avec la résignation habituelle, elle eût tout à coup l'idée d'un chien qui lui léchait les lèvres. Ce fut un coup de foudre, une satisfaction d'une intensité inconnue même dans les rêves. Ce plaisir lui laissa un sentiment de honte extrêmement pénible.

A partir de ce moment l'éventualité d'un rapprochement conjugal constitua pour elle une obsession des plus douloureuses: il lui sembla qu'elle ne pourrait plus éviter l'association d'idées. Le fait est qu'elle ne l'évita plus. Elle redoutait au-dessus de tout cette satisfaction qu'elle n'obtenait qu'au prix de la honte. Quand le soir

arrivait, elle était angoissée, à l'idée que son mari pourrait s'approcher d'elle ; elle ne se calmait et ne pouvait espérer le sommeil que quand elle le sentait bien endormi. Chaque fois qu'elle avait éprouvé le plaisir amphibologique qui lui répugnait, elle était plus révoltée contre elle-même et restait agitée toute la nuit.

Elle devint enceinte au bout de onze mois de mariage. Ce fut une grande joie pour elle : elle désirait la maternité et c'était un soulagement que d'éviter les rapports sexuels. Elle accoucha à terme d'un enfant mâle bien conformé et vigoureux, sans avoir présenté aucun trouble nerveux. Elle ne pouvait pas manquer d'accepter l'allaitement avec plaisir. Tout allait bien pendant les six premières semaines, lorsqu'un jour pendant qu'elle allaitait son enfant à la fenêtre, elle vit passer un chien ; l'idée lui vint des caresses du chien, elle éprouva une vive excitation génitale. Depuis elle ne put plus donner le sein sans que l'association avec ses conséquences se reproduisît immédiatement. L'excitation génitale était d'autant plus intense que le repas de l'enfant durait plus longtemps. Elle rapprochait ces repas pour les abréger et éviter d'arriver à l'orgasme. Elle ne réussissait pas toujours. L'enfant était chétif, croissait lentement ; il prit des convulsions, qui se répétèrent, et auxquelles il succomba au quatrième mois. Elle attribua sa mort à son anomalie sexuelle.

Six mois plus tard elle devint de nouveau enceinte. La grossesse évolua normalement, elle accoucha à terme d'une fille bien conformée qu'elle ne voulut pas allaiter. Elevée par une nourrice l'enfant eut cependant des convulsions à plusieurs reprises au cours de l'allaitement. Elle n'a pas échappé à la névropathie comme on le verra plus tard.

Les obsessions de chiens qui avaient disparu pendant la grossesse revinrent spontanément de temps en temps mais sans sanction autrement que dans les rêves ou dans les rapports sexuels où elles étaient toujours extrêmement pénibles.

Après cinq ans de mariage, son mari succomba en quelques jours à une affection aiguë de poitrine. Bien qu'elle l'estimât à tous les points de vue, et qu'elle eut toujours vécu avec lui en conformité de goûts et d'idées, bien que sa mort la laissât pour un temps au moins dans une situation difficile, elle reconnait qu'elle éprouva une sorte de soulagement, tant était pénible l'angoisse des rapports sexuels.

Elle se voua à l'éducation de sa fille, et les soins quelle en prit l'aidèrent à résister à ses obsessions sexuelles, et un désir constant d'introduire un chien chez elle. Cependant ces obsessions se sont reproduites avec une intensité variable et à des intervalles plus ou moins longs, à peu près constamment réveillées par la vue des chiens, pendant toute sa vie sexuelle : et elle a été sujette à des rêves spéciaux, qui n'ont cessé que environ cinq ans après la

menstruation, à cinquante-six ans. Il n'existe pas de tare anatomique grossière.

Il est à remarquer que, sortie de l'enfance, cette femme, atteinte d'une perversion sexuelle grave, est restée dans la moralité sexuelle et a rempli ses devoirs de femme et de mère ; et on peut dire que sa moralité s'affirme dans le motif de ses aveux.

Sa fille qui avait été convulsive dans sa première enfance n'a présenté d'autres troubles névropathiques que des migraines sensorielles périodiques, a eu deux fils qui ont maintenant vingt et dix-neuf ans et qui malgré l'absence de toute tare du côté paternel sont atteints de démence précoce. Chez tous les deux la masturbation a tenu une grande place dans le début de la déchéance : on peut la considérer comme un symptôme. La grand'mère y voit une cause, et elle tient à ce qu'on n'accuse pas sa fille d'une négligence d'éducation : c'est d'elle que tout le mal vient.

Ce fait est remarquable par plusieurs circonstances :

1° L'éveil de l'anomalie par une double excitation accidentelle qui met en jeu l'instinct sexuel à un âge précoce. L'excitation concomitante des parties génitales et de la bouche a provoqué une synesthésie qui persiste et est mise en action plus tard par la simple représentation. Cette circonstance peut permettre de considérer la perversion comme acquise. L'on peut admettre qu'une telle acquisition nécessite une aptitude individuelle ; elle montre pourtant qu'en bonne hygiène on doit éviter les chances d'irritation des organes génitaux chez les enfants, si peu sexuelle que l'irritation puisse paraître.

2° La capacité de la résistance au désir de la satisfaction de l'instinct perverti, montre bien que la discipline peut avoir une action sur les perversions sexuelles comme sur les autres.

3° Le développement de la synesthésie génito-mamelonnaire sous l'influence de la vue du chien indique bien pourtant la gravité de l'intoxication psychique.

4° Il est des cas dans lesquels on peut rapporter les troubles nerveux de l'enfant aux orages sensoriels provoqués par la synesthésie génito-mamelonnaire de la nourrice ; mais la relation de cause à l'effet est au moins douteuse dans celu-ci, car le second enfant élevé par une nourrice normale, a cependant eu aussi des convulsions et a donné naissance à des enfants tarés.

REVUE CRITIQUE.

Dernières conceptions et définitions de l'hystérie ;

Par le Dr Albert CHARPENTIER

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

M. Bernheim a fait paraître dans le *Bulletin Médical* (n° du 8 novembre 1902) un article intitulé : *Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie.* Une année auparavant, le 7 novembre 1901, M. Babinski proposait à la *Société de Neurologie* de Paris une *Définition de l'hystérie*[1] qui fut reproduite dans plusieurs journaux. En même temps que la définition qui synthétise dans une formule les attributs distinctifs et exclusifs appartenant à cette entité morbide, l'auteur émettait nécessairement une conception et une étiologie. Nous devons ajouter que les notions émises par M. Babinski sur l'hystérie ont dû paraître définitives à ses collègues de la Société puisque, depuis cette époque, aucun d'entre eux n'a élevé de critiques ni proposé une autre définition.

C'est parce que M. Bernheim (de Nancy) a émis récemment, dans l'article auquel nous faisons allusion une conception de l'hystérie qu'il qualifie de nouvelle, que nous avons cru intéressant de comparer ces deux travaux, chacun d'eux avec les travaux antérieurs des auteurs respectifs et de rechercher si le plus récent, celui de M. Bernheim, apporte sur la question des idées nouvelles, contradictoires ou complémentaires. Le travail de M. Babinski ayant des droits d'aînesse c'est par son étude que nous commencerons.

[1] Voir « Extraits des comptes rendus des séances de la Société de Neurologie de Paris (Masson et Cie éditeurs).

I. Avant de définir l'hystérie qui est une entité, l'auteur cherche à définir les manifestations morbides que les neurologistes, d'un commun accord clinique, appellent *hystériques*. Il a essayé de trouver quel est, parmi les diverses manifestations dites hystériques, le caractère propre, appartenant à toutes et n'appartenant qu'a elles. Il a procédé comme un physicien qui, voulant définir le mouvement, commence par définir les corps qui se meuvent. De cette manière, M. Babinski a été amené à passer en revue, indirectement et en cours d'analyse, les différentes conceptions que les auteurs se sont faites de l'hystérie. Résumant dans une phrase, les nombreuses définitions antérieurement données, il a montré que « les troubles fonctionnels et mentaux capables d'être provoqués par des causes psychiques ; de se succéder chez les mêmes sujets ; troubles ne retentissant pas gravement sur la nutrition générale ni sur l'état mental des malades... » ne contenaient pas — quoique dits hystériques — le caractère nécessaire et suffisant à toute définition : appartenir en propre à l'hystérie et n'appartenir qu'à elle.

La logique scientifique nécessitait une autre définition. Poursuivant son étude de classification comparée comme un anatomiste opère la séparation des tissus, l'auteur arrive à se convaincre que la suggestion renferme la clé du problème. Le caractère qui définit la manifestation hystérique *c'est la possibilité d'être reproduite par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.*

Comme définir ne consiste pas seulement dans la substitution d'un mot à un autre, dans la réalisation d'une abstraction verbale, l'auteur s'explique sur le sens qu'il attribue aux mots *suggestion* et *persuasion*. Ce sens, il le prend dans le Dictionnaire de Littré avec l'acception pleine, étymologique. *Suggestion* implique quelque chose de nuisible, de déraisonnable dans l'acte que l'on veut faire accomplir à autrui ; *persuasion* au contraire, sous-entend que l'acte à accomplir est en harmonie avec la réalité, avec le bon sens.

Dire à quelqu'un de bien portant que son bras droit se paralyse, qu'il est paralysé, c'est opérer une *suggestion* car c'est faire accomplir à quelqu'un de sensé une chose dérai-

sonnable. Déclarer à un malade atteint de monoplégie psychique que sa paralysie va disparaître dans quelques instants sous l'influence de sa volonté rééduquée, c'est guérir par *persuasion*, car c'est faire accepter par autrui une idée éminemment raisonnable et en harmonie avec la réalité.

On voit que l'auteur, pour être précis dans un ordre d'idées qui commandera des conclusions logiques, a distingué la suggestion de la persuasion — d'accord en cela avec le langage populaire —, bien que le vocabulaire médical emploie souvent ces deux mots l'un pour l'autre. M. Babinski, par la définition qu'il donne des manifestations hystériques, les fait rentrer au point de vue de l'étiologie et du mécanisme dans le domaine des phénomènes psychiques (ou mentaux) puisqu'il les subordonne d'une manière intime à la suggestion ou auto-suggestion et à la persuasion, phénomènes mentaux. Il y a plus : par sa définition, l'auteur distingue nettement les manifestations hystériques d'avec d'autres manifestations, également mentales, comme les troubles neurasthéniques, les phobies, la maladie du doute, les délires conscients... qui précisément ne sont pas, ainsi que les premières, susceptibles d'être reproduites avec rigueur et de disparaître complètement par persuasion.

Si nous insistons sur cette conséquence de la définition c'est que, dans la dénomination des phénomènes mentaux, il règne chez la plupart des auteurs une confusion regrettable. Beaucoup emploient indifféremment les qualificatifs : hystérique, psychique, fonctionnel, comme s'ils s'équivalaient. Une crampe des écrivains est une maladie fonctionnelle. On ne peut pas dire que c'est une manifestation psychique ni hystérique. La maladie du doute est un trouble mental ou psychique (ces deux mots étant synonymes, l'un latin, l'autre grec), mais ce trouble n'est pas hystérique. Le spasme musculaire qui accompagne certaines affections organiques (Rétrécissements de l'urèthre, de l'œsophage, etc...) est un trouble fonctionnel, mais non mental ni hystérique. Ces exemples, que nous pourrions multiplier, ne sont que l'illustration clinique de la définition émise par l'auteur puisque ces diverses affections, distinctes les unes des autres, le sont aussi des troubles hystériques comme n'étant pas *susceptibles d'apparaître par suggestion chez certains sujets et de disparaître entièrement par persuasion.*

Il va sans dire que si la définition de l'hystérie vaut pour distinguer entre eux les accidents psychiques, elle vaut *a fortiori* pour différencier les manifestations purement mentales des manifestations par lésions organiques. Des phénomènes tels que l'exagération unilatérale d'un reflexe tendineux, l'abolition du reflexe pupillaire à la lumière, l'hypotonicité musculaire, la fièvre continue [1], etc., phénomènes qui ne sont pas psychiques ne peuvent appartenir à l'hystérie. Cette énonciation qui paraîtra évidente et banale est loin d'être en harmonie avec l'opinion de tous les auteurs classiques, avec toutes les observations publiées sur les phénomènes « hystériques » et sur les guérisons pas suggestion (lisez persuasion).

Après avoir ainsi défini les accidents hystériques, l'auteur s'occupe de l'hystérie elle-même.

L'hystérie en puissance, *potentielle*, l'hystérie sans manifestation est une entité, une abstraction.

L'auteur la définit « un état d'esprit en vertu duquel on est apte à présenter des manifestations hystériques » et par conséquent, en remplaçant « manifestations hystériques » par leur définition : *L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner, d'être suggestionné et d'être guéri sous l'influence exclusive de la persuasion.*

Il est une forme de la persuasion qui joue un grand rôle dans la thérapeutique des manifestations hystériques : c'est l'hypnotisme.

M. Babinski, dans un travail ancien, développant l'opinion de son maître Charcot, avait déjà montré les relations de nature qui unissent l'hypnotisme et l'hystérie — contrairement à l'opinion soutenue par l'école de Nancy et en particulier par M. Bernheim,

L'auteur reprend cette fois avec précision la définition de l'hypnotisme : « C'est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve susceptible de subir la suggestion d'autrui. Il se manifeste par des phénomènes que la suggestion fait naître, que la persuasion fait disparaître et qui sont *identiques* aux accidents hystériques. »

[1] Voir Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et hystérique, par Babinski (Extrait de la *Gazette des Hôpitaux* des 5 et 8 mai 1900. Imprimerie Levé).

En somme, entre l'hystérique et l'hypnotisé il n'y a pas une différence de nature ; un seul point les sépare : l'hystérique est actif (auto-suggestion) tandis que l'hypnotisé est passif (suggestion et persuasion d'autrui).

II. Reportons-nous dix ans en arrière et relisons les travaux de M. Babinski qui ont pour titres : *Hypnotisme et Hystérie*[1] ; *Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections*[2] ; *Contractures organique et hystérique*[3] ; *Paralysie faciale hystérique*[4], etc...

Dans tous ces travaux on constate chez l'auteur la préoccupation constante de trouver par l'examen objectif des manifestations morbides les caractères ressortissant en propre aux maladies organiques du système nerveux et les caractères positifs ou négatifs qui appartiennent à l'hystérie.

L'auteur, tout en admettant avec Charcot que l'hystérie est la grande simulatrice, cherchait par l'analyse minutieuse des symptômes à prouver que l'hystérie simule grossièrement, pour qui n'y regarde pas de près, mais qu'avec un marteau-percuteur, une aiguille, une bobine à courants faradiques et un peu de patience, on peut, le plus souvent, dépister la nature hystérique d'une manifestation.

L'auteur se faisait déjà de l'hystérie la conception que nous venons de résumer. Dans le travail sur les « Contractures organique et hystérique » l'auteur rejette en partie l'opinion de Richer qui place la contracture organique sous la dépendance d'une lésion du faisceau pyramidal *et la contracture hystérique sous la dépendance d'un trouble fonctionnel de ce faisceau.* M. Babinski énumère les raisons qui lui font penser que la contracture hystérique est identique à une contraction volontaire prolongée. Nous citons cet exemple important pour bien montrer que l'auteur, depuis dix ans déjà, considère l'hystérie comme un état psychique particulier, le plus souvent comme un trouble de la volonté

[1] *Hypnotisme et Hystérie* (1891), G. Masson, édit.

[2] *Association de l'Hystérie avec les maladies organiques...* etc. (1892) G. Masson, édit.

[3] *Contractures organiques et hystériques* (1893), G. Masson, édit.

[4] *Paralysie faciale hystérique* (1892), G. Masson, édit.

et de l'imagination, mais jamais comme une infection ou une intoxication localisée fonctionnellement et capable de produire des manifestations extraordinaires, des paralysies et des contractures en tous points semblables à celles qui sont créées par des lésions encéphaliques ou médullaires.

Jamais l'hystérie ne fera une paralysie radiale avec conservation de la contraction du long supinateur, comme l'intoxication saturnine en réalise couramment. Jamais l'hystérie ne réalisera une paralysie spasmodique avec incontinence des matières, incontinence d'urine, exagération des réflexes rotuliens, achilléens, épilepsie spinale légitime, etc... Et nous prenons à dessein un exemple où les symptômes produits par la lésion médullaire ont un aspect d'exagération presque dramatique. Comparons avec une paraplégie hystérique : La démarche est bizarre, titubante avec fracas, l'incontinence d'urine, si elle existe, n'a pas le caractère de régularité dans l'échappement, l'incontinence des matières fait défaut (parce que rarement l'hystérique consentira à n'être pas propre) les réflexes tendineux sont normaux, etc.

Parmi les travaux de l'auteur à cette époque il en est deux sur lesquels nous devons insister particulièrement, parce qu'ils ont une importance doctrinale. Le premier c'est « *l'Association de l'hystérie avec les maladies organiques, les névroses et diverses autres affections* ». Avec Charcot, l'auteur montre que « l'hystérie est une des affections les plus répandues et que bien peu d'individus, selon lui, ne peuvent dans certaines circonstances en subir les atteintes ». C'est une névrose qui s'associe aux maladies les plus diverses. Et il cite : une observation d'hémiplégie avec paralysie motrice organique (contracture, exagération des réflexes, épilepsie spinale, etc.) et *hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle hystérique* (guérison rapide de l'hémianesthésie par l'application d'un aimant) ; une observation de paralysie faciale consécutive à une fracture du rocher, *associée à l'hystérie* (troubles locomoteurs, démarche ébrieuse, vertiges. Disparition des troubles hystériques sous l'influence de la suggestion), etc...

Ce travail sur les associations hystéro-organiques met en valeur l'intérêt qui s'attache au relevé détaillé des observations, à l'analyse minutieuse des phénomènes, et au dia-

gnostic « en série morbide » permettant seul de vérifier si tous les symptômes observés sont justiciables de la même interprétation. De cette manière, on dépiste la part hystérique surajoutée et on interprète avec d'autant plus de justesse les guérisons obtenues que celles-ci paraissent plus merveilleuses.

Le deuxième travail est intitulé : *Hypnotisme et hystérie, du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique.* Ici, l'auteur réfute les idées de l'École de Nancy sur l'hypnotisme, la suggestion, idées soutenues particulièrement par M. Bernheim. Pour ce dernier, nous le savons déjà, l'hypnotisme est un état physiologique, comme le sommeil naturel. M. Babinski démontre 1° par l'analyse comparative des manifestations hystériques et des manifestations hypnotiques, qu'elles sont identiques ; 2° que le sommeil hypnotique — à moins que l'on ne joue sur le sens des mots — n'est pas obtenu chez tout le monde, tant s'en faut ; 3° que la suggestion hypnotique, absolument comme la persuasion à l'état de veille (procédé plus ancien) ne guérit complètement que les manifestations hystériques ; 4° que, parmi les cures citées par M. Bernheim dans ses deux livres et obtenues par la suggestion, la plupart se rapportent à l'hystérie et que, pour les autres (maladies non hystériques) le diagnostic, non seulement n'est pas scientifiquement établi mais paraît, à la seule lecture, devoir être réformé.

III. M. Bernheim, dans son récent travail, donne de l'hystérique la définition suivante : Un hystérique est un sujet qui a un *appareil hystérogène* très développé et facile à émouvoir. Cette substitution des mots « appareil hystérogène » au mot « hystérique » dans l'espoir d'une définition rappelle un peu celle qu'un médecin donna jadis de la vertu dormitive de l'opium.

Après cette définition, l'auteur montre que l'hystérie est souvent associée à la neurasthénie, à la mélancolie, à la confusion mentale, à l'anxiété nerveuse. M. Bernheim paraît avoir à cœur de faire un diagnostic différentiel précis, de dégager ce qui est organique et ce qui est hystérique : « Le clinicien saura par une étude approfondie, démêler cet écheveau symptomatique, complexe, et savoir ce qui est primitif, ce qui est consécutif. Il n'attribuera pas à l'hysté-

rie, par exemple, tout l'ensemble des manifestations présentées par un hystérique... L'hystérie peut n'être qu'une manifestation secondaire greffée sur la neurasthénie primitive ou sur la mélancolie primitive » (*Bullet. méd.*, page 938). Et l'auteur, après avoir parlé, à propos de l'anorexie nerveuse, « d'une *psychose d'évolution* qu'il croit infectieuse, comme la chlorose, l'ostéomyélite, la chorée » et après avoir dit que « le fond de cette maladie est psychique mais que la suggestion cependant ne supprime pas l'anorexie, » insiste sur la part que la suggestion peut enlever dans les psychoses : « dégager l'élément psychique auto-suggestif, ramener la maladie à ce qu'elle est réellement. Je devais insister sur cette distinction dont la méconnaissance est grosse de déceptions pour tous ceux qui manient la thérapeutique suggestive ». (*Bull. méd.* p. 938).

N'avons-nous pas déjà vu les mêmes idées dans les leçons du mardi de Charcot et dans le travail précédemment cité sur « *l'Association de l'hystérie avec les maladies organiques, les névroses, et diverses autres affections* » ? Dans tous les cas, combien l'auteur est loin de ses affirmations anciennes, loin de cet optimisme curateur que l'on trouve en tête de chaque observation clinique dans les deux livres qui ont pour titre *De la suggestion* (1886) et *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie* (1891).

Pour ne parler que du dernier, l'auteur a groupé les observations de malades guéris par la suggestion hypnotique de la façon suivante : 1° observations de névrose traumatique ; 2° observation d'hystérie convulsive ; 3° troubles hystériques divers ; 4° observations de CHORÉE ; 5° observation de TÉTANIE ; 6° observation de névroses génitales ; 7° observation de névroses psychiques ; 8° alcoolisme ; 9° AFFECTIONS NEURASTHÉNIQUES ; 10° observation de nervo-arthritisme ; 11° observation de troubles menstruels ; 12° névralgies ; 13° RHUMATISMES ; 14° AFFECTIONS SPINALES ; 15° Troubles liés à des affections organiques diverses ; 16° troubles menstruels ; 17° observation de suggestion par métallothérapie et magnéto-thérapie.

Sur les 208 observations relatées et étiquetées par M. Bernheim lui-même, il n'y en a que 32 sous la dépendance de l'hystérie. (Nous avons souligné les affections nettement organiques qui, d'après l'auteur, auraient guéri

par suggestion). L'auteur, à cette époque, prétendait non seulement hypnotiser tout le monde, mais encore guérir des affections très diverses, qu'il n'appelait pas *hystériques*, par la suggestion. Nous ne reprendrons pas une à une les observations publiées dans ces deux volumes, mais nous rappellerons les lignes que M. Bernheim écrivit à propos d'une affection, étiquetée cérébelleuse (Obs. CII : Psychothérapie) et dont certains symptômes, non des moindres, guérirent par les aimants : « N'est-ce pas une « chose étrange et presque merveilleuse de voir une affec- « tion aussi grave, des symptômes aussi complexes, de la « titubation et un vertige datant de plus de sept ans qui « avaient résisté aux traitements les plus énergiques, céder « *en quelques heures* à l'application d'un morceau de fer « aimanté ? » Il faut s'étonner que ce procédé si simple pour guérir les affections cérébelleuses n'ait pas obtenu plus de faveur de la part des neurologistes... et des malades.

Revenant à son récent travail, nous constatons que l'auteur a sensiblement modifié ses idées, mais nous ne voyons pas que sa conception soit nouvelle.

« La chorée n'est pas hystérique, mais hystérogène », écrit-il, page 939. Ce qui veut dire que l'hystérie peut s'associer à la chorée de Sydenham, comme elle s'associe à l'épilepsie, au tabes, à la sclérose en plaques [1], etc...

Dans les pages qui suivent, l'auteur démontre par des exemples multiples, dont quelques-uns empruntés à son livre, l'association de l'hystérie aux maladies organiques du système nerveux (Epilepsie et hystérie ; angine de poitrine vraie et fausses crises ; tabes et hystérie, etc...). Nous répétons que cette énonciation réitérée de faits exacts et connus ne constitue pas une « conception nouvelle » de l'hystérie. L'auteur, étudiant ensuite plus particulièrement l'étiologie, donne une place importante au traumatisme. Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler que c'est à Charcot que revient l'honneur d'avoir démontré et magistralement décrit l'hystéro-traumatisme, que l'on a appelé à tort depuis « la névrose traumatique ».

L'auteur, à propos des hystéries dites toxiques ou infec-

[1] Cas de Charcot, Raymond, Mathieu, Séglas, Babinski, Souques, Oppenheim, Remack, Bernhardt, Mendel, etc...

tieuses écrit: « L'hystérie n'est pas fonction de toxique ni de toxine; ce n'est pas non plus une maladie autonome; *c'est un appareil symptomatique dû à l'émotivité qui peut se greffer sur des états morbides divers* » (loc. cit., p. 941).

Peut-on dire cette fois que l'auteur ait défini l'hystérie d'une façon nouvelle ou même seulement complémentaire? Il serait facile de prouver que « tous les appareils sympto- « matiques dus à l'émotivité et pouvant se greffer sur des « états morbides divers » ne sont pas hystériques. Un diabétique, par exemple, qui à la suite d'une émotion présente l'appareil symptomatique de la mélancolie (refus d'aliments, idées bizarres, de suicide, etc.) ne peut être étiqueté « *hystérique* ». Cette définition pécherait donc au moins par ce caractère fondamental de ne pas énoncer des attributs appartenant en propre à l'hystérie et n'appartenant qu'à elle.

M. Bernheim termine son travail par ces mots: « Dans ce « court aperçu qui se complètera et s'éclairera par la lec- « ture de nos observations dont il constitue comme une « synthèse clinique, j'ai cherché à établir l'origine psychique « des crises d'hystérie générale et locale dans leurs nom- « breuses variétés » (l. c., p. 942).

Peut-être l'auteur généralisant, paraphrasant ces lignes, et assimilant à juste titre « l'origine psychique » et la suggestion, répondrait-il qu'il est de ceux qui ont depuis longtemps montré toute la valeur de la suggestion dans les manifestations cliniques de l'hystérie et dans la thérapeutique.

Nous ne voudrions pas retirer à M. Bernheim la part active qu'il prit à propager la suggestion et la thérapeutique suggestive. Ce que nous lui reprochons, après beaucoup d'autres, c'est d'avoir étendu tellement la suggestion qu'il la trouve partout et d'avoir, par une généralisation verbale, confondu des choses de nature différente. « La suggestion est l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui », dit M. Bernheim dans son livre (p. 24). L'auteur confond suggestion et persuasion, suggestion et croyance. Le cerveau à qui l'on fait accepter l'idée de la réalité des rayons Roëntgen est-il suggestionné? Evidemment non. Il est persuadé ou convaincu. Pour être clair, on doit garder au mot suggestion son sens étymologique défavorable.

De l'étude comparative des travaux que nous avons passés en revue, il ressort, pour nous, que le récent travail de M. Bernheim ne justifie pas son titre, puisqu'il n'apporte pas une conception nouvelle de l'hystérie, mais une atténuation à certaines affirmations anciennes. Le travail antérieur de M. Babinski nous paraît justifier son titre. Il apporte une définition de l'hystérie que nous croyons nouvelle et surtout inattaquable, une véritable « *commune mesure* » à laquelle les auteurs seront forcés de se reporter pour juger — en présence d'un complexus difficile ou nouveau — s'il doit ou non être dénommé hystérique[1].

ENSEIGNEMENT.

La clinique psychiatrique de l'Université de Giessen (Grand-Duché de Hesse). [2];

PAR M. LE Dr PAUL SÉRIEUX,
Médecin en chef de la Maison de santé de Ville-Evrard.

En 1835, le professeur de psychiatrie F. v. Ritgen proposa la fondation d'un hôpital destiné aux aliénés curables et qui devait être annexé à l'Université de Giessen; son projet, bien qu'approuvé par une des Chambres du Grand-Duché de Hesse ne put être mis à exécution. Un nouveau projet fut soumis aux Chambres en 1845; on n'enseignait alors la psychiatrie que dans les deux Universités de Berlin et de Greifswald. Wolff demanda au Parlement « la construction d'un établissement universitaire autonome pour les aliénés curables »; il proposait une clinique de 50 à 60 lits, et insistait sur l'utilité de l'enseignement des maladies mentales. La solution fut encore ajournée. En 1848, la Faculté de médecine intervint, sans pouvoir faire aboutir le projet, malgré de longues discussions.

[1] M. le professeur Grasset (de Montpellier) vient de faire paraître un livre intitulé « l'Hypnotisme et la suggestion », dans lequel il expose une théorie de l'Hystérie et de la Suggestion basée sur un schéma des fonctions cérébrales : le Centre O et le Polygone. Nous essaierons prochainement de passer en revue cet ouvrage.

[2] Voir P. Sérieux, *les Cliniques psychiatriques des Universités allemandes.* Archiv. d. Neurologie 1900-1901, nos 57, 59, 60, 61, 63.

En 1878, la Faculté émit un nouveau vœu en faveur de la création à Giessen d'un institut psychiatrique. Ce n'est qu'en 1890 que la construction de la clinique commença.

Le plan primitif de Ludwig, directeur de l'asile de Heppenheim, a dû être modifié sur les indications du professeur Sommer, qui fut nommé directeur de la clinique au moment où les constructions commençaient à s'élever. La plus utile de ces modifications fut la suppression des galeries couvertes prévues pour relier les différents pavillons. Cette disposition, qui devait si heureusement transformer la physionomie de la clinique, eut aussi pour résultat une économie de 190 000 francs.

La construction des bâtiments a nécessité une dépense de un million de francs. L'ameublement, les appareils ont coûté 150 000 francs. Le prix de revient du lit est de 11 000 francs.

L'inauguration de la clinique de Giessen eut lieu en 1896[1].

Avant d'aborder la description détaillée des divers pavillons qui composent la clinique de Giessen, nous résumerons les caractéristiques de cet établissement.

Nombre peu élevé des malades (80 à 100 lits).

Proportion relativement considérable du nombre des pavillons (huit pour 80 à 100 malades).

Absence de galeries couvertes.

Différenciation de chaque pavillon avec adaptation spéciale à la catégorie de malades qu'il doit recevoir.

Multiplicité et organisation très complète des salles de surveillance continue avec installation de baignoires, lavabos, water-closets dans les salles mêmes.

Installation de chambres d'examen clinique à proximité des salles de surveillance.

Proscription des moyens de contrainte (restraint) et des *moyens de sûreté*, tels que murs, grilles, (sauf, pour ces dernières, dans le pavillon d'isolement).

Emploi presque exclusif de l'*alitement* et du *traitement par les bains prolongés* dans les accès d'agitation.

Proscription de l'isolement cellulaire.

Connexion étroite des salles de surveillance continue avec les locaux destinés aux agités.

Logements des médecins situés à proximité des salles de surveillance continue (la surveillance et l'assistance médicales devant être aussi rapprochées que possible des malades qui en ont le plus besoin).

Installation téléphonique très complète.

Eclairage électrique.

[1] La Faculté de médecine de Giessen compte 17 Professeurs et Privat-Docenten et 149 étudiants.

Chauffage central (vapeur à basse pression).

Distribution d'eau froide (de source) et d'eau chaude à volonté dans chaque pavillon, d'où possibilité de traiter facilement par les bains tièdes les agités et les sujets atteints d'eschares.

Abondance des locaux pour les recherches scientifiques et pour l'enseignement psychiatrique (laboratoires de psychologie pathologique et autres).

Proportion considérable du personnel médical et des infirmiers (un infirmier pour 2,5 à 3 malades; cinq médecins pour 80 à 100 malades).

Installation de la clinique.

Plan d'ensemble. — La clinique de Giessen (*Psychiatrische Klinik zu Giessen*) est située à l'extrémité Sud de la ville. Le terrain d'assiette est rectangulaire ; les plus grands côtés sont orientés vers le N.-E. et le S.-O. La superficie en est de 26,189 mètres carrés; la superficie des constructions est d'environ 3,780 mq.

La clinique est complètement isolée, point important pour un établissement psychiatrique. Non loin s'élèvent le nouvel institut d'hygiène, les autres cliniques (de gynécologie, de médecine interne, d'ophtalmologie, de chirurgie), l'Institut d'anatomie pathologique. C'est là une disposition que nous avons rencontrée dans un grand nombre de villes universitaires d'Allemagne et de Russie, où cliniques et instituts divers, placés à proximité les uns des autres, tout en restant complètement indépendants, forment un quartier universitaire. On apprécie fort, dans ces villes, les avantages multiples de ce groupement des différents Instituts universitaires dans le même quartier; les étudiants peuvent ainsi, sans perte de temps, suivre les différents cours cliniques. Ajoutons que ces cours n'ont pas lieu, comme à Paris, tous à la même heure.

En outre, cette proximité des divers établissements universitaires a pour avantage de permettre de transférer les malades des autres services hospitaliers à la clinique psychiatrique et réciproquement, dans les meilleures conditions. Cette situation de la clinique est encore très favorable au point de vue de l'enseignement; elle permet, en effet, aux étudiants de fréquenter le service en dehors des heures de cours et de se familiariser — comme on le fait dans les cliniques d'accouchement — avec diverses manifestations pathologiques (ictus de la paralysie générale, délires épileptiques), qui ne peuvent qu'exceptionnellement être présentées aux heures des leçons. La faculté accordée aux étudiants de suivre les malades en dehors des heures de cours est de nature, dit M. Dannemann, à leur donner des notions plus précises sur les troubles psychiques et à graver plus profondément dans leur esprit les faits dont ils ont déjà été témoins à la salle des conférences.

Des *jardins* de la clinique, on jouit d'une belle vue sur les bois et les ruines de la vallée de la Lahn.

Les plantations ont été l'objet de soins tout particulier: elles s'étendent jusqu'aux limites du terrain; du côté de la façade, elles sont séparées de la rue par une grille légère; sur les autres côtés, la clôture n'est formée que par un léger grillage de 1m50 de hauteur. Grâce à ces modes de clôture, l'impression est des plus agréables; rien ne vient limiter la vue et donner le sentiment de la privation de la liberté.

Le parc est traversé par de larges avenues disposées de façon que l'entrée de chaque pavillon est précédée d'un bosquet de sapins. Ce bouquet d'arbres sert à isoler chaque pavillon au point de vue optique, en même temps qu'il est utilisé par les malades autorisés à se promener dans le parc, qui peuvent venir se reposer sous des berceaux de verdure ombreux.

Les malades des pavillons de tranquilles (pavillon nº II) ont la jouissance des jardins d'agrément situés des deux côtés du jardin potager, derrière les pavillons, et dans lesquels se trouve une butte artificielle. Les pensionnaires ont à leur disposition exclusive le jardin qui entoure leur pavillon; on y accède par un escalier latéral. Les quartiers d'agités de chaque sexe possèdent un jardin entouré d'un mur; on a évité tout ce qui aurait rappelé les « préaux d'agités » des anciens asiles; des pelouses, des plantations, des vérandas, des meubles de jardin ornent et égayent ce jardin d'agités; rien n'y rappelle sa destination spéciale à des aliénés.

Du côté S.-E. du terrain et dans le voisinage de la villa du professeur, les plantations sont plus fournies. Derrière le pavillon des agitées (femmes), se trouve une pépinière.

L'impression produite par l'ensemble des bâtiments de la clinique disséminés dans un parc, sans galeries couvertes reliant les pavillons entre eux, est des plus favorables. Les villas composant la division des hommes et celle des femmes sont symétriquement disposées autour du bâtiment principal et de la cuisine situés au milieu de la clinique; mais on a cherché à masquer la symétrie au lieu de l'accentuer, comme dans la plupart des asiles anciens, par la rigidité et la monotonie des galeries couvertes ainsi que par l'uniformité des divers quartiers. Les pavillons de chaque division diffèrent, en effet, les uns des autres : comme ils ont chacun une fonction différente à remplir, on s'est bien gardé de les calquer tous sur le même plan.

Rien dans leur aspect qui donne l'idée d'un hôpital ou d'un asile d'aliénés; ce sont des *villas* élegantes entourées de verdure et de bosquets, dont le toit en saillie et les motifs de décoration rappellent l'aspect extérieur des chalets suisses. Les jardins, nous l'avons vu, n'ont rien de commun avec les préaux de certains

asiles; ils ne sont pas clos, sauf le jardin des agités. Point de murs d'enceinte, mais une grille sur la rue, et, sur les autres côtés, une clôture insuffisante pour empêcher les évasions.

L'examen de l'aménagement intérieur des divers pavillons ne détermine pas une impression moins bonne que celle de la vue d'ensemble : lumière et air à profusion, grâce à des fenêtres très hautes et très larges; — propreté extrême, par l'emploi généralisé du linoléum; — bonne tenue du personnel; — organisation très complète de chaque pavillon, avec un souci extrême des moindres détails et des exigences spéciales auxquelles chacun d'eux doit satisfaire ; — installation excellente des salles de surveillance; — aménagements spéciaux pour le traitement par le lit, les bains de traitement; — absence des moyens de contention.

L'absence de galeries couvertes reliant les divers pavillons et bâtiments (galeries prévues par le plan primitif), n'a présenté aucun inconvénient; on n'a donc pas eu à regretter l'abandon du projet antérieur. La crainte avait été exprimée de voir le transport des aliments rendu difficile par suite de la dissémination des pavillons; cette appréhension n'était pas fondée. D'ailleurs, chaque pavillon possède un office-tisanerie avec appareil de chauffage au gaz et fours permettant de remédier à certains inconvénients. On n'a pas eu besoin d'avoir recours à des chariots spéciaux pour le transport des aliments.

La segmentation de chaque division d'hommes et de femmes en pavillons distincts n'a donc présenté que des avantages; l'expérience, dit M. Dannemann, prouve que, même pour un petit établissement, on doit adopter le système de la dispersion des pavillons, mais en tenant compte de l'augmentation du personnel nécessité par cette disposition. La physionomie des asiles conçus d'après ce plan est entièrement modifiée. Les malades, répartis par petits groupes suivant leurs affinités, n'exercent plus les uns sur les autres une influence fâcheuse; les altercations deviennent plus rares; l'isolement est de moins en moins employé; le contrôle médical s'exerce d'une façon active, non seulement par de courtes visites, mais par suite du logement des médecins dans les pavillons de malades.

Le nombre de ces pavillons est de huit : 4, situés du côté Est, sont destinés aux femmes; les 4 pavillons du côté Ouest aux hommes. Chaque pavillon est, dans chaque division d'hommes et et de femmes, affecté aux sujets des catégories suivantes :

1° Tranquilles. pensionnaires, malades cultivés;

2° Tranquilles ayant besoin d'une surveillance continue;

3° Agités;

4° Sujets à isoler. Aliénés criminels.

Entre les deux groupes de pavillons sont placés le bâtiment d'administration et d'enseignement et la cuisine. Isolée des services

de la Clinique, la villa du Professeur, de vastes proportions, est située à l'angle N. du terrain ; elle se trouve ainsi, conformément aux desiderata formulés par Jacobi, suffisamment éloignée des pavillons, mais assez près cependant pour faciliter au Professeur l'accomplissement de ses devoirs professionnels.

Tous les bâtiments sont construits sur des caves dont la hauteur au-dessus du sol varie de 1 mètre à 1 m. 50. A l'exception du bâtiment principal, ils possèdent un toit en saillie dans le genre de celui des chalets.

Batiment principal. — Ce bâtiment, élevé de deux étages, en façade sur la rue, sert à l'enseignement, aux recherches scientifiques et aux services administratifs. La partie médiane de la façade fait saillie en avant-corps. La face postérieure du bâtiment est munie de deux ailes de peu d'étendue ; à sa partie médiane se trouve l'escalier. L'entrée principale de la clinique, située entre la loge du concierge et celle d'un garçon de service, donne accès dans un vestibule de vastes proportions dont la voûte est soutenue par deux colonnes. Sur les murs trois médaillons en relief de Pinel, Conolly et Griesinger.

Dans le vestibule aboutissent de chaque côté deux larges corridors ; un escalier très large conduit au 1er étage. Les locaux du rez-de-chaussée situés dans la moitié droite du bâtiment sont réservés à la *policlinique* (consultations externes), à la *Bibliothèque* et au *Laboratoire d'anatomie*.

La « *policlinique pour les maladies mentales et nerveuses* » comprend une salle d'attente, une chambre noire pour l'ophtalmoscopie et une salle de consultations munie de tous les appareils nécessaires pour l'examen des malades : (appareils électriques pour courants constants et faradiques, instruments pour l'examen du sang, de la sensibilité, du fond de l'œil, des réflexes (appareil multiplicateur des réflexes du Professeur Sommer), pour la craniométrie, etc.)

Le laboratoire d'anatomie, situé dans l'aile postérieure, sert à la conservation des pièces anatomiques (cerveaux et moelle) ; il est utilisé en outre comme salle d'autopsie et possède sur le jardin une entrée spécialement réservée au transport des corps ; enfin, il sert de laboratoire clinique pour la Policlinique.

Dans le *sous-sol* sont situés la *lingerie*, les *salles de bains* du personnel médical et des employés, le magasin d'approvisionnement.

La moitié gauche du bâtiment principal comprend, au rez-de-chaussée, deux pièces servant de *bureaux administratifs* avec le poste téléphonique central, la salle à manger des assistants, un cabinet mis à la disposition des prêtres, et, dans l'aile postérieure, deux chambres pour le médecin assistant chargé de la division des femmes.

Le *premier étage* est presque exclusivement réservé aux besoins de l'enseignement et des recherches scientifiques. Les murs du vaste *corridor* qui occupe toute la partie postérieure du 1er étage sont couverts d'une collection de plans d'asile anciens et modernes, allemands et étrangers, qui montrent aux élèves les étapes successives de l'assistance des aliénés, depuis les couvents transformés en asiles jusqu'aux établissements à pavillons dispersés. On y voit encore des collections de photographies, de crânes, qui en font un véritable Musée psychiatrique.

Au milieu du bâtiment se trouve la *salle des cours* avec 50 places : chaque auditeur, commodément installé, a, à sa disposition une table mobile. Sur les parois de la salle, 40 planches d'anatomie cérébrale macroscopique. Dans la salle sont conservées les collections de préparations microscopiques, les photographies diapositives, les cylindres phonographiques. Le Professeur fait ses leçons placé sur une tribune, sur laquelle prennent place les médecins assistants. Il y a un appareil à projection (de Zeiss), qui sert aussi à la démonstration des microphotographies. Les projections photographiques sont très employées pour l'enseignement. En outre d'une série de coupes physiologiques et pathologiques des diverses régions de l'encéphale et de la moelle, M. Sommer possède une riche collection de types cliniques des diverses affections du système nerveux « de sorte qu'à l'occasion d'un cas spécial il peut faire passer devant les yeux de ses auditeurs les projections de tous les cas analogues qui représentent les diverses phases de la même maladie ou ceux d'autres formes voisines qu'il importe de connaître pour le diagnostic différentiel » (Ladame).

Sur le corridor de la moitié gauche du bâtiment donnent le *cabinet du Professeur*, une *salle d'attente*, l'*atelier du mécanicien* en chef (qui a aussi la surveillance de l'éclairage électrique), et enfin trois vastes pièces servant de *laboratoires psychophysiques*. L'énergie électrique nécessaire au fonctionnement de ces laboratoires est fournie par 6 éléments Meidinger et 4 Leclanché. La salle la plus grande renferme le matériel nécessaire pour les recherches sur les temps de réaction, sur les associations : chronoscope de Hipp avec son appareil de contrôle, un grand nombre d'instruments de psychophysique, d'appareils électriques. La seconde salle sert aux recherches sur les phénomènes psychomoteurs, surtout avec l'appareil de Sommer pour l'étude des manifestations motrices dans les trois dimensions. La troisième salle sert pour les recherches purement psychologiques : épreuves sur le calcul, les associations. Elle peut être mise en communication avec la première salle dans le cas où des examens psychométriques seraient utiles.

Sur la moitié droite du corridor s'ouvrent un grand *laboratoire* pour les travaux microscopiques, un vaste *atelier* de photographie,

et les deux chambres composant le *logement* du médecin assistant de la division des hommes.

L'étage supérieur (2e étage), mansardé, est occupé par des *magasins*, des dortoirs pour des employés.

Pavillons des pensionnaires. — Ces deux pavillons, qui portent le n° I (un pour chaque sexe), sont tout à fait symétriques. Ils possèdent des locaux pour 12 à 15 pensionnaires de 1re et de 2e classe, tranquilles et sociables. On y met aussi certains malades de 3e classe qui par leur éducation, leur culture, sont mieux à leur place dans ces pavillons qu'avec des indigents. La situation tout-à fait isolée de ce pavillon favorise les admissions de malades «*nerveux*» qui entrent facilement de leur propre volonté à la Clinique dès qu'ils sont assurés de ne pas être confondus avec les aliénés. La façade du bâtiment donne sur le parc; la partie postérieure sur la rue. Ces pavillons ont été conçus sur le plan d'un quartier « ouvert ». Chacun d'eux est pour ainsi dire double : il est formé par la réunion de deux villas primitivement séparées sur un plan antérieur. Ces deux villas ne sont unies que par un passage au rez-de-chaussée; les caves, le premier étage, le grenier sont complètement séparés. Chaque moitié de ces pavillons jumeaux possède, dans son entrée spéciale, sa véranda, son escalier, ses lavabos, salles de bains, water-closets.

La moitié Est est meublée et aménagée d'une façon moins luxueuse que la partie Ouest. Celle-ci possède un salon avec une bibliothèque, une salle à manger, six chambres à un lit et des chambres pour le personnel. Dans la moitié Est, deux chambres particulières du premier étage sont remplacées par une chambre à 3 lits.

Dans tous les locaux des pavillons, les parquets sont recouverts de linoléum, sauf les salles de bains, les lavabos, les closets qui sont dallés.

Le mobilier des chambres de pensionnaires se compose d'un lit, d'une table de nuit, d'une armoire, d'une étagère, de sièges en bois courbé, de chaises-longues, d'une table de toilette, etc. Les fenêtres ne sont pas munies de grilles; elles possèdent des volets intérieurs que les malades peuvent manœuvrer à leur guise et qui ne servent qu'à les protéger contre le soleil.

L'examen du plan du rez-de-chaussée de la moitié droite du pavillon montre que tous les aménagements nécessaires à une section de surveillance y sont réalisés. Il suffit de fermer la porte qui fait communiquer le corridor avec l'autre moitié du pavillon, pour transformer, au cas où la présence de malades à idées de suicide l'exige, le rez-de-chaussée de la moitié droite en quartier de surveillance possédant une salle de jour (le corridor), deux chambres de pensionnaires pour 2 et 8 lits chacune, communi-

quant directement avec une salle de bains et les closets, et en relation téléphonique avec le médecin de la division.

PAVILLONS DE TRANQUILLES. — Les deux pavillons (n° II) de tranquilles (hommes et femmes) sont également superposables. Ils n'ont qu'un rez-de-chaussée et sont destinés à servir de pavillons de traitement et de surveillance pour 12 à 15 malades tranquilles, déprimés, ou à idées de suicide. Un vestibule spacieux conduit à un corridor transversal auquel aboutit, à angle droit, un autre corridor moins large, sur lequel s'ouvrent l'office-tisanerie, la salle de bains, une salle contenant water-closets et lavabos.

Le corridor transversal conduit à droite et à gauche, dans les deux grandes salles du pavillon. Celle de gauche, d'une contenance de 250 mètres carrés, avec 7 à 8 lits, sert de *salle de surveillance continue* pour le traitement par le lit; celle de droite, dont les dimensions sont les mêmes, est divisée en deux parties par une balustrade surmontée d'une sorte de paravent, formant une séparation de 2 mètres de haut et servant avec l'aide d'une portière à isoler optiquement les deux parties de la salle : l'une sert de *dortoir pour les convalescents* (6 lits), l'autre de *salle de jour* pour les hommes, d'atelier de couture pour les femmes. Un des lits du dortoir est réservé à un infirmier.

Les deux grandes salles en question reçoivent la lumière de trois côtés; la ventilation est parfaite. La salle de surveillance possède une baignoire roulante, des water-closets, des lavabos. Éclairage à l'aide de lampes électriques placées au plafond et dans les angles.

Le pavillon comprend encore une chambre pour une infirmière (qu'on peut appeler en cas de besoin, pendant la nuit, de la salle de surveillance, à l'aide d'un signal électrique), une chambre pour un malade convalescent, une chambre pour un médecin assistant ou stagiaire, qui est ainsi à même de contrôler ce qui se passe dans le pavillon et de porter des secours immédiats en cas d'accidents. (Dans le pavillon de la division des femmes est logé le troisième médecin assistant; dans celui des hommes habite le médecin stagiaire).

PAVILLONS DE SURVEILLANCE CONTINUE POUR AGITÉS. — Ces pavillons de surveillance continue (pavillons n° III) sont réservés aux malades agités, mais susceptibles néanmoins d'être traités par le repos au lit, et aux sujets qui cherchent à s'évader. Ils ne sont pas complètement superposables dans chaque division.

Chaque pavillon, à deux étages, possède 12 lits répartis au rez de chaussée et au premier étage.

Rez de chaussée. — On accède d'abord dans un corridor, dont le parquet est revêtu de linoléum; la lumière vient d'un autre cor-

ridor très bien éclairé qui conduit au pavillon d'isolement. A droite du corridor (pavillon des femmes) une grande salle de jour d'une capacité de 175 mètres carrés sert aux malades qui ne gardent pas le lit ; elle est éclairée par quatre fenêtres. A gauche, une vaste *salle de surveillance continue* occupe presque toute la profondeur du bâtiment. Le chiffre normal de ses lits est de 10 ; la capacité est de 300 mètres cubes ; la lumière vient à flots par 6 fenêtres de 1,70 m² de superficie. Les murs sont peints à l'huile sur une hauteur de 2 mètres ; le parquet est revêtu de linoléum.

Cette salle de surveillance continue a été aménagée d'une façon très intéressante en vue de sa destination spéciale et de l'application du traitement par le lit. Dans l'installation de cette salle on s'est inspiré de la pensée qu'il fallait, dans une station de surveillance psychiatrique, que le personnel eût sous la main tous les aménagements nécessaires pour traiter les malades (baignoires, lavabos, water-closets, etc.). De cette façon les infirmiers ne pouvaient être distraits de la tâche de surveillance qui leur incombe par la nécessité de se procurer au dehors l'outillage nécessaire. A l'aide d'une large portière on a, dans la salle de surveillance, séparé de la partie réservée aux lits, une sorte de vaste annexe (*Wachsaal-Toilette*) dans lequel se trouvent une baignoire mobile, deux lavabos, un évier, une chaise percée roulante. Une grande armoire renferme, en 3 placards distincts, du linge de corps pour le change des malades, des draps, des peignoirs, des vêtements de caoutchouc pour les infirmières baigneuses, certains médicaments non toxiques, les instruments, tels que : thermomètres, un petit arsenal pour les secours immédiats, bande d'Esmark, pince à corps étrangers, pièces de pansement, etc. Notons encore dans la salle de surveillance un certain nombre de tables spéciales pour le traitement par le lit.

L'éclairage électrique est obtenu par 7 lampes de 16 bougies : 2 au plafond, 4 dans les angles, à 2 mètres de hauteur. L'éclairage par des lampes situées dans les divers angles présente des avantages pour l'examen de certains malades (eschares) pendant la nuit. Des dispositions ont été prises pour éviter l'extinction subite de toutes les lampes électriques en cas de court-circuit.

La veilleuse de nuit peut appeler du renfort à l'aide d'un signal électrique.

Cet aménagement très complet nous paraît devoir être imité dans toutes les salles de surveillance continue. Grâce en effet à ces excellentes dispositions on a sous la main tout ce qui peut être utile soit pour le traitement habituel des aliénés aigus, soit pour parer aux accidents les plus à craindre : ni les infirmiers ni les malades n'ont de prétexte pour sortir de la salle. Aux fenêtres sont placées des jalousies qui se manœuvrent de l'intérieur de la salle, la

fenêtre restant fermée. Un mode de fixation spécial des jalousies permet, lorsque celles-ci sont baissées, de laisser les fenêtres ouvertes sans avoir d'évasion à craindre.

Le rez de chaussée du pavillon possède encore une salle de bains spacieuse pour les entrants, avec lavabos, une chambre d'infirmière, des water-closets et une *salle d'examen clinique*, où le médecin peut interroger individuellement chaque malade loin du bruit. L'examen du médecin est d'autant plus facilité que l'aliéné dissimule moins ses antécédents, ses idées délirantes, etc., lorsqu'il est seul avec le médecin que lorsqu'on l'interroge devant les autres malades et les infirmiers. En outre le médecin a sous la main tous les instruments qui peuvent lui être utiles pour l'examen clinique : appareil photographique avec lampe au magnésium, cinématographe, instruments de psychologie physiologique, graphophone, lampe pour pupilles, appareils électriques, instruments chirurgicaux, réactifs pour analyses chimiques. La salle d'examen comprend encore une table d'opération, des lavabos, des casiers pour les feuilles du service de surveillance, les feuilles de bains, d'attaques, de règles. C'est dans cette pièce qu'ont lieu également les petites opérations qui pourraient impressionner péniblement les autres malades : alimentation à la sonde, etc. Ces salles d'examen clinique, dit M. Dannemann, facilitent considérablement les rapports du médecin et du malade ; seules elles permettent au médecin d'entrer plus intimement en contact avec le patient ; elles suppriment enfin d'une façon complète la cause première de bien des inconvénients et de bien des troubles. Enfin, comme cette salle est utilisée pour la rédaction des observations, il en résulte que le contrôle du personnel de surveillance est assurée par la situation même de ce cabinet médical [1].

Le *premier étage* du pavillon est destiné aux sujets plus tranquilles qui ont besoin d'être surveillés plutôt dans le jour que la nuit, à ceux qui n'ont pas d'idées de suicide, ne sont ni dangereux ni insociables : tels sont certains paralytiques au début, certains paranoïaques, certains débiles. La disposition des locaux est la suivante : une salle de réunion, deux dortoirs dont l'un possède un lavabo, une salle de bains, des closets, le logement du surveillant en chef et deux chambres d'isolement donnant sur un vestibule spécial qui sert à amortir le bruit. Ces deux chambres sont destinées à des malades bruyants (ronfleurs), mais ne doivent pas être considérées comme des cellules pour sujets dangereux : les vitres sont d'ailleurs celles des autres locaux.

L'*étage supérieur* mansardé renferme un vestiaire et divers autres locaux.

[1] La maison de santé de Ville-Evrard possède, depuis 1897, des chambres d'examen analogues.

Pavillons d'isolement. — Ces pavillons (pavillons n° IV), à rez de chaussée seulement, sont mis en communication avec les pavillons n° III que nous venons de décrire par un couloir bien éclairé, assez court. Il est réservé aux malades agités et insociables. Le nombre de lits est de 7. Les desiderata d'un quartier de ce genre sont les suivants : bonne organisation de la distribution et de l'évacuation des eaux ; grand nombre de cabinets d'aisance ; ventilation soignée de tous les locaux : éclairage, naturel et artificiel, parfait, chauffage sans danger pour les malades, et assurant à toutes les pièces une température égale ; salle de bains ; installation pour le nettoyage des linges et vêtements souillés : élimination des aménagements rappelant la prison.

Le *sous-sol* du pavillon renferme une petite buanderie (chauffage au gaz).

Le corridor du *rez-de-chaussée*, en pente, est facilement nettoyé à grande eau à l'aide de deux postes d'eau. Sur le corridor donnent 4 chambres d'isolement, dont une réservée aux aliénés criminels, et une *salle de bains* qui communique avec une grande salle de 90 mètres carrés possédant trois lits destinés aux malades les moins agités (paralytiques et autres). Une chambre à coucher est affectée à une infirmière qui peut, en cas d'urgence, venir à l'aide de la veilleuse.

Les cellules ont environ 50 mètres carrés. Leurs parois sont peintes à l'huile jusqu'à une hauteur de 2 mètres. Le parquet est recouvert de linoléum. Les angles sont arrondis. Les fenêtres sont doubles : la fenêtre intérieure est au même niveau que le mur et les carreaux ont de 6 à 10 millimètres d'épaisseur ; la fenêtre extérieure ressemble aux fenêtres ordinaires. En dehors se trouvent des jalousies en bois et des grilles. Entre les deux fenêtres il y a des rideaux. Sur les quatre cellules, trois possèdent, ainsi que la grande salle, des water-closets dont l'effet d'eau peut être réglé par le personnel.

Tous les locaux de la section ont des doubles portes : la porte extérieure est massive ; la porte intérieure possède un judas et, à la partie inférieure, un grillage laissant passer l'air chaud qui vient d'une bouche de chaleur située entre les deux portes. Le malade ne peut ainsi ni voir ni atteindre la bouche de chaleur. Chaque cellule a une bouche de ventilation. L'éclairage électrique est défectueux en ce sens que les lampes électriques ne sont pas installées au plafond comme il conviendrait, mais au-dessus des portes. La salle de bains et la grande salle de surveillance et d'alitement sont mieux éclairées ; dans celles-ci, comme dans les autres salles de surveillance, des lampes électriques sont placées dans les angles.

La salle de bains possède une baignoire mobile, des lavabos et un appareil de chauffage à gaz grâce auquel on peut donner aux

malades des aliments et des boissons chaudes, même pendant la nuit; cet aménagement présente de grands avantages pour certains catatoniques qui, tantôt refusent, tantôt acceptent volontiers les aliments.

La cellule réservée aux aliénés criminels possède deux grilles, dont l'une protège la fenêtre et l'autre se trouve placée devant la porte. Cette disposition ne nous paraît pas devoir être imitée.

Ce pavillon d'isolement n'est pas un quartier cellulaire dans l'ancienne acception du mot : les malades y sont traités par le repos au lit, la porte de la cellule restant ouverte. Seul l'aménagement des grillages à la partie inférieure des portes (pour permettre le chauffage) ne nous paraît pas à recommander. D'ailleurs ce qui donne à ce pavillon le caractère d'un quartier de traitement en lui enlevant la physionomie d'un quartier cellulaire quasi-pénitentiaire, c'est l'existence d'une salle de surveillance assez spacieuse où l'on place les malades qui doivent garder le lit : sujets inconscients, paralysés dont on veut épargner la vue aux autres agités, mais qui ont besoin de soins assidus.

Le jardin de ce pavillon est entouré d'un mur, disposition qui n'existe pas dans les autres pavillons.

Cuisine. — Bâtiment à rez-de-chaussée seulement. Au *sous-sol* : magasins, salle de bains pour le personnel. Au *rez-de-chaussée*, logement de la cuisinière, laverie. Cuisine spacieuse. On n'a pas adopté la cuisson à la vapeur. Ventilation soignée. Deux salles de distribution des aliments.

Classement des malades. — La dispersion des pavillons est une source d'avantages considérables, quand le nombre du personnel médical et du personnel de surveillance est suffisamment élevé. Au lieu de voir les malades se nuire réciproquement par suite de la centralisation des quartiers, on constate que les sujets tranquilles bénéficient de la suppression d'impressions pénibles, optiques et acoustiques, qui ne peuvent leur être évitées dans les établissements construits sur un autre plan.

A ce point de vue, le classement des aliénés est organisé ainsi qu'il suit, à la clinique de Giessen, pour chaque division d'hommes et de femmes :

1° Salle de surveillance pour aliénés tranquilles et sujets à idées de suicide, avec *surveillance continue* (pavillon II, côté gauche).

2° Section pour malades tranquilles et convalescents de 3e classe (pavillon II, côté droit).

3° Section pour malades tranquilles de la classe moyenne (côté droit des pavillons jumeaux I).

4° Section pour pensionnaires tranquilles (côté gauche des pavillons jumeaux I).

5° Section pour malades demi-agités (1er étage des pavillons de surveillance continue, nc III).

6° Salle de surveillance pour malades agités mais non dangereux, *avec surveillance continue* (rez-de-chaussée du pavillon de surveillance n° III).

7° Salle de surveillance et section de surveillance (cellulaire) pour malades agités et violents *avec surveillance continue*. Une cellule pour aliéné criminel (pavillon d'isolement IV).

La clinique de Giessen, avec ses sept sections distinctes réparties dans quatre pavillons, pour chaque sexe, possède donc un quartier de classement de plus que n'en demande Flechsig pour une clinique psychiatrique. Le professeur de Leipzig réclame en effet sept quartiers, mais il en réserve un pour les maladies contagieuses. A Giessen la proximité du pavillon d'isolement pour contagieux de la clinique de médecine permet de se passer d'une installation de ce genre.

Il convient d'insister sur la grande extension donnée au *service de surveillance continue même pendant la nuit*. Il existe en effet, dans chaque division, trois salles de surveillauce continue, qui permettent de restreindre d'une façon considérable l'emploi des narcotiques.

Installations hygiéniques. — Le *cube d'air moyen* est, par malade, de 35 à 40 mètres. La *ventilation* est assurée par une canalisation qui part de la chambre de ventilation située dans le sous-sol et vient se terminer au-dessus du toit. En hiver quand la ventilation naturelle par les fenêtres est limitée, le renouvellement artificiel de l'air est activé par suite de communications établies entre la canalisation de la ventilation et les appareils de chauffage qui envoient de l'air chaud dans ladite canalisation. On a pris en outre des dispositions pour que l'air arrive avec un certain degré hygrométrique.

Chauffage central à la vapeur à basse pression. Installation des appareils dans le sous-sol du pavillon n° III des hommes. Six chaudières envoient la vapeur dans une canalisation souterraine. Dans les pavillons de malades les appareils de chauffage sont placés dans de grandes niches fermées du côté des corridors par des portes de fer. L'air des salles pénètre par des ouvertures situées à la partie inférieure et sort par les orifices supérieurs. Le chauffage est réglé à volonté.

Chaque bâtiment de la clinique possède dans le grenier un réservoir d'eau en communication avec la canalisation de vapeur qui lui cède sa chaleur. L'eau chaude est distribuée aux bains, aux lavabos et à l'office.

Eau. — La clinique est alimentée en eau de source par la distribution de la ville. Le nombre des postes d'eau des pavillons est considérable : 16 postes d'eau froide et 5 postes d'eau chaude dans le pavillon I, 18 postes d'eau froide et 6 d'eau chaude dans le pavillon III, etc.

Le *service des bains* a été particulièrement bien organisé. Chaque division a six salles de bains, sans compter les baignoires mobiles des salles de surveillance. Les salles de bains et les lavabos, sauf ceux des sections d'agités, sont dallées. Les baignoires sont en zinc, de forme elliptique. L'eau d'arrosage (jardins) est fournie par un certain nombre de fontaines.

Les *eaux usées* et *les matières fécales* sont entraînées par un système de canalisation dans six bassins filtrants situés sous le pavillon n° IV des hommes. Les liquides sont évacués dans l'égout; les matières solides sont enlevées plusieurs fois par an à l'aide d'appareils à vidange pneumatique. Tous les closets sont à effet d'eau avec siphon; les cuvettes sont en porcelaine ou en fer émaillé. Des précautions ont été prises pour prévenir l'obstruction de ces canalisations.

Eclairage. — La lumière électrique est fournie par une usine centrale qui distribue également la lumière aux autres instituts cliniques du voisinage. Les câbles sont placés à 2 mètres de hauteur au-dessus du plancher, dans les corridors et sont placés de façon qu'un court-circuit, au cas où il viendrait à s'en produire, ne puisse déterminer l'extinction de toutes les lampes d'un pavillon. Les interrupteurs font une saillie de 3 centimètres sur les murs; aucune disposition spéciale ne les protège contre les malades, mais ils ne peuvent être manœuvrés qu'à l'aide d'une clef spéciale. L'éclairage des jardins est assuré par neuf lampes électriques de 25 bougies et un certain nombre de becs de gaz.

Ameublement. — Tous les locaux sont munis de thermomètres disposés horizontalement : la cuvette faisant saillie dans l'intérieur des chambres tandis que l'échelle graduée, traversant le mur, apparaît dans le corridor. On peut ainsi régler les appareils de chauffage et de ventilation du corridor même.

Il faut noter que les parquets de la plupart des locaux de la clinique sont revêtus de linoléum (Ankermark-Delmenhorst) : il est inutile d'insister sur les avantages d'une surface unie, sans interstices et d'un nettoyage facile à grande eau. M. le Dr Dannemann se loue beaucoup de cet emploi généralisé du linonéum. La plupart des salles de bains et des closets possèdent un revêtement en carrelage ; de même les corridors des pavillons cellululaires. Dans cinq chambres d'isolement on a fait l'essai du xylolithe. L'emploi de cette substance ne serait indiqué que dans les locaux

qui ne sont exposés ni à des souillures fréquentes par les déjections, ni à des érosions mécaniques dues au déplacement des lits. Autrement le xylolithe perd son poli et son aspect antérieurs et conserve les odeurs.

La question du confort n'a pas été négligée. Les *lits* métalliques ont été munis d'aménagements spéciaux, sans cependant attirer l'attention par un aspect anormal. A la tête et au pied du lit ont été placées des tablettes de bois; les montants latéraux du lit peuvent être abaissés. La partie moyenne du sommier est surélevée par des ressorts de façon à n'être de niveau avec les parties correspondant aux extrémités que lorsque le malade est couché : on empêche ainsi la formation de « creux » qui provoquent la formation d'eschares. Le tiers supérieur du sommier — qui correspond à la tête du malade — est mobile et peut être relevé de façon à permettre au patient de rester à moitié assis sans fatigue et sans compression des organes de la poitrine et du cou. Les trois parties du sommier sont réunies entre elles afin que les sujets agités, qui arrachent et déchirent leur literie, ne puissent les enlever. Les fournitures du lit comprennent un matelas de crin, une toile imperméable et une alèze de flanelle pour le tiers moyen, une couverture de laine et des draps. Les lits des malades sujets à des attaques convulsives peuvent être munis de barrières latérales capitonnées. Tous les lits sont mobiles. Les pensionnaires possèdent des lits de bois avec un sommier « cotte de mailles ».

Les *meubles* en bois de sapin, sont de couleur sombre, afin de contraster avec les tons clairs des murs. Il en est de même des tables spéciales pour le lit, des armoires, tables de toilette, armoires à linge sale. Les tables de nuit n'ont pas de fond, disposition qui permet de les entretenir propres. De nombreuses chaises-longues sont réparties dans tous les pavillons : elles sont revêtues d'une étoffe à dessin oriental, qui recouvre une toile imperméable protégeant les coussins de la chaise-longue.

Dans tous les locaux se montre le soin de la décoration : jardinières, tableaux, rideaux aux fenêtres, etc.

Téléphone. — Le système des pavillons détachés rend indispensable l'usage du téléphone pour éviter les pertes de temps. Des postes téléphoniques doivent être installés, non seulement chez les surveillants en chef, mais chez les médecins. Les réseaux téléphoniques sont les suivants :

1° Réseau indépendant du poste central (situé dans le bâtiment principal) et faisant communiquer entre eux tous les pavillons des hommes.

2° Même disposition pour les pavillons des femmes.

3° Réseau téléphonique principal réunissant tous les pavillons,

la cuisine, la villa du professeur, les chambres des médecins de chaque division avec le poste central.

4° Réseau permettant d'appeler directement le concierge, de chaque pavillon, de la villa du professeur, des chambres des médecins.

5° Réseau microphonique réunisssant les chambres des médecins asssistants logés dans les pavillons de tranquilles hommes et femmes.

6° Réseau reliant le rez-de-chaussée avec le 1er étage des pavillons d'agités (III).

Dans la nuit le poste central est mis en communication avec la loge du concierge ; de plus les médecins chargés des divisions d'hommes et de femmes sont en communication directe permanente avec la salle de surveillance du pavillon d'agités.

La clinique possède en tout 13 postes téléphoniques et 10 stations microphoniques. Elle est en outre reliée au réseau urbain et à l'usine électrique.

Les principes qui ont présidé à l'installation du téléphone sont les suivants : les pavillons de chaque division d'hommes et de femmes doivent être reliés *directement* entre eux. Dans les pavillons possédant plusieurs sections, celles-ci doivent communiquer directement entre elles. Chaque bâtiment doit être en communication avec le poste central du bureau d'administration et ses annexes : cuisine, etc.

Aménagements de sureté. — Le principe du remplacement des moyens de sûreté mécaniques par la surveillance du personnel a reçu sa plus large application dans les jardins. Les grilles et les haies qui entourent les jardins servent seulement de limite au domaine, mais ne sauraient être considérées comme pouvant empêcher les évasions. Un seul jardin entouré de murs est réservé, dans chaque division, pour les malades insociables et évadeurs.

Dans les pavillons de pensionnaires rien ne rappelle la destination spéciale des locaux, sauf une disposition particulière des fenêtres qui permet de les fermer à clef. Les portes des corridors des autres pavillons ne peuvent être ouvertes qu'à l'aide d'une clef spéciale; les cages d'escalier sont accessibles à tous les malades. Dans les pavillons de pensionnaires les portes des chambres possèdent une serrure et un bouton ; tandis que dans les autres pavillons les portes n'ont qu'une serrure et une poignée placée au milieu de la porte et dirigée en bas. Toutes les fenêtres sont munies de vitres ordinaires, à l'exception des fenêtres intérieures des cellules. Dans les salles de bains et les closets les vitres sont en verre dépoli. Les serrures des fenêtres et des portes sont identiques dans les deux divisions ; leur modèle a été emprunté à Alt-Scherbitz.

A l'exception des pavillons cellulaires qui possèdent des jalousies ordinaires, toutes les fenêtres sont munies de jalousies spéciales qui lorsqu'elles sont baissées forment une paroi impénétrable : mais on peut à l'aide d'une clef déterminer un écartement des lames d'un centimètre. Il est possible de limiter cet écartement à la partie supérieure ou inférieure de la jalousie. On peut laisser la fenêtre ouverte, lorsque les jalousies sont baissées ; celles-ci étant fixées suffisent pour empêcher toute évasion.

On n'a placé de *grilles* que dans les lavabos et les closets des pavillons n° II (hommes et femmes), dans ceux du 1er étage des pavillons n° III, dans deux chambres d'isolement de ces divers pavillons, dans la salle d'examen clinique du rez-de-chaussée, dans une chambre d'infirmier, enfin dans les pavillons d'isolement (n° IV).

Grâce à la surveillance permanente exercée par le personnel, on a pas eu occasion de constater les avantages fournis par l'existences de grilles, dans les locaux peu nombreux où il en existe.

L'absence de grillages et de vitres spéciales dans les salles de surveillance n'a pas présenté d'inconvénients. Plus importants que tous les moyens de contention mécanique sont une bonne organisation d'un personnel responsable à toute heure et un contrôle médical le plus fréquent possible.

Malgré que l'élimination de matériaux inflammables et l'emploi de la lumière électrique aient considérablement diminué les chances d'incendie, chaque pavillon possède cependant, dans le grenier, un poste d'incendie, avec le matériel nécessaire. (*A suivre.*)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

LXVII. **Un cas d'akathisie**, d'après MM. Raymond et Janet.

Ce nom qui signifie impossibilité de s'asseoir, a été donné par M. Haskowe (de Prague). Voici quel est l'aspect du malade étudié ici. Cet homme, âgé de quarante-deux ans, vient d'être assis sur sa chaise ; dans quelques minutes, quelquefois cinq ou six minutes, on le voit manifester une gêne et une souffrance extraordinaires. Il se contorsionne, il se raidit surtout du côté gauche, étend et écarte les jambes, appuie la tête sur l'épaule gauche, il tient sa chaise à deux mains et fait semblant de s'y cramponner. En réalité, il s'appuie sur les deux mains, et empêche le siège de s'appuyer sur la chaise. En même temps, la sueur lui vient au front et aux mains, et, dans quelques cas, on voit de grosses gouttes qui coulent sur sa figure, la respiration est anxieuse, le cœur palpite, la face exprime la

douleur, la terreur et l'angoisse : enfin, n'y pouvant plus tenir, il se lève brusquement et immédiatement changement d'attitude, il respire librement et sa figure exprime le soulagement et le calme. Lorsqu'il est chez lui, les choses sont plus pénibles encore parce qu'il n'est distrait par rien de ses préoccupations ; il ne peut rester assis que quelques instants et il faut sans cesse qu'il se lève, qu'il aille et vienne dans la chambre. Les troubles s'aggravent encore s'il est assis devant son établi et s'il doit travailler. Il était bijoutier de son metier et ne peut plus entrer dans aucun atelier, car on refuse cet ouvrier qui ne peut rester assis et qui se contorsionne désespérément dès qu'il a un travail devant lui.

Ce malade ne présente pas des signes d'hystérie, mais il a dans sa famille des tares nerveuses importantes, et son père et sa mère étaient tous deux de grands alcooliques.

Les symptômes qu'il présente s'associent à un état mental particulier, à une instabilité singulière, de manière qu'on doit classer son état dans l'ordre des psychasthénies. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques* du 10 mars 1903.)

LXXIII. **Deux cas de polynévrites chez deux blennorrhagiques ;** par MM. les Drs Raymond et Cestan.

L'histoire de la gonococcie s'est enrichie de faits nouveaux probants, grâce à la connaissance plus parfaite des milieux de culture et des conditions de vitalité du gonocoque. Il existe donc de véritables métastases gonorrhéiques qui peuvent porter sur l'appareil locomoteur, sur l'appareil circulatoire, le rein, etc... Le système nerveux n'est point à l'abri de l'action, soit du gonocoque lui-même, soit de ses toxines et les deux observations publiées par les auteurs montrent que le système nerveux périphérique n'est pas épargné. Il s'agit, en effet, de deux malades qui, au cours d'une blennorrhagie ont été atteints l'un d'une polynévrite sensitivo-motrice généralisée aux quatre membres et à la face, à forme de polynévrite ascendante, avec un minimum d'intensité sur les membres qui n'ont jamais présenté la réaction de dégénérescence et ont vite récupéré leur motilité, avec un maximum d'intensité sur les muscles de la face qui ont présenté, au contraire, une D R très accentuée et sont très parésiés ; l'autre d'une polynévrite à forme pseudo-tabétique mais sans troubles des réactions électriques et à pronostic très favorable.

Y a-t-il donc des conditions particulières de virulence du gonocoque, d'association microbienne, de prédisposition du terrain par une intoxication antérieure telle que l'alcool? la blennorrhagie a-t-elle agi comme cause favorisante? Au contraire, la névrite blennorrhagique est-elle spécifique? Ce sont là autant de questions sans réponse à l'heure actuelle. (*Revue neurologique*, février 1901). E. Blin.

LXXIV. Paraplégie flasque avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde; par M. LANNOIS. — (*Société médicale des hôpitaux de Lyon.* 10 janvier 1902).

M. Lannois publie l'observation d'une femme de quarante et un ans qui présentait l'ensemble des symptômes que l'on trouve dans les sections complètes de la moelle à la région cervico-dorsase, c'est-à-dire la paraplégie flasqué avec l'anesthésie complète à tous ses modes et l'exagération de la tonicité des sphincters. Mais au lieu de présenter de l'abolition des réflexes, comme l'ont démontré les recherches de Bastian, Van Gehuchten et récemment Crocq; et contrairement aux données de la physiologie classique, il existait chez la malade de M. Lannois une exagération manifeste des réflexes rotuliens et une trépidation épileptoïde indéfiniment persistante. — A l'autopsie, on trouva une carie tuberculeuse sans pus, de la 7e cervicale et des trois premières dorsales avec affaissement du corps de ces quatre vertèbres, réduit à une hauteur de 6 à 7 millimètres. La moelle était totalement ramollie sur une hauteur de 3 centimètres et demi. Il semble qu'il y ait macroscopiquement une interruption complète.

L'auteur rappelle l'opinion émise par Crocq dans son rapprot au Congrès de Limoges de 1901, d'après laquelle il tend à admettre que la voie conductrice du tonus musculaire et des réflexes appartient aux voies longues, sauf dans certaines conditions dans lesquelles les voies courtes continuent à être perméables. Cette opinion ne pourrait expliquer les phénomènes observés. — M. Lannois pense que si il est vrai que les voies courtes cessent d'être la voie conductrice des incitations au profit des voies longues, rien ne prouve qu'elles soient détruites et qu'elles ne puissent pas, à un moment donné reprendre toute leur importance. Ne peut-on penser qu'il y a des variétés individuelles et que certaines personnes continuent à se servir de leurs voies courtes en même temps que de leurs voies longues. Il explique par le mécanisme de l'emploi récupéré des voies courtes, ce qui s'est produit chez sa malade. — En premier lieu compression de la moelle, irritation des faisceaux descendants (faisceau pyramidal, de Monakow, etc.) mise en état d'excitabilité des myoneurones, de sorte que, lorsque la section médullaire a été complétée plus tard, la moindre incitation passant par les voies courtes rappelées à l'exercice, a suffi pour donner des réflexes exagérés.

L'auteur met aussi en évidence l'important phénomène de la dissociation de l'état du tonus musculaire et des réflexes tendineux. Les muscles sont séparés par la section médullaire de leur centre tonique cérébral, d'où paralysie flasque, tansdis que les réflexes tendineux et quelques réflexes cutanés se font pas les voies courtes médullaires. G. CARRIER.

LXXV. **Formes cliniques du tremblement dans la paralysie agitante,** par COLLET (*Société des sciences médicales de Lyon.* 15 janvier 1902).

M. Collet a recherché les formes anormales du tremblement dans la paralysie agitante, ce symptôme étant un des caractères presque essentiels de la maladie de Parkinson.

D'après ses recherches, l'auteur range en quatre groupes les formes anormales de tremblement :

1° Les cas où le tremblement est absent ;

2° Les cas où le tremblement s'étend à des parties du corps qu'il n'intéresse pas habituellement ;

3° Les cas où le tremblement est unilatéral ;

4° Les cas où le tremblement, bilatéral d'abord devient unilatéral dans la suite.

M. Collet cite à l'appui des observations de ces différentes formes cliniques du tremblement. G. C.

LXXVI. **Paralysies et crises laryngées dans le tabes ;** par M. COLLET (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 5 février 1902).

M. Collet a pu réunir trois observations de tabes avec paralysies et crises laryngées, qui lui suggèrent les conclusions suivantes : 1° La paralysie des dilatateurs de la glotte peut simuler la crise laryngée. Il faut donc analyser de près les symptômes avant de conclure à l'existence des crises laryngées ; 2° La paralysie des dilatateurs de la glotte prédispose aux crises laryngées, les rend plus fréquentes et plus graves, mais ne les cause pas. Leur origine doit être recherchée dans une irritation réflexe du nerf laryngé supérieur ; 3° Il y a habituellement, dans les cas de paralysie des dilatateurs de la glotte, coexistence d'une tachycardie assez marquée. G. C.

LXXVII. **Syphilis cérébrale ? Souffle céphalique ;** par M. CLEMENT (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 14 février 1902).

Il s'agit d'un jeune verrier de dix-sept ans, qui présente depuis trois mois des céphalies quotidiennes dès son réveil, qui se dissipent au bout de quelques heures. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital les douleurs de tête sont devenues permanentes, avec exacerbation nocturne. En même temps sont apparus les bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue et une certaine tendance au vertige. Il aurait eu deux ou trois fois des vomissements.

A l'examen ophtalmoscopique on constate une neuro-résinite double, plus accusée à droite. Il s'agissait donc d'une compression cérébrale, probablement par une tumeur, siégeant dans les parties tolérantes du cerveau et dans l'hémisphère droit ; le malade ne

présentait pas d'autres phénomènes nerveux, ni de paralysie des nerfs craniens.

Se basant sur de faibles indices tels que l'épatement du nez, la mauvaise conformation des dents, la présence d'un ganglion occipital, M. Clément pense à de la syphilis héréditaire, et institue un traitement mixte qui au bout d'une dizaine de jours procura au malade une certaine amélioration.

Les bourdonnements d'oreille ayant persisté, l'auteur pratiqua l'auscultation de la tête. Il trouva, en appliquant le sthétoscope sur le crâne du côté droit, un souffle systolique intense, prolongé, à caractère musical par intervalles : la raisonnance est un peu creuse ; son maximum est à la région pariétale au-dessus et un peu en arrière du sommet de l'oreille. Il se propage en s'atténuant, soit vers le front, soit vers l'occiput. Il n'existe pas du côté gauche. Il n'y a pas de souffle anémique au cœur, pas de souffle dans les carotides. La compression de la carotide droite fait cesser le souffle céphalique, ainsi que le bourdonnement ; la compression de la cacotide gauche l'augmente. Pas de souffle oculaire, ni frémissement, ni battement dans la région crânienne.

M. Clément pense qu'il s'agit d'un bruit vasculaire lié à l'existence d'une lésion cérébrale. Ce phénomène pourrait être dû, dit l'auteur, soit à une artérite syphilitique avec végétation dans la la lumière du vaisseau ; soit à une artérite, avec anévrisme ; soit enfin à la présence d'une gomme cérébrale ou de plaques sclérogommeuses des méninges comprimant une artère ; il ne s'arrête à aucun diagnostic et ne fait que signaler le fait. G. Carrier.

LXXVIII. **Paralysie générale et syphilis en apparence bénigne** ; par M. Devay (*Echo médical de Lyon*, n° 2, 15 février 1902, p. 33).

M. Devay met en évidence le rôle important que joue la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. D'après sa statistique, elle est certaine dans une proportion de 50 p. 100, et incertaine dans une proportion de 30 p. 100. Pour l'auteur, l'origine syphilitique de la paralysie générale n'est presque plus à discuter ; c'est un accident parasyphilitique dont les symptômes peuvent rétrocéder grâce à un traitement intensif par les injections de calomel et l'iodure de potassium à hautes doses.

L'auteur publie quatre observations dans lesquelles il attire l'attention sur la rapidité avec laquelle les symptômes paralytiques ont succédé à l'accident initial (quatre à cinq ans) d'une intensité très atténuée, et sur la gravité ultérieure d'accidents syphilitiques très bénins en apparence. Il affirme en outre sa croyance à la possibilité d'amender le processus paralytique par un traitement spécifique intensif et prolongé. G. C.

LXXIX. **Sclérodermie et atrophie musculaire**; par M. VACHER (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 19 février 1902).

Dans l'observation publiée par M. Vacher on constate aux deux mains, mais plus marquée à gauche : 1° une atrophie musculaire des plus nettes des muscles des éminences thénar et hypothénar, interosseux et lembricaux avec ses symptômes cliniques; l'atrophie respecte les avant-bras.

2° Un état remarquable de la peau de la main qui est rose foncée avec lignes papillaires et grandes lignes palmaires très accusées. Elle est épaissie et adhérente, rugueuse au toucher, se laissant difficilement pincer entre les doigts. Cet état se prolonge sur la face dorsale au niveau des deuxième et troisième phalanges des doigts seulement, alors qu'à la face palmaire ils sont atteints dans toute leur étendue. Les ongles sont amincis. Pas de troubles de la sensibilité. Subjectivement, la malade n'accuse qu'une sensation de froid.

Cette observation est intéressante par l'association d'une atrophie musculaire du type myélopathique à la sclérodermie et vient à l'appui de l opinion des auteurs qui ont trouvé des lésions nerveuses dans cette dernière affection. G. C.

LXXX. **Cas d'hémiatrophie progressive de la langue et de la face**; par Alice WOODS (de San Francisco.)

Le cas présente ceci de particulièrement intéressant qu'il a débuté peu de temps après une scarlatine chez une enfant jeune (cinq ans). La paralysie siège à droite, tandis que beaucoup d'observations lui assignent une prédilection pour le côté gauche. Enfin la migraine dont elle souffrait souvent avant que la paralysie se développât a diminué à mesure que cette dernière progressait. (*Occidental med. Times*, décembre 1901).

LXXXI. **Un cas de myopathie avec réactions électriques normales**; par F. ALLARD (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1-1902).

Enfant de huit ans présentant le tableau complet de la myopathie primitive avec cette particularité : aucun des muscles ne présentait de diminution sensible des excitabilités électriques galvaniques et faradiques. Ce qui semblerait démontrer que, au cours des myélopathies, la fibre musculaire subit des altérations variées et que tandis que dans la plupart des cas ces altérations se traduisent par une diminution quantitative des excitabilités électriques, dans quelques cas au moins elles pourraient ne modifier en rien l'état de la conductibilité électrique. R. C.

LXXXII. **Une variété peu commune de myopathie atrophique progressive**; par Ed. Long (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1902).

Symptomatologie complète de la maladie avec cette particularité rare : Début du processus atrophique par les muscles de la nuque, de la région postérieure du tronc et de la ceinture pelvienne, d'où attitude et imptoence extraordinaires. Rappelant les nombreuses variétés déjà cataloguées (types de Landouzy et Déjerine, d'Erb, de Leyden-Mobius, de Zimmerlin, d'Eichhorst, etc.), l'auteur estime que les variantes symptomatiques de l'atrophie musculaire progressive ne méritent plus qu'on en fasse des types spéciaux. R. Charon.

LXXXIII. **Une myopathie avec rétractions familiales**; par Cestan et Lejonne (*Nouv, Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1,1902).

Famille de 4 enfants (sans antécédents héréditaires) dont deux l'un de vingt-cinq ans, l'autre de treize ans, présentent une myopathie à symptômes très accentués et généralisés, atrophie scléreuse extrême avec rétraction des membres supérieurs et inférieurs qui sont plus accentués chez l'aîné et qui dans les deux cas se sont manifestés dès le début de l'affection. R. C.

LXXXIV. **Sur un nouveau cas d'amyotrophie à type Charcot-Marie**; par Soca (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1,1902)

Femme de quarante-six ans ayant un père atteint de la même affection : amyotrophie, réaction de dégénérescence, troubles des sensibilités, localisation nette aux membres inférieurs, intégrité de la racine des membres avec les particularités nouvelles : douleurs fulgurantes et narcolepsie ayant débuté dès l'origine de la maladie qui remonte à vingt-six ans. L'auteur se demande s'il faut voir là de simples coincidences ou de nouveaux symptômes à signaler dans le type Charcot-Marie. R. C.

LXXXV. **De la myotonie atrophique** (*Contribution à la théorie des myopathies*); par Rossolimo (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1,1902).

Observation ainsi résumée par l'auteur : un homme d'âge moyen présente depuis trois ans des phénomènes myotoniques généralisés de la face, du cou, du tronc et des membres. L'examen anatomique des muscles dénote toutes les propriétés caractéristiques de la myotonie (maladie de Thomsen). Plus tard à ce tableau commencent à se surajouter, comme particularités atypiques, des phénomènes d'atrophie musculaire progressive dont le degré se montre proportionnel à la gravité du phénomène myotonique,

avec troubles qualitatifs et quantitatifs de l'excitabilité électrique et affaiblissement de tous les réflexes tendineux. R. C.

LXXXVI. **Sur les affections de la queue de cheval et du segment inférieur de la moelle.** Leçon de M. le Pr Raymond (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2,1902).

LXXXVII. **Infantilisme dégénératif** (*type Lorain*) **compliqué de dysthyroïdie pubérale** (*type Brissaud*) ; par Dupré et Pagniez (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2,1902).

Observation intéressante par l'analyse des facteurs successifs de l'arrêt de développement. Hérédo-alcoolisme, accouchement prématuré avec présentation du siège, retard de la dentition, de la marche, du langage, de l'intelligence. Infantilisme héréditaire d'origine toxique. Série d'infections infantiles pendant les premières années de la vie, coqueluche, scarlatine, impétigo et fièvre typhoïde. Infantilisme acquis, d'origine infectieuse. Evolution pubérale rudimentaire, syndrome myxœdémateux. Infantilisme dysthyroïdien. R. C.

LXXXIII. **Syndrôme de Little** ; par G. Daniel (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2,1902).

L'auteur montre ce qu'il y a de vague et d'incertain dans le tableau clinique et anatomo-pathologique de cette affection, il rappelle la définition proposée par Van Gehuchten ; « naissance avant terme, contracture spasmodique des membres, absence de lésions cérébrales, tendance à la guérison spontanée et progressive. » Il présente plusieurs cas dans lesquels on trouve tantôt la naissance à terme, l'aggravation progressive des symptômes, le début plusieurs années après la naissanse et encore l'adjonction d'autres symptômes ; nystagmus, parole spasmodique, ou l'absence des lésions médullaires à l'autopsie. La diversité de ces cas indique l'intérêt qu'il y aurait à définir sous un terme moins général que « syndrôme de Little » les diverses affections qui s'y rapportent. R. C.

LXXXIX. **Diplégie faciale congénitale avec paralysies oculaires et troubles de la déglutition** ; par Decroly. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 23).

Il s'agit d'un enfant de sept semaines, né à terme dans de bonnes conditions, qui est atteint depuis sa naissance d'une double paralysie faciale accompagnée d'ophthalmoplégie et de troubles de la déglutition attribuée, d'après l'auteur, à une atrophie ou une aplasie des noyaux bulbaires et prébulbaires, aplasie qui remonte même peut-être plus haut mais dont les symptômes (contracture,

faiblesse intellectuelle, troubles du langage) ne s'accuseront que plus tard. G. D.

XC. **Poliomyélite chronique** ; par le Dr Debray. (*Journ. de neurologie*, 1902, n° 24).

Il s'agit d'un homme de soixante ans, qui fut pris en pleine santé d'un ictus auquel succéda une atrophie musculaire du type de Duchenne sans réaction de dégénérescence au niveau de tous les muscles atrophiés. L'auteur crut pouvoir rattacher cette atrophie musculaire à une lésion d'origine musculaire des groupes cellulaires qui correspondent dans la corne antérieure aux muscles de la main : la situation, à la partie supérieure des cornes grises, de ces groupes cellulaires explique que dans les cas de thrombose ou d'embolie de l'artère centrale, ils ne puissent, comme les groupes cellulaires antérieurs, recevoir du sang des rameaux périphériques provenant des intercostales. G. Deny.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXVI. **Nouvelles communications sur les champs myélogènes de l'écorce du cerveau de l'homme** ; par P. Flechsig. (*Neurolog. Centralbl.* XXII. 1903).

L'auteur possède actuellement en tout 52 séries de coupes d'encéphales de fœtus et d'enfants qui comprennent les phases les plus importantes du processus de myélinisation de l'écorce. D'où cette nouvelle annexe aux communications précédentes. (Voyez *Archives* de *Neurologie* t. 1. p. 375, 1896. — t. 7. p. 154 : 1899. — et Congrès des physiologistes de Turin 1901).

1°. — Le nombre des champs en question est vraisemblablement arrêté à 36. — 2°. La *première pariétale* comprend trois champs, notamment un territoire situé à sa face externe, généralement caché dans le sillon interpariétal, caractérisé par une myélinisation très précoce, mais non chez les nouveau-nés encore peu développés : ce n'est que chez les enfants venus à terme de 4 semaines environ que la formation de la myéline est assez avancée pour qu'on puisse en préciser les variations en grandeur et en longueur. M. Flechsig lui donne le numéro 14. Ce serait un champ primordial tardif.

Formant le dizième environ de la première pariétale, limité en dehors par le pli courbe, il serait équitablement désigné sous le

nom de *circonvolution sus-angulaire*. Parfois constituant un pli de passage, parfois contigu en large et en long à la face externe de la 1re pariétale, elle est limitée en avant par la zone marginale de la partie supérieure de la pariétale ascendante (région des membres inférieurs successivement étiquetée sous les numéros 18 et 16 qui décidément doit être numérotée 18.) En arrière et en dehors elle est entourée du champ successivement numéroté 26, 22, qui, en arrière atteint à la 1re occipitale. Cette circonvolution sus-angulaire ressemble étonnamment quant au volume et à la disposition de ses fibres à lacirconvolution *sous-angulaire* décrite en 1895 : toutes deux acquièrent leurs manchons de myéline presque en même temps.

Impossible de dire si elle reçoit un appoint de la couronne rayonnante : chez le nouveau-né à maturité on a l'impression que la substance blanche de la pariétale ascendante lui envoie en arrière quelques fibres myéliniques. Le petit nombre d'éléments empêche de parler de trousseaux de la couronne rayonnante et il s'y mêle des fibres arciformes de la pariétale ascendante, de sorte qu'il pourrait bien y avoir quelques fibres de projections isolées.

Mais de très bonne heures apparaît un faisceau radiaire qui se porte dans la direction de la couronne rayonnante de la circonvolution de l'ourlet, en arrière ; c'est un *faisceau du corps calleux*, dont le développement précoce est d'autant plus frappant qu'il est situé dans le corps calleux, entre les trousseaux calleux du pli courbe, lesquels appartiennent au territoire terminal n° 36 et se développent, c'est-à-dire s'entourent de myéline extrêmement tard. *Ce faisceau calleux de la circonvolution sus-angulaire ou champ n° 14 n'est pas un faisceau de la couronne rayonnante.*

3° La *partie supérieure (antérieure) de la première occipitale*, qui forme entre autres aussi le segment supérieur du coin, rattachée jadis à la sphère visuelle, *n'appartient décidément pas à la sphère visuelle*. Celle-ci ou sphère primaire *visuelle* de la raie de Vicq d'Azyr est le champ n° 4. La zone en question est le n° 8. Le développement histologique de ces deux cases est tout différent : elles ne fusionnent pas directement et sont séparées par une bande corticale étroite qui se développe plus tard. La radiation optique primaire ne se jette que dans le champ de Vicq d'Azyr. — Presque en même temps que la case 8, les fibres nerveuses se myélinisent dans une région de l'écorce qui entoure en arrière et en dehors la sphère visuelle primaire (région polaire externe), et mérite le n° 17 : de nouvelles observations montrent qu'une portion de cette région se développe plus tôt et doit recevoir un numéro spécial (recherches en train).

4° *Ordre de succession des champs myélogènes.* — Le n° 1 a été donné aux ascendantes, le n° 2 à la sphère olfactive. Voici un fœtus de 34 centimètres de long chez lequel la bandelette olfactive

contient déjà de la myéline, quelques fibres à myéline occupent l'écorce de la circonvolution en crochet et la lame perforée antérieure tout contre le début de la scissure de Sylvius, tandis que l'écorce des ascendantes est encore amyélinique : sans doute un trousseau myélinique de 100 fibres s'élève du globus pallidus vers les ascendantes, mais il perd ses gaines de myéline à 1 ou 2 millimètres de l'écorce. Faudrait-il donc se déjuger ?

5° La disposition et le mode d'évolution des fibres corticales prématurément myélinisées présentent dans les divers champs corticaux des différences caractéristiques qui permettent de distinguer le type moteur du type sensitif. Le premier est surtout accentué dans la frontale ascendante, le second, dans la temporale transverse postérieure. Aucun des deux ne se trouve dans les circonvolutions sus et sous-angulaires : disposition spéciale (radiaire) de leurs fibres, rappelant un peu le type moteur mais aussi voisine du type calleux (?),

6° A tout trousseau sensitif (centripète) des organes centraux doit correspondre un trousseau moteur. Le système de projection de l'écorce semble satisfaire à cette dualité. La radiation tactile et le faisceau pyramidal, la radiation optique primaire et secondaire constituent des composés de ce genre. Même réflextion pour la radiation auditive et le faisceau de Türk, pour la racine antérieure de la couche optique et le faisceau d'Arnold. L'étude approfondie des dégénérescences secondaires montrent que Déjerine se trompe en faisant provenir les faisceaux d'Arnold de l'opercule, les faisceaux de Türck des 2e et 3e temporales.

7° *Causes de la loi de succession suivant laquelle se forment les sillons de la surface du cerveau.* — C'est de très bonne heure que se forment les sillons à l'intérieur ou sur le bord des territoires primordiaux : ils ne se forment qu'à la fin à l'intérieur des territoires terminaux. Leur succession émane donc pour une bonne part au moins des relations du développement intérieur des lobes cérébraux. Pour en apprécier le code il faut seulement distinguer entre les sillons transitoires et les sillons permanents.

La *scissure de Sylvius* forme une *exception*. Elle est, en effet, entourée d'un nombre extraordinairement grand de champs myélogènes corticaux, de onze au minimum, tant territoires primordiaux qu'intermédiaires, et même d'une case qui est presque un territoire terminal. Par contre, le sillon de Rolando, la scissure calcarine, le sillon de l'hippocampe sont chacun en dedans d'un champ cortical de sorte qu'on est autorisé à parler ici de sillons sensoriels, c'est-à-dire de sillons qui servent à agrandir une sphère sensible. Tous se produisent de bonne heure.

Les *divers segments du sillon interpariétal* ont une genèse fractionnée. D'abord se produit la partie la plus antérieure, celle qui est contiguë à la pariétale ascendante (champ n° 1 ancien) ; puis

c'est la portion la plus postérieure, celle qui limite en dehors le champ n° 8; enfin apparaît le segment moyen situé entre les champs n° 14 (nouveau), et 34.

Du premier sillon temporal, se développe d'abord *la partie qui limite* le champ n° 5 (sphère auditive de 1901), et, beaucoup plus tard, celle qui est située entre les champs n° 18 (1901) et 36. Tout cela signifie que : « où il y a des districts corticaux hâtifs, existent aussi des sillons précoces. »

Les coupes en séries donnent l'impression que *les faisceaux de la couronne rayonnante*, dans les zones où ils sont très épais, — radiation tactile des ascendantes, radiation optique — chassent devant eux l'écorce, et que, partout où on trouve la maturité précoce des faisceaux de la couronne rayonnante, apparaît également de bonne heure la segmentation à l'aide de sillons, en un mot, l'édification des circonvolutions. Comme ce n'est qu'en certains endroits de l'écorce que la couronne rayonnante est dense, il s'ensuit des différences naturelles dans la segmentation à l'aide de sillons des divers territoires corticaux. Inversement, on constate l'apparition tardive de sillons dans les zones où de longs faisceaux d'association nombreux et puissants (à développement tardif), et des trousseaux calleux, tardifs aussi, se joignent à l'écorce ; exemples : champs corticaux n^{os} 35 et 36 de 1901 anciens 40 et 38 de 1898. *Il ne saurait donc plus y avoir de doute sur l'existence d'un rappport de cause à effet entre le développement par cases de l'écorce entre les champs corticaux myélogènes, et l'époque de la formation des sillons définitifs, c'est-à-dire des circonvolutions permanentes.*

P. Keraval.

XXVII. **Lenteur des pupilles à l'accomodation et à la convergence**; par J. Strasburger. — **Du mouvement myotonique des pupilles** ; par A. Saenger. — **De la lenteur dite myotonique à la convergence des pupilles immobiles à la lumière** ; par Nonne. — **Lenteur des pupilles à l'accomodation et à la convergence, ou mouvement myotonique des pupilles** ; par J. Strasburger. — **Du terme de mouvement myotonique des pupilles**; par A. Saenger. (*Neurolog. Centralblatt*, XXI. 16, 18, 21, 22, 24. 1902). — **De la contracture du sphincter irien des pupilles immobiles à la lumière, pendant la réaction à l'accomodation et à la convergence**; par M. Rothmann. — **De la réaction neurotonique des pupilles** ; par J. Piltz. (*Neurolog. Centralblatt* XXII. 1903.)

Les observations de Strasburger, au nombre de trois, concernent des jeunes gens syphilitiques atteints d'immobilité des pupilles à la lumière soit d'un côté, soit des deux et présentant en outre une réaction lente quoique complète à l'accommodation et à la convergence de la pupille immobile ou non à la lumière. C'est ce

que Saenger appelle le mouvement myotonique des pupilles, déjà observé par Piltz chez le paralytique général mais seulement à la suite de la contraction volontaire énergique de l'orbiculaire palpébral. Saenger en donne une autre observation où ce phénomène se produit tant à l'accommodation et à la convergence que par la fermeture de la paupière chez un tabétique à longue évolution (?) ; il tend à croire qu'il s'agit d'une lésion périphérique siégeant dans l'iris, quelque chose d'analogue au trouble myotonique de la maladie de Thomsen, le microscope cornéen de Westien ayant décelé des troubles trophiques de l'anneau irien. M. Nonne apporte deux nouvelles observations dans lesquelles, au lieu de syphilis et d'affection spinale, existait diabète sucré et alcoolisme, qui permettent de penser à un trouble localisé dans la branche centrifuge de l'arc réflexe : il croit à une altération tonique du mouvement de convergence des pupilles immobiles à la lumière, d'origine périphérique et musculaire.

M. Strasburger n'accepte pas l'expression de mouvement myotonique des pupilles pour les raisons suivantes. Absence de toute myotonie ; dans la myotonie de Thomsen, les muscles oculaires sont exceptionnellement atteints tandis qu'ici ils sont seuls affectés. Le décours du mouvement des pupilles a, avec la maladie de Thomsen, le seul point commun de la lenteur et de la durée ultérieure de la contraction : dans la myotonie, l'exercice des mouvements musculaires vient à bout de la raideur, ici, la répétition accélère sans la détendre la réaction. La raréfaction du tissu irien est juste le contraire de l'augmentation de volume du muscle myotonique : la perte de substance de certains muscles est tardive dans la maladie de Thomsen, et, d'ailleurs, la raréfaction d'un muscle ne prouve pas une affection musculaire idiopathique.

M. Saenger insiste sur la durée de la contraction et la lenteur de la dilatation finale de la pupille pendant le phénomène. Dans son observation et celles de Piltz, Strasburger, Nonne, la contraction persiste, la dilatation s'effectue infiniment lentement ; le terme de mouvement tonique consigne précisément la contraction tonique du muscle irien. Ce à quoi répond M. Rothmann que les cas de Strasburger et de Saenger diffèrent. Le premier témoigne du simple ralentissement de l'ensemble des phases du phénomène, de la paresse de la pupille. Celui de Saenger montre la fixation pendant plusieurs minutes de la pupille à son plus fort état de contraction, c'est-à-dire la *contracture*, Nonne également. Voici une observation dans laquelle on a vu se développer cette contracture à la phase de régression partielle d'une paralysie complète du sphincter irien. Il y a donc *deux formes de réaction lente de la pupille à l'accommodation et à la convergence*, dont l'une, celle de Strasburger, est le prodrome faible de celle de Saenger. Ces deux formes émanent de l'atrophie progressive et de la contracture du

sphincter irien parésié et se peuvent développer sur le terrain de multiples processus aigus et chroniques lésant le territoire nucléaire ou les fibres nerveuses du sphincter. En attendant les recherches microscopiques éventuelles, ces observations prouvent que *la paresse des pupilles et la contracture du sphincter irien à l'accommodation et à la convergence que l'on observe sur les pupilles inertes à la lumière tiennent à une altération périphérique du sphincter de l'iris.*

Revisant les faits relatifs à la manière d'être des pupilles dans le cours des maladies organiques du système nerveux central, M. Piltz en vient au phénomène pupillaire en question décrit par lui, Strasburger, Saenger et Nonne, auquel il attribue deux caractères: une certaine paresse du mouvement de la pupille, une remarquable persistance ultérieure de la contraction qui s'est installée. En d'autres termes, la contraction de l'iris à la convergence et à l'accomodation, voire à la convergence seule, ne s'effectue que très lentement, et l'iris demeure contracté plusieurs secondes, minutes, ou heures pour ne se dilater que graduellement. Il est probable qu'il s'agit de certaines altérations pathologiques du centre irien ou de la branche centrifuge de l'arc réflexe du muscle irien. Mais il y a plusieurs espèces de ce phénomène. — 1° Il est des cas où la cause doit en être cherchée dans une affection du système nerveux central: on a affaire alors à la *réaction pupillaire neurotonique*; neurotoniques sont ici la réaction à la lumière, la réaction à l'accommodation, la réaction à la convergence, la réaction des pupilles par contraction de l'orbiculaire. — 2° L'expression de *réaction pupillaire myotonique* convient aux cas où l'on constate certaines altérations pathologiques dans le tissu même de l'iris et où la *forme myotonique du mouvement des pupilles* apparaît à l'examen des réflexes pupillaires encore conservés. — 3° La réaction neurotonique et la réaction myotonique des pupilles peuvent être désignées sous le nom commun de *réaction tonique, mouvement tonique, forme tonique du mouvement des pupilles.*

P. Keraval.

Conférences de médecine légale psychiatrique (3e trimestre scolaire). M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, est chargé du cours de médecine légale psychiatrique, 3e série de conférences, les mercredis et les samedis à 1 h. 1/2, 3, quai de l'Horloge. (La conférence du mercredi sera consacrée à des exercices pratiques de diagnostic.) Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté à MM. les Docteurs en Médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur 4e examen de doctorat. Après trois mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 avril 1903. — Présidence de M. G. Ballet

M. Ritti, secrétaire général, donne lecture d'une communication de M. Prou, intitulé :

Le rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale.

Les organes internes ne sont pas seulement la « brute dynamique » de Bichat : ils interviennent aussi pour une part importante dans l'évolution et la constitution de la vie mentale.

I. — En effet, la vie végétative régit la nutrition des centres nerveux supérieurs tout aussi bien que celle des muscles et des os. Le cerveau de l'enfant, à sa naissance, ne pourra conserver les sensations qui lui viennent du monde extérieur, l'adolescent et l'adulte ne pourront poursuivre leur éducation, conserver et augmenter les acquisitions passées, rester normaux que si aucun trouble somatique n'entrave le développement de la vie végétative, l'évolution parallèle des deux vies, sympatique et intellectuelle.

II. — L'écorce du cerveau étant le lieu où aboutissent les terminaisons nerveuses de l'organisme périphérique et des viscères, les excitations qui portent sur ces terminaisons parviennent immédiatement à l'encéphale et modifient plus ou moins le dynamisme mental selon que le trouble viscéral, fonctionnel, survient brusquement et dure peu (aphasie transitoire par simple indigestion chez l'enfant, cas de Kénock) ou s'installe à demeure fixe dans l'organisme physique (psychoses d'origine génitale ; hypochondrie par ptose rénale ; transformation du caractère et des goûts après l'émasculation). Si l'affection somatique chronique passe à l'état aigu, il y a délire ou perte de la connaissance, c'est-à-dire abolition de la conscience pendant la durée de la crise. Si la maladie est ancienne et a subi de fréquents paroxysmes, la raison tout entière peut sombrer à tout jamais, vaincue par la vie végétative.

Sur un cas de délire de Mediumnité.

MM. Ballet et Dheur. Cette observation est celle d'un malade qui a été en proie à un délire des plus intenses, mais qui reposait

uniquement sur des troubles cérébraux en tout point analogues à ceux que l'on observe chez les médiums. L'état mental des « aliénés » de ce genre semble n'être que l'exagération, le grossissement de l'état mental propre à tous les médiums.

Lorsqu'on étudie, en effet, au point de vue de sa physiologie pathologique l'état mental d'un médium, on voit qu'il résulte d'une désagrégation plus ou moins complète de la personnalité avec intervention des phénomènes subconscients et hallucinations consécutives.

Que le médium fasse marcher une table, qu'il écrive automatiquement, qu'il entende une voix, il attribue toujonrs à un être imaginaire des phénomènes dont la plus grande part revient à une personnalité seconde qui existe en lui et qu'il ignore.

Or, ce qu'on observe chez les médiums, c'est aussi ce qu'on observe considérablement grossi chez des médiums (semblables à celui de l'observation) qui, obéissant aveuglément à l'esprit, fait des tentatives de suicide et d'homicide, se livrent à des actes extravagants les plus variés et passent avec raison pour de véritables aliénés. Cependant il n'y a aucune différence fondamentale entre le trouble mental de ces aliénés et celui des médiums ordinaires.

Délire-hallucinatoire avec idées de persécution consécutif à des phénomènes de médiumnité.

MM. Gilbert Ballet et Monier-Vinard. Chez le malade dont l'observation a été présentée, aux phénomènes ordinaires de l'état médiumnique (communication avec les esprits, écriture automatique) se sont surajoutées des hallucinations extrêmement intenses de tous les sens, et plus particulièrement de la vue et de l'ouïe. Leur variété, leur mobilité sont extrêmes. Mais en outre, la tendance au dédoublement de la personnalité consciente qui caractérise tout médium s'est progressivement accentuée, et maintenant, le malade rappelant en cela le visionnaire Swedenborg, effectue de nombreux voyages dans les astres. Il parcourt surtout la planète Saturne et, par écrit, il donne le récit de ses excursions, décrivant le pays, le langage, les mœurs de ses habitants. Des idées de persécution se sont développées aussi. La débilité mentale du sujet est le facteur étiologique de tous ces troubles.

M. G. Ballet. — Le malade dont il est question dans cette observation est très intéressant : 1° au point de vue de la psychologie psychologique du médium; 2° parce qu'il est la représentation de la personnalité de Swedenborg, cet homme éminent qui, toute sa vie, est allé se promener dans les astres. C'est pour ainsi dire un Swedenborg au petit pied avec cette différence que Swedenborg était une puissante intelligence tandis que notre malade est un imbécile.

Le malade, M. X..., est introduit. Il raconte ses voyages dans Saturne — de la mer Saturnine jusqu'à Rostoff (nom qu'il a vu écrit là-bas).— Saturne est une terre abandonnée dont les habitants parlent un grec écorché (sic). Il est, dit-il, spirite ; il peut quitter son lit et part comme un nuage, comme la fumée d'une cigarette. Une fois arrivé dans Saturne, il retrouve son corps matériel. Un esprit s'est emparé de lui, l'esprit de sa défunte (femme) qui le fait écrire; mais il ne sait jamais d'avance ce qu'il va écrire, etc.

M. Boissier donne le résumé d'une observation analogue de *délire chez un médium*. Observation qui sera communiquée *in extenso* ultérieurement.

M. Christian fait la remarque que ces observations ressemblent aux observations de démonomanie publiées autrefois dans Esquirol, Michéa, Calmeil et la vie des Saints. Il distingue deux catégories de médiums, le médium soi-disant raisonnable qu'on rencontre dans la société et celui qui, à cause de l'intensité de ces troubles délirants, ne peut y vivre. Les hallucinations, les troubles de la sensibilité sont attribués à l'influence des esprits. On était autrefois sous l'influence d'Asmodée ou d'Astharoth. Les démonomanes, tout comme les médiums, allaient en voyage : s'ils n'allaient pas visiter Saturne, ils allaient au sabbat.

M. G. Ballet s'associe aux remarques de M. Christian, il ne s'agit pas d'une forme psycho-pathique nouvelle. En présentant ces observations, les auteurs n'ont eu pour but que de rechercher comment nous, médecins, pouvons interpréter l'état mental des médiums. Il y a des degrés divers depuis le spirite banal jusqu'au médium écrivant. Le fait constant, chez le médium, c'est la tendance à la dissociation de la personnalité, c'est la désagrégation arrivant à favoriser le développement des hallucinations auditives et visuelles [1].

M. Christian. — On observe la même gradation dans la démonomanie. Chez les théomanes également. Au premier échelon, les gens pieux; à un degré supérieur, ces gens sont plus spécialement favorisés de Dieu. Un pas de plus et Dieu leur parle. Ils sont sur le chemin de la folie.

MM. Klippel et Vigouroux présentent trois observations de *paralytiques généraux* qui, bien que n'étant ni cachectiques, ni cardiaques, ni brightiques, ni diabétiques, ont présenté de l'*œdème* fugace. Cet œdème fut uni-latéral occupant chez l'un la jambe, chez un autre il était symétrique et de même siège; chez le troisième il occupait les deux jambes et se manifesta au niveau du dos des deux mains. C'était un œdème mou, blanc, indolore, gar-

[1] Voir à titre de documents : Bourneville, *Iconographie phot. de la Salpêtrière*; — *Louise Lateau ou la stigmatisée belge*; — *Bibliothèque diabolique*, etc.

dant l'empreinte du doigt. Il fut intermittent, d'une durée de trois à cinq jours. La station debout a semblé une condition favorable à son développement, la marche et le repos le faisaient disparaître.

Les trois observations se rapportent à des paralytiques généraux avérés à une période peu avancée de leur maladie. Quelle est donc l'origine de cet œdème, les auteurs écartent l'œdème inflammatoire, l'œdème cardiaque, brightique, diabétique ; l'œdème cachectique ne peut être mis en cause. Chez les paralytiques généraux à la période de cachexie, l'œdème permanent, s'accompagne d'un ensemble de troubles vaso-moteurs et trophiques dus à l'altération des centres nerveux.

Cet œdème précoce montre une défaillance intermittente du système nerveux et traduit l'action de l'infection sur les centres vaso-moteurs, qu'elle se fasse sentir dans les ganglions du sympathique, dans la moelle, dans le bulbe ou au niveau même de l'écorce cérébrale. La précocité de l'apparition de l'œdème permet même d'admettre qu'il faut rapporter ce symptôme à l'encéphalite et que le point de départ de la vaso-paralysie est dans l'écorce au niv au des centres moteurs des membres.

La physiologie n'y contredit pas ; on sait, en effet, que les centres moteurs des membres sont susceptibles d'influencer la circulation des mêmes parties. Il est logique d'admettre que, avant d'être atteint dans son entier, le système vaso-moteur est d'abord altéré dans ses centres les plus fragiles ; de même que dans le système de la vie de relation ce sont les muscles striés dont les mouvements sont les plus délicats qui sont les premiers atteints (muscles des lèvres et de la face, doigts, etc.). Plus tard, les vaso-paralysies s'accusent jusque dans les viscères en produisant le foie, le rein, le poumon vaso-paralytiques.

M. Toulouse. — Les faits rapportés par MM. Klippel et Vigouroux sont très intéressants, en attirant l'attention du médecin sur les cas fréquents où les paralytiques généraux présentent des œdèmes non symétriques à la période de début. Je me rallie complètement à la théorie de M. Klippel. Ces faits sont à rapprocher du dermographisme qu'on rencontre chez les mêmes malades et qu'on peut attribuer à la même cause.

M. Treuel. — J'ai eu précisément l'occasion de voir cet œdème chez le malade dont j'ai présenté l'observation récemment. La paralysie motrice des deux membres supérieurs avait été précédée par un œdème.

M. Arnaud. — Il s'agit d'un symptôme qu'on s'étonne de ne pas voir signalé partout et qu'on rencontre assez fréquemment. Je me rappelle en avoir vu plusieurs cas. Je les ai constatés surtout aux membres supérieurs. Je ne pense pas toutefois qu'ils se présentent à une période aussi précoce.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 26 avril 1902.

Un cas d'hémihypertrophie faciale avec présentation d'une malade.

Dr L. Minor. — Il s'agit d'une fille de trente ans, chez laquelle commença à s'augmenter en volume la moitié droite de la face, approximativement un an après qu'on lui avait fait l'opération d'un abcès profond, s'étant développé du côté droit du cou, sous l'angle de la mâchoire inférieure, à la suite de la destruction morbide d'une glande lymphatique. L'augmentation concernait principalement l'os de la mâchoire inférieure et progressait jusqu'à l'année 1900, lorsque le processus, à ce qu'il paraît, acheva son développement. Ce cas, au premier abord, fait l'impression, ainsi que les cas de Danas, d'une hémiatrophie gauche, mais un examen plus détaillé, vérifié par le professeur d'anatomie D. Zernoff, indique que c'est seulement la moitié droite augmentée, qui est lésée. En s'appuyant sur la pathogénie du cas, l'auteur est porté à reconnaître ici une cause périphérique, sans doute à la suite d'une blessure de la bronche ou du ganglion du nerf sympathique pendant l'opération de la glande. Pour confirmer cette supposition, M. Minor cite les expériences des auteurs étrangers et aussi le travail du professeur Sinitzine. Il présente à l'appui les crânes de lapins, opérés par le professeur Sinitzine, qui a eu l'amabilité de les lui prêter pour cette séance. Sur ces crânes, on voit la différence dans la croissance de la mâchoire et des dents entre le côté sain et le côté opéré. La communication, outre la présentation de la malade, a été accompagnée encore par la démonstration d'une figure moulée de la joue et de la mâchoire inférieure et d'une série de photographies concernant la malade en question et aussi les cas des autres auteurs.

Discussion. — Le Dr N. Postowsky trouve possible que la dystrophie donnée pouvait être congénitale, d'autant plus que la lésion du nerf périphérique n'est pas bien démontrée.

Dr B. Mouravieff voit une cause possible de l'excroissance unilatérale de l'os de face dans la stagnation du sang et de la lymphe, provoquée par la compression par la cicatrice profonde des vaisseaux veineux et lymphatiques correspondants.

Le professeur W. Roth insiste sur ce fait que simultanément on peut observer l'hémiatrophie et l'hémihypertrophie, comme cela a lieu dans le torticolis.

Le Dr Pribytkoff a aussi observé des cas semblables.

Du trouble dissocié de la sensibilité cutanée dans la lésion du tronc cérébral.

Dr G. Rossolymo. — L'auteur communique quatre observations personnelles, dans lesquelles ressortent en premier lieu l'analgésie et la thermoanesthésie simultanément avec le trouble de la coordination de type cérébelleux et avec le trouble de divers nerfs cérébraux.

Cas I. — Malade K..., de soixante-cinq ans. La période initiale de la maladie est apoplectique. Au début, vertige, vomissements et un hoquet incessant. Sphère motrice normale. Affaiblissement du réflexe patellaire droit. Au commencement des fourmillements dans la moitié gauche de la face et la main gauche. La sensibilité tactile partout normale. *Analgésie et thermoanesthésie profondes et très prolongées de la moitié droite du corps et des extrémités droites.* Diabète. Diagnostic : Affection de la moëlle allongée.

Cas II. — Malade B..., quarante-cinq ans. Commencement progressif de la maladie, dans trois accès, céphalalgie, vertige, vomissement, hoquet incessant. *Ataxie des extrémités droites*, de type cérébelleux ; tendance à tomber *du côté droit*. Lenteur musculaire du côté du nerf facial droit. Les mouvements des extrémités sont normaux. Douleurs dans la moitié droite de la tête. Sensibilité tactile normale partout. Un affaiblissement très marqué de la sensibilité douloureuse et thermique dans toute la moitié gauche de la face, de la tête, du tronc et des extrémités gauches. Un petit *affaiblissement du sens musculaire sur l'extrémité supérieure droite.* Disparition progressive des phénomènes morbides sous l'influence d'un traitement spécifique. Diagnostic : Affection spécifique du tegmentum du pont de Varole.

Cas III. — Malade, de quarante-deux ans. Période initiale apoplectique de la maladie. Au début, vomissement, hoquet, vertige. Phénomènes stables. *Ataxie de caractère cérébelleux dans les extrémités droites. Démarche cérébelleuse avec tendance à tomber à droite. Parésie de la portion motrice du trijumeau du coté droit et du nerf pathétique.* Dysphagie. Les mouvements des extrémités sont normaux. Affaiblissement du réflexe laryngé. *Manque des réflexes de la fossette du cœur et abdominaux.* Le sens tactile est sans modifications. Abaissement très profond de la sensibilité thermique et douloureuse sur toute la moitié *gauche* du corps. *Abaissement du goût sur toute la moitié droite* de la langue. Diagnostic : Affection du tegmentum du pont de Varole et de la moëlle allongée.

Cas IV. — Malade P..., quarante-sept ans. Développement de la maladie en quelques heures. Au début : vertige, nausée, vomissement, hoquet opiniâtre de longue durée, trouble de la déglutition,

douleur dans la moitié gauche de la tête. Phénomènes stables : ataxie à caractère cérébelleux dans les extrémités gauches, démarche cérébelleuse avec tendance à tomber à droite. *Rétrécissement et réaction lente de la pupille gauche.* Trouble oculo-moteur *compliqué avec difficulté de rotation des bulbes des yeux à gauche* et avec parésie du muscle droit inférieur du côté droit. Nystagmus rotatoire et vertical plus accentué, lorsque le malade regarde à gauche. Point d'affaiblissements des mouvements volontaires. Affaiblissement du réflexe cornéal gauche. Affaiblissement de tous les réflexes tendineux. Parfois des douleurs fulgurantes dans la région de la branche II du trijemeau gauche. La sensibilité tactile est conservée partout. Profonde anesthésie thermique et douloureuse avec inversion des perceptions des températures extrêmes sur la moitié gauche de la face, principalement dans la branche II du trijumeau gauche et sur la moitié droite du corps, plus bas que la clavicule. Dans deux tiers antérieurs de la moitié gauche de la langue un léger affaiblissement du goût. Diagnostic : Affection spécifique du tegmentum du pont de Varole.

Se basant sur l'étude de ces quatre cas personnels et les comparant avec huit cas, décrits par d'autres auteurs, dont deux ont été suivis d'autopsie (Walenberg et Lactanie et Monakow), le rapporteur trouve possible (1) d'instituer le tableau clinique, consistant en symptômes basilaires et accessoires, où en premier lieu il envisage l'analgésie et la thermoanesthésie unilatérales ou entrecroisées avec conservation de la sensibilité tactile (la dissociation syringomyélique) du côté opposé au foyer morbide et des phénomènes cérébello-ataxiques, préalablement du côté du foyer ; d'admettre pour un tel symptôme complexus la lésion localisée de la moelle allongée dans la région des fibres arciformes internes, avoisinant l'olive, le noyau ambigu, le faisceau de Gowers et la racine ascendante du trijumeau et du pont de Varole dans la formation réticulaire du tegmentum, au voisinage des pédoncules cérébelleux antérieurs de reconnaître l'existence dans le tronc cérébral des voies particulières, ne correspondant pas avec le faisceau de Govers, mais probablement s'élevant du faisceau fondamental du cordon antéro-latéral et destinées pour conduire les sensations thermiques et douloureuses.

Discussion. — Le Dr L. Minor est d'avis qu'il y avait dans les cas du rapporteur quelque chose de semblable à la paralysie de Brown-Séquard avec une localisation haute.

Le Dr W. Mouratoff trouve possible qu'une partie des phénomènes, observés chez les malades en question, étaient d'un caractère réflexe. Plusieurs remarques ont été encore faites par le professeur W. Both et le Dr G. Pribytkoff,

A. Bernstein. B. Mouravieff. S. Soukhanoff.

(*Séance du 17 mai 1902*)

De l'aspect externe des dendrites veinales chez les vertébrés adultes.

Drs Serge Soukhanoff et Feliks Czarniecki. — Les dendrites des cellules nerveuses de la moelle épinière chez les vertébrés adultes jusqu'à présent n'ont pas été étudiées, à la suite de l'énorme difficulté d'obtenir une imprégnation chromo-osmique tant soit peu suffisante à des conditions données ; mais si on se sert pour le traitement des préparations (par la méthode de Golgi-Ramon y Cajal) de la moelle épinière des vertébrés supérieurs adultes de la méthode proposée par Saukhanoff, alors on parvient à surmonter à un degré assez considérable la difficulté en question. Le procédé de Soukhanoff consiste en ceci, que avant de plonger les morceaux de la moelle épinière dans le liquide chromo osmique, il est indispensable de partager ces morceaux en deux ou trois parties à l'aide d'une coupe longitudinale. Grâce à cette méthode, on obtient, dans certains cas, une assez bonne imprégnation des éléments nerveux et une parfaite imprégnation suffisante de leurs dendrites. Les rapporteurs décrivent les résultats des investigations (par la méthode de Galgi Ramon y Cajal) de la moelle épinière d'un vieux lapin (d'aspect bien portant), chez lequel bien des cellules spinales de calibre menu étaient pourvues de dendrites, se trouvant en état *variqueux*. Chez d'autres petites cellules toutes les dendrites étaient parsemées d'*appendices collatéraux* de diverses formes et grandeurs ; les prolongements protoplasmatiques, appartenant aux cellules motrices de la corne antérieure, étaient pauvres en appendices collatéraux, et l'état variqueux n'était observé que préférenciellement sur les dendrites terminales ; en outre, on pouvait encore voir sur les dendrites, richement pourvues d'appendices collatéraux, des formations particulières, comme des appendices collatéraux plus complexes ; les auteurs donnent à ces formations le nom de « rejetons ». Ensuite, les auteurs citent les résultats de leur examen de la moelle épinière de deux hommes (de trente-neuf et de cinquante-deux ans) ; ici aussi ils ont constaté une différence très marquée entre l'aspect externe des dendrites des cornes antérieures et des cornes postérieures ; les contours des prolongements protoplasmatiques des cellules motrices sont plus réguliers et moins sinueux et, en somme, plus pauvres en *appendices collatéraux* que les dendrites des cellules sensitives ayant des contours moins réguliers et riches en appendices collatéraux : *l'état moniliforme* a été observé seulement sur les ramifications terminales des dendrites motrices et sur un grand nombre de ramifications des cellules de la corne postérieure. Pour conclusion, les rapporteurs notent qu'il leur est arrivé de voir sur le corps

cellulaire des éléments nerveux de la corne postérieure des appendices, rappelant, par leur aspect, les appendices collatéraux des dendrites. — Ont pris part à la discussion, MM. Fh. Rybakoff et W. Roth.

En discutant sur la question d'éterniser la mémoire du défunt professeur A. J. Kojevnikoff, la Société a décidé, entre autres, une fois les moyens trouvés, de fonder un *Institut neurologique* sous le nom de A. J. Kojevnikoff.

A. Bernstein. B. Mouravieff. S. Soukhanoff.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 mai 1903. — Présidence de M. Paul RICHER

Abolition du réflexe pupillaire dans la syphilis.

M. Polguère rapporte quelques cas de syphilis qu'il suit depuis six ans au moins, quelques-uns mêmes depuis quatorze ans. Parmi ces malades cinq sont tabétiques, trois sont paralytiques généraux. Un de ces derniers a du myosis avec rigidité mais sans inégalité pupillaire. Plusieurs autres ont une abolition complète du reflexe pupillaire sans aucun autre signe de tabès ou de méningo-encéphalite.

Etude clinique et expérimentale sur le fonctionnement du nerf dégénéré sensitif.

M. Max Egger. — La méthode des relevés périodiques de l'état des sensibilités a montré que les anesthésies organiques (tabès, hémianesthésie hémiplégique, sclérose en plaques, nevrites), ne sont pas du tout fixes, immuables comme on le voit, mais qu'elles sont au contraire sujettes à de grandes oscillations de leur état intensif et extensif. Des périodes de régression alternent avec des périodes d'accroissement, même si l'affection date de longues années.

L'application de la méthode de sommation a montré que les anesthésies organiques du tabès, de l'hémianesthésie cérébrale, de la sclérose en plaque, de la névrite, ont conservé derrière le masque d'une mort apparente de grandes manifestations vitales. Un diapason vibrant moyennant un électro-aimant et dont une des branches est munie d'une pointe d'épingle fait 60 piqûres par seconde. Avec cet instrument on réveille partout la sensibilité où la dégénérescence nerveuse a créé de l'anesthésie. Les anesthésies

les plus intenses cèdent sous l'influence de la sommation. C'est dans les anesthésies psychiques que la méthode de la sommation a donné les plus heureux résultats pratiques. Les cas d'anesthésies hystériques les plus rebelles ont été guéris.

L'anesthésie organique que l'opinion générale attribue à une destruction matérielle des voies conductrices ou de leurs aboutissants relèvent d'une autre cause.

Egger croit que la gaine de myéline joue le rôle de membrane nourricière vis-à-vis du cylindraxe. Ce dernier demande deux nutritions; une nutrition trophique qui lui vient de la cellule ganglionnaire et une nutrition d'activité qui lui est assurée par la gaine de myéline. Si la gaine de myéline s'atrophie et disparaît, le nerf devient facilement épuisable et sa conduction est ralentie. Conduction ralentie et épuisement rapide sont les propriétés normales du nerf sans myéline et de la fibre de Rémak (fibres sécrétoires, vasomotrices, sympathiques). En pathologie l'épuisement et la conduction ralentie se trouvent daus toutes les affections de la voie sensitive, mais principalement dans le tabès et la névrite. Comme la résistance dépend du diamètre du conducteur, l'atrophie extrême du cylindraxe oppose une grande résistance au courant centripète. L'autopsie d'un cas de paralysie totale du plexus brachial a montré que l'existence d'une quantité considérable de tubes nerveux laissa subsister une anesthésie absolue. Ici le cylindraxe était réduit à une mince fibrille qui opposa une grande résistance aux irritants ordinaires. Ce n'est que le renforcement des irritants par le procédé de la sommation qui a fini par vaincre cette résistance. Egger croit que la plupart des anesthésies organiques sont dues à une augmentation de la résistance nerveuse, qui elle-même reconnaîtrait comme cause l'atrophie du cylindraxe et la disparition de la gaine de myéline. Une anesthésie ne peut être déclarée absolue que si elle a résisté à la sommation.

Guérison d'une mélancolique au cours d'une provocation du vertige voltaïque.

M. Babinski dirigeant le traitement d'une mélancolique intermittente, dont le dernier accès durait depuis seize mois et dont le syndrome était aussi complet que les troubles étaient profonds, eut l'occasion de rechercher sur cette malade le vertige voltaïque. Après la première séance de trois minutes, la patiente se déclara infiniment mieux et étonnée à l'excès de voir presque tout son malaise dissipé comme par enchantement. Une seconde séance eut lieu, le vertige fut plus intense encore, la malade perdit presque connaissance et en revenant à elle, elle se trouva complètement guérie. Elle décrivit son vertige, dit avoir perdu connaissance un moment pendant lequel elle a rêvé qu'elle naviguait et éprouvait un violent

mal de mer, puisqu'elle abordait à une côte au moment, où se réveillant, elle s'est trouvée entièrement transformée. M. Babinski demande que l'on cherche à produire comme lui le vertige voltaïque très accentué en plaçant comme lui les électrodes devant le tragus, pour voir s'il y a là réellement un moyen curatif, ou si ce cas qui l'a vivement frappé n'était qu'une simple coïncidence de guérison survenant naturellement avec une manœuvre qui ne l'aurait pas causée.

M. Ballet fait observer qu'il s'agit là d'une mélancolie intermittente, variété à marche très particulière. On électrise des malades atteints de cette affection pendant des mois sans rien obtenir et un beau jour ils se guérissent comme si on avait déclenché quelque chose. En tout cas, au prochain accès de sa malade, M. Babinski devrait recommencer cette pratique à toutes les phases de la maladie.

Méningisme ou méningite.

M. Brissaud présente une malade qui à plusieurs reprises eu tous les symptômes de la méningite, y compris le cri hydrencéphalique, agitations, strabisme. paralysie, immobilité pupillaire, etc. La ponction lombaire a montré une riche lymphocytose, le diagnostic porté la première fois a été méningite tuberculeuse. Le traitement spécifique fut appliqué à tout hasard malgré l'absence de tout stigmate et de tout commémoratif de syphilis, la malade est partie guérie. Elle a eu à intervalles assez longs trois accès pareils. Sa santé actuellement est parfaite sauf un peu d'inégalité avec rigidité pupillaires et une lymphocitose toujours positive. Les réflexes tendineux sont diminués.

M. Babinski fait de cette malade une tabétique.

M. Marie montre les pièces de deux *méningites postérieures de la moelle.*

Thrombose médullaire et hyperesthésie.

MM. Brissaud et Bressy rapportent l'histoire d'une thrombose médullaire traumatique localisée en un point si restreint qu'elle avait réalisé une section très fine de la moelle, une minuscule portion d'une seule racine postérieure était intéressée, et au lieu d'anesthésie, la région correspondante était hyperesthésique.

Gigantisme précoce.

M. Hydovernik envoie l'observation, les photographies et les radiographies d'un enfant de cinq ans et demi actuellement aussi grand et aussi développé physiquement qu'un jeune homme de quinze ans. Le développement génital notamment est complet. La radiographie de la tête permet de croire que la selle turcique est fort élargie. La croissance de l'enfant a été régulière jusqu'à l'âge

d'un an et demi. A ce moment ont eu lieu des accidents méningo-encéphaliques graves, et l'accroissement est devenu anormal.

M. Marie rappelle qu'en un cas analogue l'ablation d'un gros testicule fit rétrocéder les symptômes.

Etude sur le phénomène des orteils (signe de Babinski).

M. G. Marinesco. — J'ai étudié le réflexe plantaire sur 190 sujets, dont 130 atteints de maladie organique du système nerveux, 45 normaux adultes et 15 enfants nouveau-nés. Sur 100 sujets atteints d'hémiplégie organique j'ai trouvé le signe de Babinski dans 86 cas. Parmi les 30 cas de paraplégie organique, nous trouvons le mal de Pott (15 cas), la syphilis médullaire (4 cas), le cancer de la colonne vertébrale (1 cas), sarcome des méninges (2 cas). traumatisme de la moelle épinière (4 cas), pellagre avec paraplégie (2 cas), tabès combiné (2 cas), sclérose latérale amyotrophique (1 cas). Le signe de Babinski fait défaut dans 3 cas de section traumatique de la moelle épinière et dans le cas de cancer de la colonne vertébrale, mais il est présent dans tous les autres cas. Je ne l'ai jamais trouvé à l'état normal sur les 45 sujets que j'ai examinés, au moins avec les caractères bien définis qui le caractérisent à l'état pathologique. Sur 16 enfants nouveau-nés, je n'ai trouvé qu'une seule fois le signe de Babinski, sous forme d'extension, plus accusée au gros orteil. Par contre il est de règle chez les enfants nouveau-nés à l'état de sommeil. On peut le retrouver parfois chez les enfants d'un certain âge et même chez les adultes à l'état de sommeil. La région plantaire excitée n'est pas indifférente.

Dans 11 cas d'hémiplégie et paraplégie organique, l'excitation du bord externe donnait lieu au phénomène des orteils, tandis que l'excitation du bord interne produisait le réflexe normal en flexion. Le réflexe de Babinski n'a pas du tout la même signification que l'exagération des réflexes et le clonus du pied.

Différents états pathologiques et le sommeil chloroformique peuvent opérer une dissociation de ces trois phénomènes.

Dans les compressions progressives de la moelle épinière, les réflexes peuvent disparaître de même que le clonus du pied, tandis que le phénomène de Babinski persiste. Dans l'hémiplégie récente immédiatement peu de temps après l'ictus, le phénomène de Babinski a déjà fait son apparition, tandis que l'exagération des réflexes ne paraît que beaucoup plus tard.

Le sommeil chloroformique opère une dissociation inverse, le signe de Babinski disparaît avant ou en même temps que les réflexes cutanés normaux, tandis que l'exagération des réflexes et le clonus persistent. On peut observer des phénomènes plus intéressants encore, à savoir : la disparition du signe de Babinski et l'apparition d'un réflexe plantaire en flexion, ou vice-versa, c'est-à-dire l'apparition pendant le sommeil chloroformique ou après,

du phénomène des orteils qui n'existait pas auparavant. Tous ces faits démontreraient à mon avis que le signe de Babinski est un trouble fonctionnel des voies pyramidales, mais il ne dépend pas de la lésion même des fibres pyramidales. Le siège du phénomène des orteils n'est pas dans la moelle, car il ne se produit pas dans les lésions transverses de l'axe spinal. F. Boissier.

BIBLIOGRAPHIE.

XVII. *Les psychoses chez les Juifs d'Algérie*; par M. Victor Trenga. Thèse de doctorat (Montpellier, Delor-Boehm.

D'un style alerte et imagé. M. Victor Trenga nous peint la mentalité de certains Juifs algériens. Les tableaux brossés de main de maître, sont d'une vérité si saisissante qu'ils risquent de tromper le lecteur comme ils ont trompé l'auteur même. Hypnotisé par ses sujets, M. Trenga semble n'avoir plus rien vu d'autre autour de lui. Il me rapelle Zola (je ne crois pas qu'il se fâche du parallèle avec un tel maître) par la fidèlité du trait et la puissance du coloris. Pas un de ses portraits sous lequel, habitant ce pays, on soit embarrassé de mettre un nom. Mais Zola, quand il décrit ses Rougon-Maquart, sait bien qu'il s'agit d'une famille exceptionnelle, d'une famille de dégénérés. Il le sait et le dit. M. Trenga oublie de dire qu'il peint des exceptionnels. Si bien qu'à le lire, on croirait tous les Israélites d'Algérie bons à mettre à Charenton.

Ces réserves faites sur les généralisations trop hâtives et trop absolues de M.Trenga, j'estime qu'il a fait une œuvre documentée, originale, utile et — ce qui ne gâte rien — agréable à lire, en écrivant cette thèse. Il a montré la fréquence des psychoses beaucoup plus grande chez les Juifs d'Algérie que chez les autres races indigènes ou immigrantes de la colonie. Il en a recherché les causes, et il les a trouvées dans les idées et les coutumes traditionnelles de la race juive, dans les persécutions séculaires qu'elle a subies et dont il la plaint, dans ses fautes d'hygiène et son abandon du séjour et des travaux des champs, toutes causes dont les effets se sont transmis et accumulés par une longue hérédité qu'aggrave encore l'habitude des mariages consanguins.

Il est regrettable que M. Trenga n'ait pas encore humanisé d'avantage sa thèse en indiquant les remèdes au mal qu'il signale. Mais il se déduisent de l'énumération même des causes précitées : il faut que les Juifs sachent remonter le courant qui les a conduits à cette fâcheuse prédisposition aux psychoses; le salut de leur descendance est à ce prix. Dr L. Moreau.

XVIII. *La mimique*; par Ed. Cuyer. 1 vol. in-12, fig. Paris, O. Doin, 1902.

La mimique est l'expression volontaire ou involontaire, la traduction au dehors des actes psychiques, des idées, des sentiments dont les manifestations extérieures sont le langage de la parole et des gestes. Il s'agit surtout dans ce livre de l'expression des émotions. Que la mimique soit volontaire ou non, les gestes faciaux ou corporels doivent être exactement les mêmes. Sur cette base l'auteur étudie d'abord la mimique émotive en général, puis, faisant méthodiquement l'étude myologique de la face il précise le mécanisme de chaque muscle pris à part, pour analyser ensuite les mouvements expressifs de chaque trait et de chaque région de la face pris à part. C'est ensuite les expressions données par la tête, le tronc et enfin les membres qui sont examinés un à un d'après chaque segment et chaque région ou organe pouvant traduire une impression. Cette longue analyse organique amène naturellement une synthèse fonctionnelle qui consiste en l'étude des sentiments dans l'ensemble de leur expression. Duchenne de Boulogne et Darwin sont les deux sources principales auxquelles l'auteur fait de nombreux emprunts et aux figures desquels il ajoute un grand nombre de dessins remarquablement exécutés par lui-même. L'ouvrage est très condensé, trop même, car il en résulte une certaine aridité, qu'un plus grand nombre de figures aurait peut-être atténuée. L'interprétation originelle des gestes expressifs est souvent heureuse, quelquefois partant discutable; telle celle du geste de menace trois doigts et le pouce fléchis et l'index étendu. M. Cuyer se demande si ce geste n'est pas né après l'invention des armes à feu, représentant par exemple la main visant avec un pistolet. N'est-il pas plus simple et plus réel de voir dans ce geste très fréquent, très spontané et évidemment plus ancien que les armes à feu, une main tenant un bâton dont elle menace la personne visée.

F. Boissier.

XIX. *Jahresbericht über die Leistungen und Fortschrifte auf dem Gebreite der Neurologie und Psychiatrie.*

L'*Annuaire des travaux et mémoires, ayant trait à la Neurologie et à la Psychiatrie*, est édité par la librairie S. Karger, 15, Karlstrasse, à Berlin. Celui de 1902 ne comporte pas moins de 1.104 pages, grand in-8.

Cette publication dirigée par le Dr Ed. Flatau de Waschau, et les Drs Mendel et Jacobsohn de Berlin. aidés de nombreux collaborateurs allemands, autrichiens, américains et russes, comprend deux parties. Dans la 1re, subdivisée en six chapitres, sont relevés et même analysés, s'ils ont quelque importance, tous les travaux

portant sur les méthodes suivies dans l'étude du système nerveux, sur son anatomie, sa physiologie, sa pathologie et sur la thérapeutique générale et spéciale des maladies qui l'intéressent.

Dans la deuxième partie, consacrée à la Psychiâtrie, nous trouvons mentionnés tous les ouvrages sur la Psychologie, l'Etiologie, la symptomatologie et le diagnostic des diverses psychoses, sur l'anthropologie criminelle, la Psychiatrie juridique, la Thérapeutique des maladies mentales, sur les établissements d'aiiénés et sur la question de l'internement.

Le volume se termine par un appendice, consacré à la littérature italienne, œuvre du Dr Lugaro de Florence.

On se rend aisément compte de l'importance et de la valeur de cette publication qui en est à sa cinquième année d'existence, d'autant plus que malgré le nombre considérable d'articles, les auteurs ne se sont pas bornés à de sèches analyses, mais ont fait œuvre de critique toutes les fois que l'importance du travail le comportait.

XX. *Le cerveau;* par les Drs Toulouse et L. Marchand (Volume de la *Petite Encyclopédie scientifique du XXe siècle*) ; chez Schleicher, frères, Paris, 1901.

A ce petit volume, simplement conçu et simplement écrit, on pourrait peut être adresser un reproche : celui de ne s'adresser ni à l'homme de science, ni aux gens du monde. Le premier n'y trouvera rien qu'il ne sache, les autres — et j'en ai fait l'expérience — le fermeront à la cinquième page. L'ouvrage est divisé en quatre parties, dont la première est consacrée à l'étude du cerveau dans la série animale (depuis l'aethalium jusqu'aux anthropoïdes). La seconde partie, la plus importante, est réservée à l'étude du cerveau de l'homme (l'embryologie, l'anatomie et l'histologie en 55 pages. Il est regrettable de n'y constater que des aperçus de technique (méthodes de Weigert, de Nissl, de Golzi) encombrant un cadre déjà trop restreint pour le sujet.

Troisième partie : physiologie du cerveau. A noter dans cette partie, un chapitre vraiment intéressant sur le langage. Enfin la quatrième partie est intitulée : *Aperçu de psychologie physiologique.* Cet aperçu m'a laissé rêveur, je crains de l'avoir mal compris.

Une notice mobile était jointe à l'ouvrage, et comme j'y lis « prière d'insérer », j'en extrais l'impression de l'éditeur : « C'est là un de ces livres de premier ordre que chacun devrait avoir, et surtout devrait lire, car le sujet nous touche essentiellement et certes, cette lecture sera une révélation pour la plupart, et en même temps qu'il nous sera de grand profit comme instruction, il nous charmera, et devant bon nombre de ses pages, on restera rêveur, surpris, émerveillé. » L.-E. Morel.

XXI. *Les alcoolisés non alcooliques. — Etude psycho-physiologique et thérapeutique sur l'intoxication alcoolique latente* ; par le Dr Dromard (Paris 1902, Steinheil).

Dans l'intoxication alcoolique il existe, avant que le système nerveux soit définitivement lésé et que des faits cliniques l'expriment clairement, une phase que l'auteur cherche à mettre en relief. C'est cet état qui sans être manifestement pathologique témoigne d'une modification organique. Cet état purement transitoire, devient définitif. M. Dromard décrit cette phase, et il le fait avec une clarté et une précision remarquables. Déclarons avant de résumer les idées de l'auteur, que l'ouvrage est écrit dans un style alerte et agréable, qu'on regrette de ne pas rencontrer plus fréquemment dans les ouvrages médicaux.

Le dégoût de l'alcool, d'abord instinctif, ne tarde pas à disparaître sous l'influence de l'habitude provoquée par les mille circonstances de la vie. D'abord buveur bénévole, sain de corps et d'esprit, on devient un buveur pathologique et l'étape est ainsi franchie. C'est progressivement, honnêtement, bourgeoisement, sans jamais s'enivrer qu'on arrive ainsi à l'état morbide. On s'accoutume au poison et ce poison devient un besoin ; les deux états sont engendrés par un état corrélatif de la cellule nerveuse. De déduction en déduction l'auteur arrive à cette conclusion : « à côté du type clinique de l'alcoolisme chronique (nettement pathologique), il existe un type paraclinique caractérisé par le double signe de l'accoutumance et du besoin. » Et il en montre l'analogie ou l'imprégnation morphinique, d'où sa dénomination d'alcoolomanie. La succession des faits est la même dans les deux intoxications. L'alcoolomanie mérite une autonomie, d'abord en raison de ses caractères propres qui la séparent de l'ivrognerie, de la dipsomanie, de l'alcoolisme proprement dit et de toutes les tares pathologiques relevant des méfaits de l'alcool en général. Elle le mérite ensuite en raison de ses limites naturelles qui bien que fort élastiques la placent entre une période de réaction à manifestations multiples et une période d'écroulement, indice d'une tare pathologique. Il y a un intérêt spécial à bien étudier cette phase de l'intoxication en raison de la possibilité de la guérir et de la mettre en lumière, puisque c'est son ignorance qui en fait le danger.

C'est sur ces données que M. Dromard cherche à établir une thérapeutique rationnelle et pour cela il propose le sérum antiéthylique dont on a déjà fort parlé il y a quelques mois. On n'a pas le droit, à notre avis, de le rejeter ou de l'accepter à l'heure qu'il est. Nous constatons simplement que ce mode de traitement a un défenseur habile et convaincu dans l'auteur de l'ouvrage, qui expose très clairement les bases de cette méthode et ses résultats actuels.

ASILES D'ALIÉNÉS.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

ASILES PRIVÉS FAISANT FONCTIONS D'ASILES PUBLICS, QUARTIERS D'HOSPICE ET MAISONS PARTICULIÈRES

AVEC LES NOMS DES MÉDECINS EN CHEF ET MÉDECINS-ADJOINTS ET LE NOMBRE DES INTERNES.

Ain.
- Pas d'asile public d'aliénés.
- 2 asiles privés faisant fonctions d'asiles publics :
  - 1° Asile St-Georges (hommes) à Bourg. — Directeur-médecin, Dr Adam. — 1 interne.
  - 2° Asile Sainte-Madeleine (femmes) à Bourg. — Médecin-chef, Dr Louis. — Médecin-adjoint, Dr Dupré. — Pas d'interne.

Aisne. Asile public de Prémontré. — Médecin-directeur, Dr Pilleyre. — Médecin-adjoint, Dr Terrade. — 2 internes.

Allier.
- Asile public de Sainte-Catherine, près Moulins. — Médecin-directeur, Dr Bourdin. — Médecin-adjoint, Dr Brunet. — 2 internes.
- Colonie familiale d'Ainay-le-Château. — Médecin-Directeur, Dr Lwoff. — Pas d'interne.

Alpes (Basses-). Pas d'asile.

Alpes (Hautes-). Pas d'asile.

Alpes-Maritimes.
- Pas d'asile public.
- 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :
  - Saint-Pons. — Médecin-chef, Dr Planat. — Médecins-adjoints : Drs Auby, Pietri, Cossa, médecin-inspecteur. — Pas d'interne.

Ardèche.
- Pas d'asile public.
- 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :
  - Sainte-Marie-de-l'Assomption. — Médecin-chef, Dr Benoit (Camille). — Médecin-adjoint, Dr Blache. — 2 médecins-suppléants : Drs Duday, Benoit (Pierre). — Pas d'interne.

Ardennes. Pas d'asile.

ARIÈGE.	Asile public de Saint-Lizier.	Directeur-médecin, Dr Malfilatre. 1 interne.
AUBE.	Pas d'asile.	
AUDE.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Limoux.	Médecin-chef, Dr Rougé. Médecin-adjoint, Dr Giret. Pas d'interne.
AVEYRON.	Asile public de Rodez.	Directeur-médecin, Dr Ramadier. 2 internes.
BOUCHES-DU-RHÔNE.	2 asiles publics :	
	1° Saint-Pierre à Marseilles.	Médecins-chefs : Drs Monnier, Boubila. Médecins-adjoints : Drs Allaman, Pelissier. 2 internes en médecine. 2 internes en pharmacie.
	2° Aix.	Médecin-chef, Dr Rey. Médecin-adjoint, Dr Monestier. Pas d'interne.
	3 maisons de santé :	
	Sainte-Marthe.	Directeur-médecin, Dr Lachaux.
	Le Canet.	Médecin-chef, Dr Bidon.
	Saint-Paul.	Médecin-chef, Dr Séja.
CALVADOS.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Le Bon-Sauveur à Caen.	Médecins-chefs : Drs Guillet, Gosselin. Médecins-adjoints : Drs Corchet, Lemonnier, officier de santé. Pas d'interne.
CANTAL.	Pas d'asile public.	
	Quartier d'hospice à Aurillac.	Médecin-chef, Dr Fesq. Médecin-adjoint, Dr Béniac. Pas d'interne.
CHARENTE.	Asile public de Breuty-la-Couronne, près Angoulême.	Médecin-directeur, Dr Bellat. 2 internes.
CHARENTE-INFÉRIEURE.	Asile public de Lafond, près La Rochelle.	Médecin-directeur, Dr Mabille. Médecin-adjoint, Dr Capgras. 1 interne.

CHER.	1° Asile public de Beauregard, près Bourges.	Médecin-directeur, Dr Homery. 1 interne.
	2° Colonie familiale de Dun-s.-Auron.	Médecins-adjoints : Drs Truelle, Ameline. Pas d'interne.
CORRÈZE.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	La Cellete.	Médecin-chef, Dr Bargy. Médecin-adjoint, Dr Louradou. Pas d'interne.
CORSE.	Pas d'asile.	
CÔTE-D'OR.	Asile public d'aliénés de Dijon.	Médecin-directeur, Dr Garnier. Médecin-adjoint, Dr Santenoise. 2 internes.
CÔTES-DU-NORD.	Pas d'asile public.	
	1° Quartier d'hospice à St-Brieuc.	Médecin-chef, Dr Guibert. Médecin-adjoint, Dr Tostivint. Pas d'interne.
	2° Asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Lehou.	Médecin-chef, Dr Ollivier. Médecin-adjoint, Dr Chatellet. Pas d'interne.
	2° Asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Begard.	Médecin-chef, Dr Le Cuziat. Médecin-adjoint, N... Pas d'interne.
CREUSE.	Pas d'asile.	
DORDOGNE.	Pas d'asile.	
DOUBS.	Pas d'asile public.	
	Quartier d'hospice à Besançon.	Médecin-chef, Dr Baudin. Médecin-adjoint, Dr Toubin. Chirurgien, Dr Gounaud. 1 interne.
DRÔME.	Pas d'asile.	
EURE.	Asile public d'Evreux.	Médecin-chef, Dr Bessières. Médecin-adjoint, Dr Leroy. 2 internes.
	Quartier spécial de Gaillon.	Dr Leroy.
EURE-ET-LOIR.	Asile public de Bonneval.	Médecin-directeur, Dr Dericq. 2 internes.

FINISTÈRE.	Asile public de Saint-Athanase près Quimper.	Médecin-directeur, Dr Meilhon. Médecin-adjoint, Dr Croustel. 1 interne.
	Quartier d'hospice à Morlaix.	Dr Bodros. Pas d'interne.
GARD.	Pas d'asile.	
GARONNE (HAUTE-).	1° Asile public de Braqueville.	Médecin-directeur, Dr Dubuisson. Médecin-adjoint, Dr Toy. 2 internes.
	2° Maison de santé du Dr Parant.	Dr Parant. Pas d'interne.
	3° Clinique d'observation à l'hospice de la Grave, à Toulouse.	Dr Rémond (professeur). 2 internes.
GERS.	Asile public d'Auch.	Médecin-directeur, Dr Chevalier-Lavaure. 2 internes.
GIRONDE.	2 asiles publics :	
	1° Bordeaux.	Médecin-chef, Dr Anglade. Médecin-adjoint, Dr Jacquin. 2 internes.
	2° Cadilhac.	Médecin-chef, Dr Nicoulau. 3 internes.
	Asile privé de Castel d'Andorte, au Bouscat.	Médecin-directeur, Dr Lalanne. 1 interne.
HÉRAULT.	1° Quartier d'hospice à Montpellier.	Médecin-chef, Dr Mairet (professeur). Médecin-adjoint, Dr Ardin-Delteil. 3 internes.
	2° Maison de santé Rech.	Directeur, Dr Bonnaud. Médecin-chef, Dr Baumel. Pas d'interne.
ILLE-ET-VILAINE.	Asile public de Rennes.	Médecin-chef, Dr Sizaret. Médecin-adjoint, Dr Dide. 3 internes.
INDRE.	Pas d'asile.	
INDRE-ET-LOIRE.	Pas d'asile public.	
	Quartier d'hospice à Tours.	Médecin-chef, Dr Archambault. 1 interne.
ISÈRE.	Asile public de Saint-Robert.	Médecin-chef, Dr Bonnet. 2 internes.
	Asile privé de Meyzieux.	Médecin-directeur, Dr Courzon. Médecin-adjoint, Dr Larivé. Pas d'interne.

JURA.	Asile public de Saint-Ylie.	Médecin-directeur, Dr Journiac. Médecins-adjoints : Drs Dodero, Wahl. 2 internes.
LANDES.	Pas d'asile.	
LOIR-ET-CHER.	Asile public de Blois.	Médecin-directeur, Dr Doutrebente. Médecin-adjoint, Dr Marchand. 1 interne.
LOIRE.	Pas d'asile.	
(HAUTE-) LOIRE.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Montredan.	Médecin-chef, Dr Bonhomme. Médecins-adjoints : Drs Abrial, Kœppelin. Pas d'interne.
LOIRE-INFÉRIEURE.	Pas d'asile public. 1° Quartier d'hospice Saint-Jacques, à Nantes.	Médecin-chef, Dr Biaute. Médecin-adjoint, Dr Houeix de la Brousse. 2 internes.
	2° Maison de santé Fortineau.	Directeur-médecin, Dr Fortineau. Pas d'interne.
LOIRET.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Orléans.	Médecin-chef, Dr Rayneau. 2 internes.
LOT.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Leyme.	Médecin-chef, Dr Garcie. Médecin-adjoint, Dr Pasturel. Pas d'interne.
LOT-ET-GARONNE.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Agen.	Médecin-chef, Dr Marou. Pas d'interne.
LOZÈRE.	Asile public de Saint-Alban.	Médecin-directeur, Dr Nolé. 2 internes.
MAINE-ET-LOIRE.	Asile public de Sainte-Gemmes près Angers.	Médecin-directeur, Dr Petrucci. Médecin-adjoint, Dr Baruck. 2 internes.
MANCHE.	Pas d'asile public. 3 asiles privés faisant fonctions d'asiles publics : 1° Pontorson.	Médecin-chef, Sizaret. Médecin-adjoint, Dr Bailleul. Pas d'interne.

MANCHE.	2° Picanville.	Médecin-chef, Dr Vial. Suppléant, Dr Bellei. Pas d'interne.
	3° Saint-Lô.	Médecin-chef, Dr Lhomond. Pas d'interne.
MARNE.	Asile public de Châlons-s.-Marne.	Médecin-directeur, Dr Guyot. Médecin-adjoint, N... 1 interne.
MARNE (HAUTE-).	Asile public de Saint-Lizier.	Médecin-directeur, Dr Chaussinaud. 2 internes.
MAYENNE.	Asile public de Laroche-Gaudan.	Médecin-directeur, Dr Broquère. Médecin-adjoint, Dr Pain. 1 interne.
MEURTHE-ET-MOSELLE.	1° Asile public de Maréville.	Médecins-chefs : Drs Paris, Vernet. Médecin-adjoint, Dr Lalanne. 5 internes.
	2° Maison de santé de la Malgrange.	Médecin-directeur, Dr Picard. Pas d'interne.
	3° Quartier d'hospice de Saint-Nicolas.	Médecin-chef, Dr Dupré. Pas d'interne.
MEUSE.	Asile public de Fains.	Médecin-directeur, Dr Galopain. Médecin-adjoint, Dr Ricoux. 2 internes.
MORBIHAN.	Asile public de Lesvellec.	Médecin-directeur, Dr Schils. Médecin-adjoint, Dr Pochon. 1 interne.
NIÈVRE.	Asile public de La Charité.	Médecin-directeur, Dr Faucher. Médecins-adjoints : Drs Bourdin, N... 2 internes.
NORD.	1° Asile public d'Armentières.	Médecin-directeur, Dr Chardon. Médecin-adjoint, Dr Raviard. 2 internes.
	2° Asile public de Bailleul.	Médecin-directeur, Dr Cortyl. Médecins-adjoints : Drs Deswartz, Bécue. 2 internes.
	3° Asile privé faisant fonctions d'asile public : Lommelet.	Médecin-chef, Dr Bouchaud. Médecin-adjoint, Dr Lecocq. Pas d'interne.

Oise.	Asile public de Clermont.	Médecins-chefs : Drs Boiteux, Thivet. Médecins-adjoints : Drs Roques de Furzac, Coulon. Directeur, M. Lesvier. 4 internes.
Orne.	Asile public d'Alençon.	Médecin-directeur, Dr Charuel. Médecin-adjoint, Dr Chocreaux. 1 interne.
Pas-de-Calais.	Asile public de Saint-Venant.	Médecin-directeur, Dr Cortyl. Médecin-adjoint, Dr Briche. 1 interne.
Puy-de-Dôme.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Sainte-Marie-de-l'Assomption.	Médecin-chef, Dr Hospital. Médecin-adjoint, Dr Fouriaux (J.). 2 internes.
Pyrénées (Basses-).	Asile public de Saint-Luc.	Médecin-directeur, Dr Girma. Médecin-adjoint, Dr Dubourdieu. 3 internes.

Pyrénées (Hautes-). Pas d'asile.

Pyrénées-Orientales. Pas d'asile.

Rhin (Haut-) (Territoire de Belfort). Pas d'asile.

Rhône.	1° Asile public de Bron.	Médecins-chefs : Drs Rousset, Viollon. Médecins-adjoints : Drs Papillon, Alombert. 5 internes.
	2° Asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	St-Jean-de-Dieu.	Médecin-chef, Dr Devay. Médecins-adjoints : Drs Carrier, Martin. Pas d'interne.
	3° 4 maisons de santé :	
	Saint-Vincent-de-Paul.	Médecin-chef-directeur, Dr Carrier. 2 internes.
	Champ-Vert.	Médecin-chef-directeur, Dr Rebattel. 2 internes.
	Vaugueray.	Médecin-chef-directeur, Dr Serullaz. Pas d'interne.
	Verbe-Incarné.	Médecin-chef-direct., Dr Bertoye. Pas d'interne.

SAÔNE (HAUTE-) et SAÔNE-ET-LOIRE. Pas d'asile.

SARTHE.	Asile public du Mans.	Médecin-chef, Dr Petit Gilbert. Médecin-adjoint, N... 2 internes.
SAVOIE.	Asile public de Bassens.	Médecin-directeur, Dr Dumaz. Médecin-adjoint, Dr Levet. 2 internes.

SAVOIE (HAUTE-). Pas d'asile.

SEINE.	1° Asile clinique. Médecins en chef : Magnan, prof. A. Joffroy, Dubuisson, Dagonet, Vallon.	
	2° Villejuif. 4 médecins en chef. MM. Briand, Marie, Pactet, Toulouse. Directeur, M. Lucipia.	
	3° Bicêtre.	Médecins-chefs : Drs Bourneville, Féré, Séglas et Chaslin. Médecin-adjoint, Dr Nageotte.
	4° Salpêtrière.	Médecins-chefs : Drs Voisin, Charpentier, Deny. Médecin-adjoint : Dr Roubinowitch. 43 internes pour tous les asiles de la Seine.
	Ville-Evrard (en Seine-et-Oise).	3 médecins en chef : MM. Keraval, Legrain, Marandon de Monthyel, Sérieux. 5 int. en méd., 3 en pharmacie.
	5° Charenton.	2 médecins en chef : MM. Christian et Ritti. 4 internes.
	6° 12 maisons privées.	23 médecins en chef et 11 médecins adjoints. 6 internes.
SEINE-INFÉRIEURE.	1° Asile public de Saint-Yon.	Médecin-chef, Dr Giraud. Médecins adj. : Dr Trénel. Dr Hamel. 3 internes.
	2° Asile public de Quatre-Mares.	Médecin-chef, Dr Lallemant. Médecin-adjoint, Dr Thibaut. 2 internes.
	3° Quartier d'hospice au Havre.	Dr Caron. 1 interne.
	4° Quartier d'hospice à Dieppe.	Médecin-chef, Dr Hurpy. Médecin-adjoint, Dr Piquet. 1 interne.

SEINE-ET-MARNE. Pas d'asile.

Seine-et-Oise.	Maison-Blanche.	2 médecins en chef : MM. Boudrie et Taguet. 2 int. en méd., 2 en pharm.
	Vaucluse.	3 médecins en chef : MM. Blin, Dupain et Vigouroux. 3 int. en méd., 2 en pharm.
Sèvres (Deux-).	Pas d'asile public. La Providence (dépendance de l'hospice de Niort).	Médecin-chef, Dr Dumay-Soles. 1 interne.
Somme.	Asile public de Dury-les-Amiens.	Médecin-direct., Dr Charon. Médecin-adjoint, Dr Martin. 2 internes.
Tarn.	Pas d'asile public. 1 asile privé du Bon-Sauveur.	Médecin-chef, Dr Pailhas. Médecin-adjoint, Dr Guy. Pas d'interne.
Tarn-et-Garonne.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Montauban.	Médecin-directeur, Dr Periès. 2 internes.
Var.	Asile public de Pierrefeu.	Médecin-chef, Dr Belletrud. Médecin-adjoint, Dr Mercier. 2 internes en médecine. 1 — en pharmacie.
Vaucluse.	Asile public de Mont-de-Vergnes.	Médecin-chef, Dr Pichenot. Médecins-adjoints : Dr Rodiet. Dr Castin. 4 internes.
Vendée.	Asile public de La Roche-sur-Yon.	Médecin-directeur, Dr Cullerre. 2 internes.
Vienne.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Poitiers.	Médecin-directeur, Dr Lagrange. Médecin-suppléant, Dr Berlond. 1 interne.
Vienne (Haute-).	Asile public de Naugeat.	Médecin-directeur, Dr Maupaté. Médecin-adjoint, Dr Fenayrou. 3 internes.
Vosges.	Pas d'asile public. 1 maison particulière dite pensionnat de Mattaincourt.	Dr Calbat. Pas d'interne.
Yonne.	Asile public d'Auxerre.	Médecin-directeur, Dr Hamel. Médecin-adjoint, Dr Mignot. 1 interne.
Algérie.	Pas d'asile.	

L'asile de la Maison Blanche et celui de Ville-Evrard appartiennent au département de la Seine. Ils ont pour *directeurs administratifs*, MM. Druon et Balet. Pharmaciens, MM. Thabuis et Moureu. — A Vaucluse, 1 directeur-administratif, M. Pichon, Pharmacien, M. Valeur. — A l'Asile clinique, 1 directeur-administratif, M. Guillot. Pharmacien, M. Quesneville ; 8 internes en médecine et 4 en pharmacie.

III. **La surveillance des aliénés dans les asiles pendant la nuit ;** par John KEAY. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Les aliénés internés dans les asiles régionaux passent à peu près la moitié de leur temps au lit : règle générale il se couchent à huit heures et se lèvent à six. La question de savoir si ce séjour au lit ne pourrait pas être utilement abrégé ne sera pas actuellement examinée ; et l'auteur se bornera à étudier la question, grave entre toutes, de la surveillance des malades pendant ces dix heures de séjour au lit. Il n'y a pas bien longtemps que cette question est soulevée. Dans un passé qui n'est pas bien lointain, on enfermait chaque soir les malades aigus ou agités dans des chambres séparées, les autres dans les dortoirs avec la touchante confiance que la providence veillerait sur eux et qu'il n'arriverait rien de fâcheux. Si un malade se suicidait, si un épileptique étouffait, c'était un malheur, mais tout le monde sait qu'il arrive des malheurs.

Il n'en est plus ainsi et les malades aigus ou nouvellement admis, ceux qui ont des idées de suicide, les épileptiques sont soumis pendant la nuit à une surveillance continuelle.

Le progrès est manifeste, mais il n'est pas suffisant : l'auteur estime 1° que la surveillance de nuit des aliénés atteints de maladies somatiques n'est pas ce qu'elle devrait être ; 2° que beaucoup de malades n'ont pas besoin de cette surveillance de nuit et pourraient avec avantage en être dispensés ; 3° que la surveillance exercée par le personnel de nuit est insuffisante.

1° Supposons une salle de femmes contenant vingt lits : pendant le jour il y a deux ou trois infirmières, une surveillante qui va et vient, et trois ou quatre visites médicales.

Pendant les dix à douze heures de repos, tout cela est remplacé par les soins d'une seule infirmière, le plus souvent peu experte et non diplômée. La situation est encore plus défectueuse dans les salles d'hommes où on ne trouve la nuit qu'un serviteur ordinaire sans expérience et sans instruction professionnelles. Le remède naturellement consisterait à avoir dans les salles d'hommes aussi bien que de femmes des infirmières instruites en permanence toute la nuit. 2° Il y a des surveillances de nuit qui sont inutiles : une ronde faite toutes les heures par exemple, paraît absolument superflue pour des malades parmi lesquels on n'a laissé aucun de ceux qui

peuvent donner quelque inquiétude, lesquels comme on l'a vu plus haut, sont transférés dans les dortoirs d'observation. La ronde ne fait que réveiller des malades tranquilles. Une sonnette dans chaque pièce suffit pour le cas où un malade aurait besoin d'assistance. Dans l'asile que dirige l'auteur, aucun serviteur ne couche dans les dortoirs : leur présence serait une des dispositions les plus fâcheuses que l'on puisse concevoir à la fois pour les malades et pour le personnel.

La porte des chambres de surveillants ne s'ouvre pas non plus directement dans le dortoir ; un pareil arrangement est également préjudiciable au repos des malades et du personnel. Il ne faut pas demander cette surveillance de nuit à un infirmier qui a bien fait sa journée et qui a besoin de repos : si on le réveille, il sera irritable et disposé à calmer les malades par des mesures sommaires. D'ailleurs le voisinage du surveillant ne donne qu'une fausse sécurité, et pour peu qu'il ait le sommeil lourd, un malade peut en étrangler un autre dans le dortoir sans qu'il s'éveille.

3° Si dans un asile de 600 malades on augmente le chiffre du personnel de nuit dans la proportion de deux à dix ou douze, la question de savoir comment on surveillera ce personnel s'impose à notre attention : l'auteur rappelle ici un certain nombre de fraudes dont se rendent coupables les infirmiers pour diminuer ou adoucir leur service.

Les procédés mécaniques de constatation de la présence d'une personne dans un endroit donné à un certain moment (horloges électriques qu'il faut toucher) sont des moyens insuffisants qu'il faut reléguer au nombre des jouets d'enfant. Un surveillant et une surveillante en chef pour le service de nuit, seront eux-mêmes pris dans le personnel des asiles, n'offriront pas beaucoup plus de garanties que leurs subordonnés, et se rendront de mutuels services au détriment de la surveillance.

Le seul moyen efficace, suivant l'auteur, est d'obtenir, comme dans les hôpitaux généraux, le concours de dames, instruites dans l'art de soigner les malades, et qui exerceront sur l'asile, pendant la nuit, une serveillance et une direction, et auront sous leurs ordres le personnel de nuit : cette dame n'aurait pour chefs que les médecins de l'asile, qui lui donneraient, quand il y aurait lieu, les instructions nécessaires pour le traitement des cas particuliers pendant la nuit. L'auteur ne connait qu'un seul asile où ce système ait franchi la période d'expérimentation pour entrer en fonctionnement régulier, c'est l'asile de Larbert, et le Dr Robertson n'a qu'à se louer des résultats, qui constituent pour la surveillance de nuit un immense progrès sur le passé [1].

[1] Voir l'analyse de l'important travail du Dr Robertson dans le n° de mai des *Archives*, p. 461.

En résumé les desiderata formulés par l'auteur sont les suivants : 1° que les malades des deux sexes soient soignés par des infirmières instruites dans leur art ; 2° que les cas récemment admis, les cas aigus, les épileptiques, les agités, les bruyants, les aliénés à idées de suicide soient placés dans des dortoirs spéciaux sous une surveillance constante ; 3° que les malades qu'il convient de surveiller, mais non d'une manière continue soient placés dans des dortoirs ordinaires soumis à des visites périodiques ; 4° que les malades tranquilles, inoffensifs, en qui on peut avoir confiance soient placés dans des dortoirs ou des chambres séparées avec des portes ouvertes, sans inspection des surveillants ; 5° que ce soit une dame, expérimentée dans l'art de soigner les malades, qui exerce les fonctions de surveillante en chef du personnel de nuit pour l'asile tout entier. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

Dès l'origine, dans notre service d'enfants à Bicêtre, nous avons obtenu de M. Peyron, alors directeur de l'assistance publique, un veilleur ou une veilleuse par salle. Par conséquent nos enfants épileptiques ont été surveillés. Pas toujours comme nous l'aurions voulu car de même que M. Keay le *service de veille,* au lieu d'être confié à des infirmiers et infirmières *expérimentés, diplômés,* est encore malgré tous nos efforts depuis 25 ans, confié aux *débutants.*

Aucun agent ne couche dans les dortoirs ; c'est la thèse que nous avons toujours essayé de faire prévaloir, soit dans de nombreuses discussions à la Commission de surveillance des asiles de la Seine, soit dans les *Archives* ou dans les Congrès.

Relevons enfin l'opinion de l'auteur que nous soutenons depuis bien longtemps, relative à l'emploi des infirmières dans les asiles d'aliénés, la surveillante en chef ne dépendant que du médecin, seul compétent pour lui donner des instructions sur la conduite à tenir envers les malades.

BOURNEVILLE.

IV. **La construction des asiles dans les pays tropicaux** ; par P.-C.-J. van BEERO. (*The Journal of Mental Science,* juillet 1901.)

L'auteur, qui est médecin de l'asile gouvernemental de Buitenzorg (Java) résume dans cet article les conditions principales que doit réaliser un asile construit spécialement en vue des climats tropicaux. Son travail est accompagné d'un plan. R. M.-C.

V. **Discours présidentiel prononcé à la soixantième réunion annuelle de l'Association médico-psychologique,** tenue à Cork

le 25 juillet 1901 ; par Oscar Woods. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Ainsi que l'a fait remarquer M. Conolly Norman en félicitant l'orateur, ce discours touche à une multitude de sujets, et par là, comme la plupart de ceux qui l'ont précédé, il échappe à toute analyse. R. M. C.

VI. **La question des retraites : son influence sur les fonctionnaires des asiles, avec suggestions pour une législation ultérieure**, par Edward D. O' Neill (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1901).

Etude d'un caractère tout spécial que nous devons nous borner à indiquer. R. M. C.

VII. **Un plaidoyer en faveur de relations plus étroites entre l'Association médico-psychologique et les médecins qui se consacrent au traitement des aliénés dans des établissements particuliers** ; par Elliot Daunt. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901.)

On ne peut que signaler ici ce travail qui, bien que dépourvu de caractère scientifique, intéresse les médecins anglais qui s'occupent de psychiatrie sans être directement attachés à des asiles.

R. M.-C.

VIII. **Quelques incidents de l'histoire et des coutumes de l'asile de Ticehurst** ; par les Directeurs-Médecins. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901.)

Notiee curieuse et intéressante sur cet asile, aujourd'hui plus que centenaire. R. M.-C.

IX. **Direction administrative des asiles et petit personnel** ; par J. Beveridge Spence. (*Brit. med*, octobre 1901.)

Exposé fait au congrès de la British medical Association.

Le président de la section de psychologie développe la nécessité de soigner l'éducation morale des infirmiers et agents divers en même temps que les conditions matérielles dans lesquelles l'administration les place, si l'on veut pouvoir réclamer d'eux ces soins diligents pour les malades et un aide attentif pour les médecins.

A. Marie.

X. **De l'examen anthropologique des malades des asiles** ; par Ed. Goodall. (*Brit. med. Journ.*, octobre 1901.)

L'auteur propose un questionnaire spécial qu'il détaille longuement pour l'examen anthropologique adapté au cas spécial des aliénés. A. M.

VARIA.

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

(Session de Bruxelles).

Le programme comprendra : 1° Questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Grenoble (1902); a. *Psychiatrie* : **Catatonie et stupeur.** Rapporteur M. le Dr CLAUS (d'Anvers). b. *Neurologie* : **Histologie de la paralysie générale,** Rapporteur : M. le Dr KLIPPEL (de Paris); c. *Assistance, Thérapeutique* : **Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses.** Rapporteur : M. le Dr TRENEL (de Saint-Yon); 2° Travaux divers, démonstrations, etc.

Nous avons tout lieu d'espérer que, comme par le passé, les compagnies de chemins de fer consentiront à accorder une réduction notable aux Congressistes. Nous vous prions de bien vouloir adresser, dès maintenant, votre adhésion au secrétaire général du Congrès. Les titres des communications diverses devront nous parvenir avant le 1er juin 1903. Afin de faliciter la tâche des journalistes et dans le bnt d'éviter les erreurs, nous prions les auteurs de nous adresser, avant le 1er juillet, un résumé succinct de leurs travaux, résumé qui sera immédiatement imprimé et distribué au cours des séances. Vous recevrez ultérieurement les renseignements concernant les logements, les excursions, les visites d'asile et de colonies, etc. — Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments très distingués. *Le Secrétaire général,* Dr J. CROCQ. — *Le Président,* Professeur FRANCOTTE.

N. B. — Prière d'envoyer l'adhésion à M. le Dr CROCQ, avenue Palmerston, 27, Bruxelles.

ENSEIGNEMENT DES SOURDS-MUETS.

Voici les *conclusions* d'un travail publié il y a quelques mois par notre ami le Dr A. REGNARD, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

I. Les sourds-muets se divisent en deux catégories, suivant qu'ils sont atteints de surdité congénitale ou surdité acquise, survenue d'ordinaire dans la première enfance.

II. Toutes choses égales d'ailleurs, une des causes essentielles de leur infériorité est l'absence de cet élément capital du développement intellectuel : la formation du langage articulé et l'évolution de la parole.

III. Ce phénomène de développement d'ordre inconscient, absolument reflexe, ne fait pas défaut chez l'enfant atteint de surdité acquise, c'est-à-dire, devenu sourd, d'ordinaire, à l'âge de deux ou trois ans au plus. Ces enfants-là avec plus d'intelligence ont en même temps une meilleure voix, puisqu'ils ont parlé: chez eux, on rencontre les sourds-muets les plus remarquables, et, à cet ordre, appartiennent généralement tous ceux qui retirent le plus de fruit de l'enseignement.

IV. Au point de vue de l'instruction des sourds-muets, le livre VI, chapitre XXII du Code Justinien, montre bien qu'à Rome, déjà, on s'en occupait depuis longtemps.

V. L'histoire du sourd-muet traité et guéri au VII^e^ siècle, par Jean de Beverley, est absolument apocryphe.

VI. En dépit des assertions concernant les mérites de Pierre, Ponce (de Léon), on ne connaît rien de précis sur ce moine, qui n'a laissé aucun écrit.

VII Le véritable initiateur, l'inventeur de la méthode orale est l'illustre Juan Pablo Bonet, d'Aragon, secrétaire du connétable de Castille, homme de la Renaissance et savant humaniste qui dans son inappréciable livre sur la *Réduction des lettres et l'art d'enseigner à parler aux muets*, établit sur des bases inébranlables les principes essentiels de *l'enseignement oral* — seul moyen de remplir le but — qui est de rendre le sourd-muet à la Société, au commerce des hommes.

VIII. Jean-Conrad Amman, suisse allemand, établi à Amsterdam compléta en 1692, dans son *Sudrus loquens*, l'œuvre de Bonet, en insistant sur la *lecture sur les lèvres*, dont celui-ci avait entrevu la possibilité.

IX. Le trop-surfait Wallis ne paraît, au point de vue de l'enseignement des sourds-muets, que comme un vulgaire charlatan.

X. L'Allemand Heinicke, trop attaqué, toujours misérable et besogneux eut la gloire de maintenir et de propager dans son pays la méthode orale, fondée par Bonet et complétée par Amman.

XI. Jacob Rodriguez Pereira, dit Péreire, juif portugais, importa en France la méthode orale qu'il avait connue dans la patrie de Bonet. En dépit de certaines réserves et du mystère dont il enveloppait ses démonstrations, il aurait pu rendre des services. L'abbé Deschamps, d'Orléans, véritable humanitaire, homme du XVIII^e^ siècle, par plus d'un côté pratiquait aussi l'enseignement oral, et aurait pu à cet égard maintenir la France au niveau des nations les plus favorisées (Voir sur cette question le livre remarquable d'Ed. Séguin).

Les aliénés en liberté.

— Depuis quelque temps, un comptable, M. Cousin, âgé de quarante-trois ans, demeurant rue Damrémont, *donnait des signes de*

dérangement cérébral. Hier soir, s'imaginant que sa femme voulait l'empoisonner, il résolut de la brûler vive. Dans ce but, il amassa des chiffons sous le lit dans lequel la malheureuse venait de s'endormir, et, après les avoir imbibés de pétrole, y mit le feu.

Mme Cousin se réveilla, heureusement, et appela les voisins. Ceux-ci parvinrent — non sans peine — à se rendre maîtres du forcené et à éteindre le commencement d'incendie. M. Cousin a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt (*Le Matin*, 8 septembre 1902).

— Le commissaire de police du quartier Saint-Lambert a requis hier après-midi, à deux heures et demie, les pompiers pour s'emparer d'une folle, Mme Bertrand, demeurant 20, rue de Chambéry, qui s'était barricadée chez elle, au cinquième étage, refusant d'ouvrir et menaçant de se jeter par la fenêtre si on tentait d'enfoncer sa porte. Les sapeurs ont pénétré chez cette femme par la fenêtre en s'aidant d'une échelle qu'ils avaient accrochée au balcon du sixième étage. Mme Bertrand a été transportée à l'infirmerie spéciale du Dépôt (*Le Matin*, 8 septembre 1902).

Madame Sarah Bernhardt et le fou. — De Nantes au *Petit Journal :* La représentation de la *Dame aux Camélias* donnée, hier soir, au théâtre de la Renaissance, par Mme Sarah Bernhardt a été troublée par un incident.

Un monsieur très correct, en habit, qui avait pris place aux fauteuils des premières, sortit pendant le premier acte en tenant des propos bizarres, racontant qu'il était descendu au même hôtel que Mme Sarah Bernhardt, qu'il avait à peine mangé et qu'il s'absentait pour « faire une critique urgente ».

Au contrôle, il demanda à parler à la grande artiste, en insistant très vivement. Sur ces entrefaites, on apprit que le malheureux, en quittant l'hôtel, avait déclaré qu'il voulait enlever Mme Sarah Bernhardt. C'était un fou.

Il fallut lui dire qu'on le conduisait près de l'actrice pour l'emmener en voiture et le conduire à la mairie. Il y passa la nuit, très agité, se disant le Messie et le « disciple de Sarah », parlant de son amour pour elle et de son intention de l'enlever. On a interné aujourd'hui le malheureux à l'asile d'aliénés (*Le Matin*, 19 septembre 1902).

Folie et mysticisme. — La concierge de l'immeuble situé 18, rue de Tlemcen se présentait, hier dans la matinée, au commissariat de M. Tirache, place Gambetta, demandant aide et secours contre une de ses locataires, la demoiselle Juliette Teldat, âgée de cinquante-sept ans, qui, disait-elle, avait depuis la veille au soir fait dans sa chambre un bruit d'enfer, brisant son mobilier, hurlant et ameutant les voisins.

Deux inspecteurs du commissariat suivirent la concierge à l'en-

droit indiqué et purent se convaincre que l'honnête portière n'avait rien exagéré : à la fenêtre d'un logement situé au premier étage sur la cour, Juliette Teldat se tenait à demi nue, les cheveux sur le dos, gesticulant et faisant mine à chaque instant de se précipiter dans le vide.

Comme elle avait fermé sa porte à double tour, après avoir entassé derrière ce qui lui restait de meubles, encore à peu près entiers, les inspecteurs durent pour pénétrer dans la place envoyer chercher une échelle qu'on appliqua contre la fenêtre. A la vue des arrivants, la pauvre femme qui était atteinte de folie mystique à laquelle se joignait la manie de la persécution, marcha à leur rencontre, leur présentant au visage un bâton arraché à l'une de ses chaises et dont elle se servait comme d'un crucifix : « Arrière, démons, s'écriait-elle, arrière Satan qui venez pour me faire rôtir ! »

Quelques instants après, elle se jetait à genoux devant un agent en uniforme en qui elle croyait voir le « Messie » qui venait la chercher. Ce fut, d'ailleurs, grâce à cette croyance qu'on put arriver à ligoter la malheureuse folle et à la descendre, toujours par la fenêtre, jusqu'à un fiacre réquisitionné.

Le trajet de la maison au commissariat ne se fit pas sans encombre. Par une extraordinaire malchance, le cheval du fiacre étant tombé à la hauteur du numéro 6 de la rue Oberkampf, les deux brancards du véhicule furent cassés. Effrayée à nouveau par le choc, la folle se mit à jeter des cris perçants qui, en un clin d'œil, amassèrent autour de la voiture plusieurs centaines de personnes indignées, croyant à un rapt, et décidées à faire un mauvais parti aux inspecteurs qu'ils considéraient comme d'odieux ravisseurs. L'agent en uniforme qui suivait à pied, à quelque distance, arriva fort à propos sur ces entrefaites et sa présence sauva une seconde fois la situation. Juliette Teldat a été dirigée, par les soins de M. Tirache, sur l'infirmerie spéciale du dépôt. (*France*, de Bordeaux, 23 septembre 1902).

L'éducation du public est à faire pour tout ce qui concerne la préhension, l'hospitalisation, la convalescence et le patronage des aliénés. L'intervention de la foule est impulsive et ne fait qu'aggraver le mal.

Le Christ au poste. — « Je suis Celui qui suis. Inclinez-vous, et regrettez vos péchés. Voici que l'heure du repentir est venue pour vous. Reconnaissez le Christ, votre sauveur... » Ainsi parlait hier, monté sur une borne, dans la Grande-Rue de Fontenay-aux-Roses, un individu vêtu d'une longue robe. Il faisait de grands gestes, comme pour bénir la foule. Mais la foule était absente ; il était onze heures du soir.

Deux agents du commissariat de Sceaux entendirent les discours,

reçurent les bénédictions, et n'en furent pas touchés. Ils s'emparèrent de l'homme, qu'ils conduisirent au poste. Là, il déclara qu'il se nommait Henri Lavergne, qu'il était âgé de trente-deux ans, et exerçait la profession de charpentier, « comme le Nazaréen ».

— Je suis, ajoutait-il, le nouveau Christ envoyé sur terre pour racheter les péchés des hommes. Smith Piggot, à Londres, se prétend le Messie. C'est un imposteur. Moi seul, je suis le vrai Christ. Les Agapemonistes m'ont vu, en 1790. Moi seul, j'ai le droit de porter la robe du prophète... » Puis se retournant vers les agents : « Soldats de Pilate ! Faites votre devoir ! » Ainsi interpellés, les agents conduisirent le Messie à l'infirmerie du Dépôt (*Le Matin*, 9 septembre 1902). »

Les prouesses d'un sous-Marseille. — Dix-sept fois interné. — M. Pasques, juge d'instruction, a interrogé aujourd'hui Calmenil, cet ancien lutteur de chez Marseille qui fut arrêté au cours d'une sanglante bagarre à Bicêtre. Calmenil, qui pèse 147 kilos, a déjà subi quatorze condamnations et a été *dix-sept fois* interné à l'asile de Villejuif. En 1886, il fut enfermé dans une maison d'aliénés pour avoir tué, dans un accès de folie, un agent de police; remis en liberté, il partit pour le Transvaal, d'où il rapporta un magot de cinquante mille francs. En 1899, il se signala de nouveau par un exploit peu banal : il mangea le nez de sa maîtresse au cours d'une discussion ; ce coup de mâchoire lui valut deux ans de prison.

Actuellement poursuivi pour avoir tenté d'assommer le sous-brigadier Gros, Calmenil, qu'assistait son défenseur, Me Paul Istel, a déclaré que l'attitude des agents, chargés de le surveiller jour et nuit, l'avait exaspéré ; ce lutteur en retraite sera soumis à une expertise médicale (*La Presse*, 5 *octobre* 1902).

Drame de la folie. — *Roubaix*. — Au numéro 50 de la rue Labruyère vivaient les époux Vandevelde-Bousseuw, avec leur famille, composée de huit enfants. Le mari était atteint de *la folie de la persécution* et avait tenté plusieurs fois déjà de se donner la mort. Les médecins avaient conseillé à sa femme de le faire admettre. l'hôpital; mais elle préférait le soigner dans la maison.

Les enfants, au réveil, ont trouvé le corps de leur père et de leur mère dans un flot de sang. La mère ne donnait plus signe de vie, mais le père respirait encore.

On croit que le pauvre fou s'est éveillé et se croyant, comme toujours, poursuivi par les gendarmes, est descendu au rez-de-chaussée prendre un rasoir et un marteau, puis remontant dans sa chambre, il aura frappé à coups de marteau sa femme qui dormait. Celle-ci, se défendant, sera tombée entre les deux lits, où le meurtrier, s'acharnant sur elle, lui aura coupé le cou avec un rasoir. L'artère carotide s'est ouverte. Puis, retournant son arme contre lui-même, il s'est porté plusieurs coups de rasoir. Le meur-

trier a rendu le dernier soupir avant l'arrivée du commissaire. (*L'Aurore*, 20 mars 1903.)

— Une pauvre folle d'Hénin-Liétard (Nord) a répandu un litre de pétrole sur ses vêtements et y a mis le feu. Elle est morte dans d'atroces souffrances.

— Pendant une absence de sa femme, le sieur Alexis Raux, 43 ans, journalier à Livarot, s'est *pendu* dans un cabinet contigu à sa chambre à coucher. Le malheureux était malade et *semblait ne plus jouir de ses facultés mentales*. Il avait déjà *tenté de se suicider* en mélangeant du soufre d'allumettes à ses aliments (*Bonhomme Normand*, 1er avril).

Noyé volontairement. — A Fresney-le-Puceux, M. Gustave Decoole, 33 ans, caissier et directeur de la fromagerie, *donnant depuis quelques mois des signes de dérangement cérébral*, s'est noyé dimanche. Il s'était attaché au cou une pierre pesant 10 kilogs. (*Bonhomme Normand* 10 avril).

Drame de la folie. — On a procédé hier matin, à l'arrestation d'un malheureux aliéné, Paul Verner, demeurant rue Corbeau, qui a tenté d'assassiner sa propriétaire, Mme Aubichat, logeuse, 36, faubourg du Temple. Cette femme a été frappée, ainsi qu'une de ses amies, Mme Richard, qui s'était portée à son secours, de plusieurs coups de couteau. Mais les blessures reçues par les victimes ne mettent pas leurs jours en danger. *Paul Verner a déjà été interné plusieurs fois dans des asiles d'aliénés.* (*L'Aurore* du 9 avril.)

Assistance des idiots.

Cambriolage d'un gadoulard. — Nous avons signalé le vol commis dans l'école des filles de Livry, canton de Caumont, où un cambrioleur a, pendant la nuit, essayé d'enlever le produit déposé au fond de la cour par les petites filles fréquentant l'école. Ce singulier voleur est aujourd'hui connu : *c'est un pauvre idiot.* Ayant entendu dire que « ça portait bonheur », il aura voulu sans doute en enlever une quantité suffisante pour assurer son bonheur jusqu'à la fin de ses jours. On avait d'abord accusé de ce larcin un brave et honnête homme du pays. Et maintenant que le voleur a tout avoué, certaines personnes s'en éloignent encore, comme d'un homme qui n'est pas en bonne odeur auprès d'elles, — tant il est vrai que de la calomnie il reste toujours quelque chose. (*Le Bonhomme normand*, 20-26 mars 1903).

Pauvre fille. — Une fille Désirée Dubosq, 24 ans, journalière à Pont-l'Evêque, ne jouit pas de toutes ses facultés, ce qui ne l'a pas empêchée de devenir mère. Elle mit d'abord son enfant en nour-

rice ; puis, sous prétexte qu'il n'était pas bien soigné, elle le retira et le confia à sa mère. Mais la maman, au lieu de donner le biberon à l'enfant, alla se biberonner dans les cabarets du quartier, si bien que le pauvre petit est mort de faim. La fille Dubosq a été poursuivie et condamnée à un mois d'emprisonnement et 16 francs d'amende pour n'avoir pas fait les déclarations prévues par la loi, et à deux mois de la même peine pour homicide par imprudence. Mais, comme la fille Dubosq a été déjà enfermée dans une maison d'aliénés et qu'elle n'a jamais été condamnée, le tribunal de Pont-l'Evêque lui a acccordé le bénéfice de la loi Bérenger. (*Bonhomme Normand*, n° 4, 1903).

Assistance des épileptiques.

Noyade dans un fossé. — Le sieur Louis Anquetil, 46 ans, journalier à Castilly, canton d'Isigny, émondait des arbres près d'un fossé rempli d'eau. Le malheureux, qui était *épileptique*, fut pris d'une crise et tomba dans le fossé. Quand on le retira, il avait cessé de vivre. (*Le Bonhomme normand*, 20-26 mars 1903).

Drame dans un asile d'aliénés

Le *Petit Journal* a publié une dépêche de Marseille, 21 décembre, ainsi conçue : un légionnaire de nationalité autrichienne, nommé Berger, était interné depuis peu à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre. L'état du malheureux s'étant aggravé, il fut, ce soir, transporté dans la section des agités, placée sous la surveillance des gardiens Lautier et Navel.

Or, pendant que s'opérait ce transfert, Berger, *qui avait dissimulé sous ses vêtements un couteau*, en porta un terrible coup à Lautier, qui fut très grièvement blessé à l'abdomen. Navel se précipita au secours de son camarade. Mal lui en prit, car Berger, tournant sa fureur contre lui, le blessa à son tour à la poitrine.

Aux cris des victimes du fou, le personnel de l'asile accourut et put maîtriser Berger, qu'on ne put désarmer assez tôt, cependant, pour empêcher de se blesser lui-même avec l'arme qu'il tenait toujours à la main. L'état de Navel est considéré comme désespéré. Lautier pourra être sauvé. L'enquête a démontré que Berger avait dérobé le couteau à un ouvrier peintre qui avait, ces jours-ci, travaillé dans l'établissement.

Ce fait montre la nécessité qui s'impose à tous de tenir compte de l'article du Règlement qui recommande de ne laisser aucun instrument dangereux entre les mains des aliénés et par conséquent de fouiller soigneusement leurs vêtements. Cet article du Règlement devrait être affiché dans les asiles et communiqué à tous les ouvriers qui viennent y travailler.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — Mouvement d'avril. — M. le Dr Rodiet, médecin-adjoint à Montdevergues promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Charon, directeur-médecin à l'Asile de Moulins, nommé directeur-médecin à Dury (Somme), en remplacement de M. le Dr Martinencq, admis à faire valoir ses droits à la retraite pour infirmités. — M. le Dr Hamel, médecin-adjoint à Rouen, nommé directeur-médecin à Moulins. — M. le Dr Anglade, directeur-médecin à Alençon, nommé médecin en chef à Bordeaux, en remplacement de M. le Dr Pons, admis à faire valoir ses droits à la retraite. — M. le Dr Charuel, médecin-adjoint à Châlons (Marne), nommé directeur-médecin à Alençon, — M. le Dr Keraval, directeur-médecin à Armentières, nommé médecin en chef à l'Asile de Ville-Evrard (Seine), en remplacement de M. le Dr Febvré, décédé. — M. le Dr Chardon, médecin en chef à Rennes, nommé directeur-médecin à Armentières. — M. le Dr Sizaret, directeur-médecin à Saint-Ylie (Jura), nommé médecin en chef à Rennes. — M. le Dr Hamel, directeur-médecin à Moulins, nommé à Auxerre. — M. le Dr Journiac, directeur-médecin à Auxerre, nommé à Saint-Ylie. — M. le Dr Bourdin, médecin-adjoint à Nevers, nommé directeur-médecin à Moulins.

Troisième Congrès National d'assistance publique et de bienfaisance privée. — Ce congrès aura lieu à Bordeaux du 1er au 7 juin (voir page 315).

Enseignement des maladies nerveuses et mentales. — *Hospice de la Salpêtrière* : M. le Professeur Raymond, mardi et vendredi, à 10 heures. M. le docteur Deny, jeudi, à 10 heures. — *Hospice de Bicêtre* : M. Bourneville, samedi, à 9 heures et demie. — *Conférence de médecine légale psychiatrique :* M. Paul Garnier, à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, quai de l'Horloge, mercredi et samedi, à 1 heure et demie. — *Ecole pratique :* M. Bérillon, le lundi et le jeudi, à 5 heures.

Liste des asiles ; personnel. — La liste que nous publions plus haut renferme probablement des erreurs et des omissions. Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous aider à les corriger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

MAXWELL (J.). — *L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie.* 1 vol. in-8° de 256 pages. Imp. Gounouilhou. Bordeaux.

FÉLIX ET FLÜCK. — *Petit manuel pratique de la vaccination.* In-12° de 80 pages, Couchout. Lausanne, 1903.

GRASSET. — *Les nerfs articulomoteurs des membres.* Librairie Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Revue philosophique, sommaire du n° d'Avril 1903 (28e année.) C. BOS. Contribution à l'étude des sentiments intellectuels. — L. WINIARSKI. Le principe du moindre effort comme base de la science sociale. (*Suite et fin*). — F. LE DANTEC. Instinct et Servitude. (*Suite et fin*). — P. ROUSSEAU. La mémoire des rêves dans le rêve. — Analyse et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Abonnement, du 1er janvier : Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La Livraison : 3 fr. Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e)

SHUNDA (Anastas). — *Localisation cérébrale du nerf pneumogastrique*, in-8° de 28 pages. Gutenberg. Bucarest.

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 cesse 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, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

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

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

Abcès cérébral double après chute sur le front. Trépanation. Guérison, par Matile et Bourquin, 99.

Aboulie motrice systématisée. Traitement par la succestion hypnotique, par Bérillon, 477.

Abus sexuels : ce qu'il faut entendre par ces mots, par Mac Duncan, 371.

Accidents nerveux, consécutifs à la suppression d'une otite ; trépanation de l'apophyse mastoïde ; par Lépine, 100, 268.

Acromégalie. Autopsie d'un géant — et diabétique, par Launois et Proy, 197.

Adipose douloureuse, par Féré, 280.

Aérophagie. De l' — et des troubles gastriques qui l'accompagnent, par Lyonnet et Vincens, 189. Voir *Tics*.

Albumine. Voir *liquide cephalo-rachidien*.

Agraphie. Voir *Aphasie*.

Akathisie. Un cas d' —, par Raymond et Janet, 530.

Alcool. Voir *Morphinisme*. Du mode d'action de l' — sur l'économie dans l'alcoolisme aigu, l' — comme toxique et comme déshydratant, par Valentino, 98. Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Normandie, par Leroy, 113. Drames de l' —, 122. Effet de l'hérédité alcoolique, 122. Du maintien des alcooliques dans les asiles d'aliénés, 493.

Alcoolisés. Les — non alcooliques, par Dromard.

Alexie. Etude sur l' — sous-corticale et sur les troubles similaires, par Preobrajensky, 304.

Aliénés. Voir *Paraldéhyde*. Les — devant la justice, par Pactet et Colin, 114. *Alienados nos Tribunaes*, par de Mattos, 115. Asiles d' —, concours de l'Adjuvat. 116. Asiles d' — de la Seine, concours de l'Internat en médecine, 117. Les — en liberté, 11, 195, 574. Suicide d'un —, 119. Voir *Assistance*. De l'intervention chirurgicale chez les — au point de vue médico-légal, par Briand, 192. Voir *Responsabilité*. La législation récente sur les —, progrès ou régression, par Graham, 194. De la poudre minérale de Trunececk dans le traitement des — artério-sclérosés, par Marchand, 288. Voir *Automatisme*. Dessins d' — par Laroussinie, 377. L'idéal hospitalier en matière de traitement des —, exposé de certaines méthodes en usage à l'asile du district de Stirling, Larbert, par Robertson, 461.

Amnésie antérograde continue de fixation et de conservation. Topoagnosie, sans troubles visuels, par Dupré, 473.

Amyotrophie du tabes dorsalis, par Raymond et Philippe, 103. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l' — Charcot-Marie, par Sainton, p. 282. Sur un nouveau cas d' — à type Charcot-Marie, par Soca. 536.

Anencéphale. Voir *Système nerveux*.

Angoisse et anxiété, par Souques, 101.

Angor pectoris non coronarienne, par Morel-Lavallée, 279.

Ankyloses généralisées de la colonne vertébrale et de la totalité des membres, par Apert, 90.

Annuaire allemand de neurologie et de psychiâtrie, par Flateau, Mendel et Jacobson.

Anormaux. Psychologie d' —, les femmes à barbe, par Bérillon, 108.

Anthropologie. Des résultats positifs et indiscutables que l' — criminelle peut obtenir à l'élaboration ou l'application des lois, par Lacassagne et Martin, 171.

Anthropologique. Examen — des malades, par Goodal, 572.

Aphasie. Un point d'histoire de l' —. La découverte de Broca et l'évolution de ses idées sur la localisation de l' — par Ladame, 88. Ob-

servation d' — avec agraphie, par Stadelmann, 182. Voir *Réactions sensorielles*, Voir *Mémoire*.

Apophyse mastoïde. Voir *Accidents nerveux*.

Apoplexie. Voir *Orteils*.

Argyll-Robertson. Examen de la mœlle d'un malade porteur du signe —. — Tabes fruste, par Dufour, 103.

Arrestation mouvementée, 120.

Artériosclérose. Voir *Astasie-abasie*.

Arthropathie syringomyélique, par Brissaud, 102. Radiographies d' — tabétiques, par Destot, 186.

Asile d'aliénés. Rapport sur l' — d'Auxerre, pour l'année 1901, par Journiac, 310. — de l'Allier, rapport sur l'exercice 1901, par Charon, 312. — Concours de l'Adjuvat, 316. — Nominations et promotions, 318. Rapport sur l' — de la Roche-sur-Yon, par Cullerre, 489. A l' — d'Armentières, 496. Les — privés faisant fonction d'asiles publics, quartiers d'hospice et maisons de santé, 560. Constructions d' — dans les pays tropicaux, par van Beero, 572 — de Ticehurst, 572. Direction administrative et petit personnel, par Spence, 572. Promotions et nominations, 580.

Assassin. Un — de seize ans, 399.

Assistance des épileptiques, 32, 123, 579. — des aliénés dans les familles, 123. — des enfants idiots, 399. — dans les familles, 400. — des aliénés en Bavière jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, par Kollmann, 459. — des idiots en France, par Bourneville, 491, 578.

Association médico-psychologique. Discours de Woods, 571.

Astasie-abasie. A propos des relations entre l' — et l'artériosclérose, par Pelnar, 283.

Asthme vésical, par Gawinski, 279.

Ataxie. Voir *Système nerveux*. Un cas d' — cérébelleuse aiguë d'origine organique, compliquée par l'hystérie, par Popoff, 302. — d'origine centrale et d'origine périphérique, par Déjerine et Egger, 474.

Atrophie ponto-cérébelleuse, par Thomas, 198. — des membres de nature mal déterminée, par Marie, 295. — du pédoncule, par Guillain et Marie, 385. Contribution clinique à l'étude de la topographie des — musculaires myélopathiques, par Cestan et Huet, 457.

Automatisme. Du rythme psychobiologique dans l' — de certains aliénés, par Vaschide et Vurpas, 290.

Basedow. Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès, par Boinet, 97.

Bénédikt. Syndrome de —, par Vigouroux et Lavastine, 190.

Bestialité. Note sur un cas de — chez la femme, par Féré, 497.

Broca. Voir *Aphasie*.

Caractère. Le —, par Malapert, 109.

Cardiaque. La psychologie du —, par Fiessinger, 301.

Catatonisme. Voir *Tics*. De l'origine du —, par Pisniatschewsky, 365.

Cavités médullaires. Pathogénie de certaines — —, par Thomas et Hauser, 455.

Cécité et surdité verbales avec paraphasie par lésion droite du cerveau, par Joffroy, 203.

Cellules nerveuses. Contribution à la technique de la coloration des —, par Bielschowsky et Plien, 93.

Centres spinaux, Recherches sur les — des muscles de la jambe, par Parhon et M^me Parhon, 451. Sur la localisation des — moteurs, du biceps crural, du demi-tendineux et du demi-membraneux dans la moelle épinière, par Parhon et Godstein, 452.

Cerveau. — Contribution à l'étude du rôle du — dans l'innervation des organes de la vie végétative, à propos de deux cas d'hémiplégie, par Parhon et Goldstein, 455. Nouvelles communications sur les champs myélogènes de l'écorce du — de l'homme, par Flechsig, 538.

Charcot-Marie. Voir *Amyotrophie*.

Chiens. Intelligence des —, 125.

Chorée. Contribution à la psychophysiologie des mourants; deux cas de — chronique, par Vaschide et Vurpas, 453.

Chorée. Contribution à la thérapeutique de la —, par de Bechterew, 100

Clonisme du pied chez un neurasthénique, par Ballet et Delherm, 294.

Cocaine. A quelle partie de la molécule de — est due la psychose de —, par Heiberg, 269.
Colique hépatique. Sur un cas de — nerveuse, par Robinson, 275.
Colonne vertébrale. V. *Ankyloses.*
Conceptions impératives, par Hugh Patrick, 191.
Concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), 316.
Conférence de médecine légale psychiatrique, 543.
Congrès. Troisième — national d'assistance publique et de bienfaisance privée, 315. — annuel du Bristish médical Association, 317. Treizième — des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 400, 573. Troisième — national d'assistance publique et de bienfaisance privée, 400.
Contraction. V. *maladies mentales.*
Corps calleux. Deux nouveaux cas de lésions limitées au bourrelet du —, par Pelmar et Skalicka, 457.
Corps thyroide. Voir *Basedow.*
Crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes, par Touche, 273.
Criminel récidiviste. La prophylaxie et le traitement du —, par Morel, 314.
Crises d'angoisse. Voir *Paralysie.*
Cruauté. Voir *Volupté.*
Cyto-diagnostic. Contribution à l'étude du — dans la paralysie générale, par Guiard et Duflos, 196.

Dégénérés. — De la valeur sociale des —, par Rémond et Lagriffe, 369.
Dégénérescences descendantes consécutives au ramollissement du pédoncule cérébral, par Cestan, 293. Les stigmates obstétricaux de la —, par R. et H. Larger, 443.
Délire épileptique. Traitement du — par l'alitement, par Marandon de Montyel, 99. —. Voir *Obsession.* Sur un cas de médiumnité, par Baliet et Dheur, 545. — hallucinatoire avec idées de persécution consécutif à des phénomènes de médiumnité, par Ballet et Monier-Vinard, 547.
Démence précoce. Recherches urologiques et hématologiques dans la —, par Dide et Chénais, 371. — Voir *Mensurations cérébrales.*
Désespoir d'une boulangère, 121.
Désintégration cérébrale. Anatomie des lacunes de —, par Ferrand, 458.
Dendrites. De l'aspect externe des — vemales ch z les vertébrés adultes, par Soukhanoff et Czarniceki, 551.
Diadococinérie. par Campbell et Crouzon, 103.
Diplégie faciale congénitale avec daralysies oculaires et troubles de la déglutition, par Decroly, 537.
Disparition, 119.
Divergences médicales. Les facteurs psychologiques et les —, par Dauriac, 301.
Dourine des chevaux, par Marck, 91.
Dressage. Le — dans l'éducation, par Bordier, 205.
Dupuytren. Maladie de — chez des tourneurs de bouchons, par Brissaud, 102.
Dysthyroidie. Voir *Infantilisme.*

Ecole de psychologie. Cour de 1903, 206.
Education. Voir *Dressage.*
Emotion. Voir *Troubles.*
Encéphalites. Voir *Sclérose cérébrale.*
Enfants arriérés. Diagnostic et traitement, par Warner, 98.
Epilepsie. Voir *Assistance.* —. Voir *Assistance.* Un nouveau symptôme de l' —, par Ceni, 181. L' — corticale, par Wassiliev, 182. Valeur diagnostique de l' — spinale, par Babinski, 202. Contribution à la connaissance des troubles de la conscience avec conservation de la mémoire chez les —. par Bonhœffer, 262. Comment meurent les épileptiques, par Spratling, 275. Les idées érotiques dans l' —, par Marie, 377. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l' —, l'hystérie et l'idiotie, par Bourneville, 391.
Erb. Voir *Paralysie.*
Etats psychiques anormaux. Observation d' — survenant périodiquement, par Kure, 364.
Etudiant. Psychologie de l' — en médecine américain, par Demouchy, 477.

Fibromatose et paralysie générale, par Cullerre, 359.
Folie incendiaire, 119. Les drames de la —, 119. Un drame de la —, 120. La folie du parvis Notre-Dame, 121. Contribution à l'étude des — par contagion, par Carrier, 129. Un cas de — brightique, par Viallon, 369. La — des foules. Nouvelle contribution à l'étude des — épidémiques au Brésil, par Nina Rodrigues, 370. — et sorcellerie, 400. Drame de la —, 495, 577, 579, 580.
Fracture chez un myopathique, par Crouzon, 296.
Friedreich. Maladie de — et hérédo-syphilis, par Bayet, 274.

Giessen. Clinique psychiatrique de l'Université —, par Sérieux, 513.
Goitre exophtalmique. Contribution à la pathogénie du —, par Tedeschi, 284.
Golgi. Réseau endocellulaire de — dans les éléments nerveux de la moelle épinière, par Soukhanoff, 307. Réseau endocellulaire de — dans les cellules nerveuses de la moelle épinière, par Soukhanoff, 454.
Gout. De la localisation des centres du — dans l'écorce du cerveau, par Gorschkow, 266. Troubles du — dans le domaine de la corde du tympan, par lésion latérale, par Pauly, 269. Le sens du — chez les gens normaux et chez ceux qui sont affectés d'épilepsie, de folie systématisée chronique, de paralysie générale progressive, par Hermann, 457.
Granulies. Voir *Mélancoliques*.
Gymnastique. La — de chambre sans appareils, par de Frumerie, 314.

Hallucinations. Les — unilatérales, par Séglas, 371.
Hémiatrophie. De l' — faciale dans ses rapports avec les lésions du ganglion cervical inférieur, par Bouveyron, 286. Cas d' — progressive de la langue et de la face, par Mme Woods, 535.
Hémiplégiques. Voir *Marche de flanc*. —. Voir *cerveau*.
Hémihypertrophie congénitale du corps, par Thomas, 90. Un cas d' — faciale avec présentation d'une malade, par Minor, 548.
Hérédité. Voir *Alcool*.
Hérédo-ataxie cérébelleuse. Sur l'anatomie pathologique de —, par Switalski, 88. Sur une forme d' —, par Thomar, 281.
Hérédo-syphilis. Voir *Sclérose cérébrale*. — Voir *Friedreich*.
Hierosyncrotèmes familiaux. Les —, par Binet-Sanglé, 301.
Homicide. Un cas d' — épileptique, par Smith, 195.
Hypertrophie. Sur une forme d' — des membres, par Rapin, 179.
Hypnotisme fortuit, par Berillon, 479.
Hystérie traumatique guérie par la suggestion hypnotique, par J. Voisin, 108. — Voir *Oreille*. — tardive, par Dupré, 385. — monosymptomatique, par Hauser et Bauvy, 471. Dernières conceptions et définitions de l' —, par A. Charpentier, 503.
Hystéro-épilepsie. Commotion cérébrale et — par Will-Noyes, 280.

Idiote. Une idiote à l'état sauvage, 318.
Image motrice. Du rôle de l' — dans la vie sexuelle, par Vurpas, 378.
Impulsions Voir *Obsessions*. —. Voir *Obsessions*.
Indigestion. Contribution à l'étude des accidents névropathiques de l' —, par Féré, 281.
Infantilisme dégénératif compliqué de dysthyroïdie pubérale, par Dupré et Pagniez, 537.
Injections mercurielle. Voir *Névrite*.
Instinct sexuel. L' —, par Féré, 367.
Ivresse. Voir *Pupilles*.
Ivrognes. La loi et les —, avec remarques sur le traitement de l'ivrognerie, par Collins, 191. Le fonctionnement de la loi sur l'ivresse, par Carswell, 194. La législation sur l'ivresse, en Angleterre, principalement au point de vue de la loi de 1898, par Cotton, 194.

Juifs d'Algérie. Les psychoses chez les — par Treuga.

Kernig. Voir *Méningite*.
Klumpke. Voir *Paralysie*.

Laminectomie. Voir *Rachis.*
Lésions expérimentales. Voir *Transmission.*
Liquide céphalo-rachidien. Examen cytologique du — dans le tabes, par Armand Delille et Camus, 296. Chimisme du —, par Sicard, Guillain et Ravaut, 472. Sur la présence d'albumines coagulables, par la chaleur dans le — des paralytiques généraux et des méningites chroniques, par Guillain et Parant, 472.
Little. Syndrôme de —, par Daniel, 537.
Lobe frontal. Voir *Troubles psychiques.*
Localizaciones médulares, par Obarrio, 490.
Locus niger. Ramollissement localisé au —, par Guillain, 385.

Maladies mentales. Sur la question de la valeur clinique de la contraction idio-musculaire dans les —, par Soukanoff et Sannouchkine, 270.
Malformations congénitales des membres inférieurs, par Gombault, 382.
Manie Voir *Tænia.* Deux cas de — guéris à la suite d'une infection grave, par Ayémar, 370. Etude sur la —, par Soukhanoff et Gannouchkine, 401.
Marche de flanc. La — chez les hémiplégiques, par Crouzon et Campbell, 293.
Mélancoliques. Des états — au cours des granulies tuberculeuses, par Bienvenu, 289.
Mémoire. Recherches expérimentales sur la mémoire immédiate des aphasiques, par P. Marie et Vaschide, 381.
Memoria de la section de Lombres et Memoria de la section de Mujeres de la casa de orates de Santiago, par Castro Soffia et Echegoyen, 115.
Méningite cérébro-spinale au cours d'une endocardite infectieuse pneumococcique. Valeur du signe de Kernig, par Josseraud et Lesieur, 184. Sur un cas de — cérébro-spinale à streptocoque et à staphylocoques chez un sujet atteint du mal de Pott fistuleux, par Guibal, 272. Deux cas de — basilaire simple, par Louny, 389. Voir *Liquide céphalo-rachidien.*
Méningo-encéphalite tuberculeuse. Sur une forme clinique et anatomo-pathologique de —, par Anglade et Chocreaux, 197.
Mensurations cérébrales. Nouvelle méthode de —. Atrophie relative du lobe pariétal par rapport au lobe frontal dans la démence, par Dide et Chenais, 456.
Micropsie chez un tiqueur, par Meige, 200.
Migraine. Un cas de — ophtalmoplégique, par Mathis, 281.
Mimique. La —, par Cuyer.
Moelle épinière. Voir *Golgi.* —. Voir *Centres moteurs.* —. Voir *Queue de cheval.*
Morphinisme et Alcoolisme. Méthode nouvelle du traitement du —.
Muscle. L'influence sur le travail volontaire d'un — de l'activité d'autres muscles, par Féré, 90. De l'incitation des — et des nerfs par les courants faradiques de fermeture et d'ouverture, par Ioteyko, 452. Absence congénitale des — grand et petit pectoral, par Souques, 458.
Myélites. Voir *Réflexes.* Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la — syphilitique, par Thomas et Hauser, 270.
Myopathies. Les familiales paroxystiques, myothnie, myoplégie, par Oddo, 285. Fracture chez un myopathique, par Crouzon, 296. —. Voir *Sclérème.* Un cas de — avec réaction électriques normales, par Allard, 535. Une variété peu commune de — atrophique progressive, par Long, 536. Une — avec rétractions familiales, par Cestan et Lejonne, 536.
Myopsychies. Des —, par Joffroy, 374.
Myotonie. De la — atrophique, par Rossolimo, 536.

Nécrologie. 125. Febvré, 308.
Nerf cubital. Voir *Paralysie.* — radial. Voir *Paralysie.* Tumeur du — acoustique, par Lépine, 268. — oculo-moteur externe. Voir *Polynévrite.* Examen histologique des — dans un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, par Egger et Delille, 474.

Neurasthénique. Voir *Clonisme.*
Névralgie. — Voir *Sympathique cervical.* Sur quelques particularités cliniques de la — faciale et son traitement par l'électricité, par Zimmern, p. 237, 335. — paresthésique sur un membre atteint de paralysie infantile, par Sollier, 275.
Névrite sciatique. Deux cas de — causée par des injections mercurielles pratiquées dans les muscles de la fesse, par Ropter, 98. Un cas de — périphérique d'origine paludéenne, par Burquet, 281.
Névroses. Les trophiques vaso-motrices, par Cassirer, 95. Méthode de l'isolement à l'hôpital pour les —, par Déjerine, 101. Un cas de — traumatique grave, par Crocq, 274. — présénile, par Allan Hamilton, 280. Nouvelles observations de — d'angoisse, par Hartenberg, 407.
Noyau-rouge. Lésion du — par Guilmain, 296.
Nystagmus. Deux cas de — chez la mère et la fille, par Jacqueau, 183.

Obsessions. — Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire, par Séglas, 33. Des — et impulsions, par Soutzo, 155. Etude sur les — morbides, par Gannouchkine et Soukhanoff, 483. Les — et les impulsions, par Pitres et Régis, 485.
Œil. Voir *Paralysie générale.*
Oreille et hystérie, par Fleury-Chavanne, 112.
Organes internes. — Le rôle des — dans l'évolution de la constitution de la vie mentale, par Pron, 544.
Orteils. Phénomène des — dans l'apoplexie, par Brissaud, 101.
Ostéite. Voir *Paget.*
Otite. Voir *Accidents nerveux.*

Pachyméningite. Sur un cas de — hémorrhagique, traité par des injections sous-cutanées de gélatine, par Tailleur, 99.
Paget. Un cas d'ostéite déformante de — avec mélanodermie, autopsie, par Hudelo et Heitz, 177.
Paraldéhyde. La — chez les aliénés, par Galiana, 97.
Paralysie générale. L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions anatomiques initiales et terminales, par Kéraval et Raviart, 1. — radiculaire obstétrical, par Huet, 103. — sensitivo-motrice flasco-spasmodique, avec cypho-scoliose vertébrale sans lymphocytose rachidienne, par Dupré et Sébilleau, 105. — du nerf cubital et contracture consécutive « Main en pince », par de Léon, 77. Nouveaux détails sur la — asthénique, dont une observation avec autopsie, par Goldflam, 179. — Asthénique d'Erb, par Josserand, 184. — radiculaire du plexus brachial gauche et paralysie temporaire des membres inférieurs du même côté, par Duplant, 185. — agitante avec tremblement limité aux membres supérieurs, par Collet, 186. — hystéro-saturnine du nerf radial, par Josserand, 187. — asthénique bulbo-spinale, par Leclerc, 188. — générale. Voir *Cytodiagnostic.* Sur un cas de — alterne avec déviation conjuguée de la tête et des yeux, par Thomas, 199. Contribution à l'étude de l'origine centrale de la saturnine, par Philippe et de Gothard, 204. Altérations des os de la face consécutives à la — faciale, par Wertheim-Salomonson, 263. — infantile. Voir *Névralgie.* Un cas de — segmentaire, par van Gehuchten, 275. Un cas de — bulbaire asthénique suivi d'autopsie, par Déjerine et Thomas, p. 276. Trois observations de — des mouvements associés des globes oculaires, par Raymond et Cestan, 277. Traitement de la — générale par les injections intrarachidiennes de bi-iodure de mercure et d'iodure de potassium, par Marchand, 289. — double du pneumogastrique pulmonaire, par Egger, 293. — — générale. Voir *Fibromatose.* — générale à marche rapide avec crises d'angoisse, par Londe, 373. — flasque avec dissociation des réflexes, par Déjerine, 381. — faciale. Voir *Sommeil.* —. Voir *Liquide céphalo-rachidien.* — radiculaire du type Klumpke d'origine traumatique empiétant sur les deuxième et troisième dorsales.

par Delille et Egger, 473. — générale et syphilis en apparence bénigne, par Devay, 534. — oculaires. Voir *Diplégie*.

Pédoncule cérébral. Voir *Dégénérescences*. —. Voir atrophie.

Pellagre. Sur un cas de — accompagné de la rétraction de l'aponévrose palmaire, par Parhon et et Goldstein, 284.

Perversions sexuelles. Contribution à l'étude des —, par Soukhanof, 367.

Poliomyélite chronique, par Debray, 538.

Polynévrite. Sur une forme récurrente de la — interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance (Déjérine) avec participation du nerf oculo-moteur externe, par Rossolimo, 273. Trois cas de — palustre, par Mathis, 282. Un cas de — tuberculeuse motrice, par Decroly, 283.

Porencéphalies. Les — traumatiques, par Landouzy et Labbé, 271.

Pott. Voir *Méningite*.

Protubérance. Ramollissement de la — avec attitude cérébelleuse, par Lépine, 269.

Pupilles. De la réaction des — dans les états d'ivresse et de son importance médico-légale, par Gudden, 91. Contribution à la question de l'immobilité réflexe des —, par Levinsohn, 93. Lenteur des — à l'accomodation et à la convergence par Strasburger, 541.

Psychologie. Influence des sciences naturelles sur le développement de la —, par Lazoursky, 263.

Psychonévrose. L'influence des anniversaires sur les récidives d'une — traumatique intermittente, par Farez, 478.

Psychoses. Nouvelle contribution à l'étude des — post-opératoires, par Picqué et Briand, 209. Sur le diagnostic des — syphilitiques, par Potowsky, 306. — infectieuse, par Esquerdo, 366.

Questions de retraites, par O'Neill, 572.

Queue de cheval. Sur les affections de la — et du segment inférieur de la moelle, par Raymond, 537.

Rachis. Fracture du —. Paraplégie spasmodique. Lamnectomie. Guérison, par Raymond et Sicard, 294.

Réactions sensorielles. Des temps de — chez quelques aphasiques, par Marie et Vaschide, 292.

Rééducation motrice. Voir *Système nerveux*.

Réflexes. Des — musculo-tendineux complexes des extrémités inférieures dans les myélites, par Bechterew, 264. De l'exagération des — tendineux dans les névrites périphériques, par Brissaud et Bruandet, 278. La valeur clinique de la dissociation des — tendineux et cutanés, par Crocq, 278. Sur un — anormal du facial inférieur dans un cas de paralysie pseudo-bulbaire, par Perrers, 283. — Voir *Paralysie*. Le — vulvo-anal, par Rossolimo, 455.

Religieuses. Physio-psychologie des —. Les — de Port-Royal, par Binet-Sanglé, 321, 417.

Religion. Voir *Volupté*.

Responsabilité. Des degrés de la —, par Hospital, 192. L'article 1884 du Code civil et la — des directeurs-médecins d'asiles d'aliénés, par Garnier, 193. La — civile des aliénés. La — criminelle, par Winter, 194.

Rêve à répétitions, par Pron, 377. Le — musical, par Gillet, 476.

Sclérème cutané dans la myopathie, par Ballet, 473.

Sclérodermie. Quelques cas de — et de vitiligo chez des enfants, par Hanshalter et Spillmann, 282. — et atrophie musculaire, par Vacher, 535.

Sclérose cérébrale infantile d'origine hérédo-syphilitique. L'hérédo-syphilis et les encéphalites chroniques de l'enfance. Un cas de — en plaques à tremblement hémilatéral, par Remlinger, 279. — en plaques médullaires consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule, par Lannois et Daviot, 279. — en plaques infantile à forme hémiplégique d'origine hérédo-syphilitique probable, par Carrier, 286. — en plaques à symptômes transitoires et récidivants. Paralysie temporaire des mouvements associés des yeux pour la vision binoculaire à

gauche, plus tard pour la vision binoculaire à droite, par Ballet, 287. Etude clinique de la forme tabétique des — combinées, par P. Marie et Crouzon, 281. Note sur les altérations de la sensibilité et leur rapport à la perception de l'espace, dans un cas de — combinée par Vaschide et Rousseau, 382.

Secousses musculaires. Les — dans les diverses maladies du système nerveux, par Mendelson, 104.

Sein hystérique. Une observation de —, par Lannois, 177.

Sens cutané. Recherches sur la topographie du — par Philippe, 375. Le — des attitudes, par Bonnier, 459.

Sensibilité. De la — du squelette, par Egger, 453. — Voir *Troubles*.

Sommeil, Essai sur la psycho physiologie du —. Le — dans la paralysie faciale, par Vaschide et Vurpas, 453.

Somnoforme et suggestion, par Farez 107.

Sourds-muets. Enseignement des —, 573.

Spondylite. Sur un cas de —, par de Buck et Debray, 277.

Stéréotypie. Voir *Tics*.

Suggestion. Voir *Somnoforme*. — hypnotique. Voir *Hystérie*. De la — en pédagogie scolaire, par Raffegau, 298.

Suicide d'adolescent, 495. Tentative de — de jeunes garçons, 495.

Surdité. Voir *Cécité*.

Surveillance des aliénés pendant la nuit, par Kay, 569.

Sympathique cervical. Résection du — pour névralgie du trijumeau, guérison, résultat éloigné, par Gauthier, 100.

Syndrome alterne. Sur une variété particulière de —, par Pierre Marie et Crouzon, 473.

Syringomyélie. Les troubles psychiques dans la —, par P. Marie et Guillain, 203.

Syphilis. Traitement de lésions non syphilitiques, par Grasset, 104. — médullaire et bulbaire précoce, par Collet, 185. — V. *Paralysie générale*.

Système nerveux. La rééducation motrice dans les maladies du —. Ses applications à l'ataxie des tabétiques, par Coustensoux, 47. Recherches sur la structure anatomique du — chez un anencéphale en rapport avec le mécanisme fonctionnel, par Vaschide et Vurpas, 89. De l'état actuel de la théorie de l'inflammation dans le — bentral, par Storch, 259. Du pronostic dans les affections du —, par Judson Bury, 280.

Tabes. Voir *Système nerveux*. — fruste. Voir *Argyll-Robertson*. —. Voir *Amyotrophie*. De l'étiologie du — dorsal, par Wainscatein, 183. Pathogénie du —, par Guillain et P. Marie, 201. —. Voir *Crises*. Nouveau cas de — fruste chez un syphilitique, par Glorieux, 274. Une forme spéciale de — amyotrophique, par Chrétien et Thomas, 281. — dorsalis et aortite. Note clinique, par Arullani, 287. —. Voir *Liquide céphalo-rachidien*. Pathogénie du —, par Brissaud, 297. Examen cytologique rachidien dans le — par Widal, Sicart et Ravaut, 383.

Thomsenn. Pathogénie de la maladie de —, par Ballet et Bordas, 102.

Tics, stéréotypies, aérophagisme, éatatonisme, par Brissaud et Meige, 199. La genèse des —, par Meige, 278. — et fonction, par Meige, 285. Les — et leur traitement, par Meige et Feindel, 394.

Tænia, Manie aiguë produite par le —, par Barcia Cahuillero, 365.

Torticolis mental. Un nouveau cas de —. Rôle de l'idée fixe. Crainte de voir tomber la tête, par Scherb. 284.

Transmission aux descendants des lésions expérimentales chez les ascendants, par Malherbe, 86.

Trépanation. Voir *abcès cérébral double*. — de l'apophyse mastoide. Voir *Accidents nerveux*.

Trépidation epileptoide, par Lévi et Bauer, 382.

Trijumeau. V. *Sympathique cervical*.

Troubles respiratoires. Des — en rapport avec les différents degrés d'une émotion pathologique, par Vaschide et Marchand, 281. — psychiques dans un cas de tumeur du lobe frontal, par Cestan et Lejonne, 366. — fonctionnels de la moitié droite de la moelle consécutifs à un traumatisme de la main, par Monnier-Villard 380. —

— de la déglutition. Voir *Diplégie*. Du — dissocié de la sensibilité cutanée dans la lésion du tronc cérébral, par Rossolimo, 549.
Trophœdème. Sur le — par Meige, 178. Contribution à l'étude du — chronique, par Hertoche, 178. Observation du —, par Mabille, 178. — segmentaire acquis, par Laignel-Lavastine et Sicard, 203.
Trunececk. De l'action thérapeutique du sérum de Trunececk, par Roth, 481. Voir *Aliénés*.
Tuberculeux. La psychologie du —, par Régnault (Félix), 105.
Tumeur. Voir *Nerf*..
Vertige d'origine nasal, par Coliet, 186.
Vitesse. La psychologie de la —, par Hachet Souplet, 480.
Vitiligo. Voir *Sclérodermie*. — chez une folle, par Roudnew, 374.
Volupté. La cruauté et la religion, par Gannouchkine, 368.
Wernicke. — Le système psychiatrique de —, par Winkler, 95.
Zoma. Un cas de — à topohraphie radiculaire suivi d'autopsie, par Armand Delille et Camus, 297.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Aliard, 535.
Allan, 280.
Anglade, 197.
Apert, 90.
Arullani, 287.
Ayémard, 370.

Babinski, 202.
Ballet (G.), 287, 294, 545.
Ballet, 102, 374, 473, 544.
Barcia-Cahuillero, 365.
Bauer, 382.
Bouvry, 471.
Bayet, 274.
Beero (van), 572.
Betcherew (W. de), 100. 264.
Bérillon, 108, 477, 479.
Bielschowsky, 93.
Bienvenu, 289.
Binet-Sanglé, 301, 321, 417.
Boinet, 97.
Bonhoeffer, 262.
Bonnier, 459.
Bordas, 102.
Bordier, 205.
Bourgade (de), 478.
Bourquin, 99.
Bouveyron, 286.
Briand, 192, 210.
Brissaud, 101, 102, 199, 278, 297.
Buandet, 278.
Buck, 277.
Burquet, 281.

Campbell, 103, 293.
Camus, 296.
Carrier, 129, 286.
Carswel, 194.
Cassirer, 95.
Castro-Soffia, 115.
Ceni, 179.
Cestan, 277, 293, 366, 457, 531, 536.
Charon, 312.
Charpentier, 503.
Chénais, 371, 456.
Chocreaux, 197.
Chrétien, 281.
Clément, 533.
Colin, 114.
Collet, 185, 186, 533.
Collins, 191.
Constensoux, 47.
Cotton, 194.
Crocq, 274, 278.
Crouzon, 103, 293, 296, 473.
Cullerre, 359, 489.

Daniel, 537.
Dauriac, 301.
Debray, 277, 538.
Decroly, 282, 537.
Déjerine, 101, 276, 475.
Delherm, 294.
Delille, 296. 473, 474.
Dheur, 544.
Demonchy, 477.
Destot, 186.
Devay, 534.
Dide, 371, 456.
Duflos, 196.
Dufour, 103.
Duncan, 371.
Duplant, 185.
Dupré, 105, 385, 473, 537.

Echegoyen, 115.
Egger, 29, 453, 473, 474. 475.

Farez, 107, 478.
Febvre, 308.
Feindel, 394.
Féré, 90, 280, 281, 367, 497.
Ferrand, 458.
Fiessinger, 301.
Flechsig, 538.
Fleury-Chavanne, 109.
Frumerie (de), 314.

Galiana, 97.
Gannouchkine, 368, 401, 483.
Garnier, 193.
Gauthier, 100.
Gawinski, 279.
Gehuchten (Van), 275.
Gillet, 476.

Giraud, 493.
Glorieux, 274.
Goldflam, 179.
Goldstein, 284, 452, 455.
Gombault, 386.
Goodal, 572.
Gorskow, 266.
Gottard, 204.
Graham, 194.
Grasset, 104.
Gudden, 91.
Guibal, 272.
Guillain, 201, 203, 385, 472.
Guilmain, 296.
Guyard, 196.
Gzarniecki, 551.

Hachet-Souplet, 480.
Hamilton, 280.
Hanshalter, 282.
Haré, 98.
Hartenberg, 407.
Hauser, 270, 455, 471.
Heiberg, 269.
Hermann, 457.
Hertoghe, 178.
Heitz, 177.
Hospital, 192.
Hudelo, 177.
Huet, 103, 457.
Hugh, 191.

Ioteyko, 452.
Iudson-Bury, 280.

Jacqueau, 183.
Janet, 530.
Joffroy, 203, 374.
Josserand, 184, 187.
Journiac, 310.

Keay, 569.
Kéraval, 1.
Kollmann, 459.
Korniloff, 385.
Kure, 364.

Labbé, 271.
Lacassagne, 191.
Ladame, 88.
Lagriffe, 368.
Landouzy, 211.
Lannois, 177, 279, 532.
Larger, 442.
Laroussine, 271.
Launois, 197.
Lavastine, 190.
Laygnel, 203.
Lazoursky, 263,
Leclerc, 188.
Lejonne, 366, 536.
Léon (de), 177.
Lepine, 100, 268.
Leroy, 113.
Lesieur, 184.
Levinsohn, 93.
Levy, 382.
Londe, 373.
Long, 536.
Lounz, 389.
Lyle-Winter, 194.
Lyonnet.

Mabille, 178.
Malapert, 109.
Malherbe, 86.
Marandon de Montyel, 99.
Marchand, 281, 288, 289.
Marck, 91.
Marie (P.), 201, 203, 381, 473.
Marie, 292, 295. 377, 385.
Martin, 191.
Mathis, 281, 282.
Matile, 99.
Mattos (de), 115.
Meige, 178, 179, 200, 278, 285, 394.
Mendelson, 104.
Minor, 548.
Monier-Vinard, 545.
Monnier-Villard, 380.
Morel (J.), 314.
Morel-Lavallée, 279.
Mottet, 374.

Nonne, 541.

Obarrio, 490.
Oddo, 285.
O'Neill, 572.
Otz y Esquerdo, 366.

Pactet, 114.
Pagniez, 537.
Parant, 472.
Parhon, 284, 451, 452, 455.
Parhon (Mme), 451.
Patrick, 191.
Pauly, 269.
Paviot, 279.
Pelnar, 283, 457.
Perey-Smith, 195.
Perrers, 283.
Philippe, 103, 204, 375.
Pic et Piery, 188.
Piltz, 541.
Piqué, 210.
Pisniatschewsky, 365.
Pitres, 485.
Plien, 93.
Popoff, 302.
Postovsky, 306.
Préobrajensky, 304.
Pron, 377.
Prou, 544.
Proy, 197.

Raffegeau, 298.
Rapin, 179.
Ravaut, 383.
Raveau, 472.
Raviart, 1.
Raymond, 103, 277, 294, 530, 531, 537.
Régis, 485.
Regnault, 105.
Remlinger, 279.
Rémond, 368.
Robertson, 461.
Robinson, 275.
Rodrigues, 370.
Ropter, 98.
Rossolimo, 273, 455, 536.
Roth, 481.
Rothmann, 541.
Roudnew, 374.
Rousseau, 382.
Roux, 281.

Saenger, 541.
Sainton, 282.
Sannouchine, 270.
Scherb, 284.
Sébilleau, 105.
Séglas, 33, 371.
Sérieux, 513.
Sicard, 203, 294, 472.
Skalicka, 457.
Smirnoff, 385.
Soca, 536.
Sollier, 275.
Soukanoff, 270, 307, 367, 401, 454, 483, 551.
Souques, 101, 458.
Souza, 155.
Spence, 572.
Spillmann, 282.
Sprasling, 275.
Stadelmann, 182.
Storch, 259.
Srasburger, 541.
Switalski, 88.

Tailleur, 99.
Tauton, 98.
Tedeschi, 284.

Thomar, 281.
Thomas, 90, 198, 199, 270, 276, 281, 455.
Touche, 273.

Vacher, 535.
Valentino, 98.
Vaschide, 89, 281, 290, 292, 381, 382, 453, 454.
Viallon, 369.
Vigouroux, 190.
Vincens, 189.
Voisin, 108.
Vurpas, 89, 290, 378, 453, 454.

Wainscastein, 183.
Warner, 98.
Wassilief, 182.
Wertheim - Salomonson, 263.
Widal, 383.
Will-Noyes, 280.
Winkler, 95.
Woods, 571.
Woods (Alice), 535.
Zimmern, 237, 336.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 5-1903.