

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

VÉTÉRINAIRE

ANCIENNE

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

REVUE
DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. AMIDON, BALLEZ, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLAISE, BLANCHARD
BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.),
CHARPENTIER, COTARD, DEBOYE (M.), DELASIAUVE, DREYFOUS, DURET,
DUVAL (MATHIAS), ERLITZKY, FÉRÉ (Ch.), FERRIER, GILBERT, GOMBAULT, GRASSET,
HERVÉ (G.), HUCHARD, JOFFROY (A.), KÉRAVAL (P.), LANDOUZY, MAGNAN,
MARIE, MAYGRIER, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NEUMANN, PIERNET,
PIGNOL, PITRES, RAYMOND, REGNARD (P.), RICHER (P.), SEGUIN (E.-C.),
STRAUS (L.), TALAMON, TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIÈRE (E.),
VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.)

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la rédaction : CH. FÉRÉ

Dessinateur : LEUBA.

Tome III. — 1882

Avec 7 planches noires ou en couleur et 30 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL

8, rue des Écoles.

1882

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE

LA CORNE D'AMMON (MORPHOLOGIE ET EMBRYOLOGIE) (Suite);

Par MATHIAS DUVAL¹.

II. *Corne d'Ammon chez l'homme et chez quelques singes* (fig. 1 et 2 de la PLANCHE I, fig. 3 et 4 de la PLANCHE II).

La *figure 1*, représentant une coupe du cerveau humain au niveau de l'extrémité toute postérieure des pédoncules cérébraux, est destinée à montrer les rapports de la formation ammonique avec les parties voisines. Immédiatement en dehors du plan médian axial de l'encéphale, on voit en bas le pédoncule (P) et en haut l'extrémité postérieure de la couche optique correspondante (C O); si la coupe avait porté sur une région un peu plus antérieure, on verrait, en dehors du pédoncule, la section de la bandelette optique; ici, vu le niveau susindiqué, à la place de cette bandelette, on

¹ Voir le n° 6, p. 161.

trouve (en C G) la coupe de l'extrémité antérieure du *corps genouillé* en dehors de laquelle est la masse centrale de l'hémisphère. Ces parties étant reconnues, nous pouvons porter notre attention : 1° soit vers la cavité (V) du diverticule sphénoïdal du ventricule latéral, et nous reconnaissons, dans cette cavité, comme en formant la paroi interne (par rapport au plan médian), la saillie blanche de la corne d'Ammon (en H) ; pour plus de clarté, et afin de ne pas affecter le nom de corne d'Ammon à cette saillie qui, en somme est ce qu'il y a de plus insignifiant dans l'ensemble de la formation ammonique, nous adopterons ici la nomenclature des auteurs allemands et désignerons cette saillie sous le nom d'*alveus* ; 2° nous pouvons d'autre part porter notre attention sur la substance corticale, c'est-à-dire sur la circonvolution de l'hippocampe (en C H, seconde circonvolution temporo-occipitale) et suivre cette substance grise corticale, avec la couche blanche sous-jacente, vers la formation ammonique, c'est-à-dire en haut et en dehors.

C'est ce dernier ordre d'étude qui sera le plus profitable, en le faisant sur la *fig. 2*, laquelle représente seulement la formation ammonique telle qu'elle est déjà donnée dans la *fig. 1*, mais à un grossissement plus considérable (10 à 12 fois au lieu de 3 fois). — Si donc nous partons de la moitié supérieure de la convexité de la circonvolution de l'hippocampe (extrémité gauche de la *fig. 2*), nous voyons qu'à cette convexité (O) fait suite un profond sillon (*e*) dans lequel pénètrent de nombreux vaisseaux ; au-dessus de ce sillon est une circonvolution, très nette (*a, b, c, d, fig. 2*) et non une

demi-circonvolution comme on l'a dit souvent ; c'est la *circonvolution godronnée*, qui présente des dimensions relativement réduites, de sorte que de sa surface une faible partie seulement est tout à fait libre (en *a*), le reste correspondant au sillon qui la sépare de la circonvolution précédente, et étant plus ou moins soudé à celle-ci par les vaisseaux et la pie-mère qui remplissent cet étroit sillon. Au-dessus de la circonvolution godronnée, le manteau de l'hémisphère est réduit à sa couche de substance blanche, formant ici un gros cordon dont la coupe est en forme de cœur de carte à jouer ; ce cordon (C B) est le corps bordant ; son angle supérieur (du côté X) s'amincit graduellement, mais ne présente pas un bord libre ; il se continue en effet en une mince lamelle de substance nerveuse qui s'incurve en dehors, forme la paroi interne du ventricule, et, se réduisant enfin à la membrane épendymaire, revêt l'espèce de panache que forment les vaisseaux sanguins du côté de la cavité ventriculaire : l'ensemble de ces vaisseaux (plexus choroïde) est ainsi compris entre deux lamelles, qui se continuent l'une avec l'autre au niveau du bord libre du plexus (en P C) et dont l'inférieure, comme nous venons de le dire, se rattache au corps bordant, tandis que la supérieure va se rattacher (au dessus de X, *fig. 2*) à la base de l'hémisphère en dehors de la surface des corps genouillés. Les plexus choroïdes n'interrompent donc pas la continuité de la paroi de la cavité ventriculaire, mais répondent seulement à une région où cette paroi est amincie, distendue et refoulée par eux vers la cavité ; par suite le corps godronné est en dehors du ventricule ; c'est une partie corticale, une vraie circonvolution :

Si nous examinons la disposition des couches que forment ces parties, c'est-à-dire la structure de la circonvolution de l'hippocampe et de la circonvolution godronnée, nous constatons les dispositions suivantes :

A. — Au niveau de sa convexité (extrémité gauche de la *figure 2*), la circonvolution de l'hippocampe présente, en allant de la superficie à la profondeur : 1° D'abord une couche de substance blanche (O, *fig. 2*), formée de fines fibres nerveuses : ce revêtement blanc, auquel les anatomistes allemands ont donné le nom de *subiculum*, est ce que présente de plus particulier cette circonvolution ; il est d'autant plus prononcé qu'on examine des coupes plus antérieures ; mais jamais nous ne l'avons vu présenter une largeur aussi considérable que celle que lui attribuent divers auteurs (voyez les figures de Meynert), c'est-à-dire qu'il va en s'amincissant vers le sillon qui sépare la circonvolution de l'hippocampe d'avec la circonvolution godronnée et disparaît dans la profondeur de ce sillon. — 2° Au-dessous du *subiculum* est une couche formée de substance d'apparence amorphe, parsemée de petites cellules irrégulièrement disposées, ayant le plus souvent leur grand axe transversalement dirigé, c'est-à-dire parallèlement à la surface. — 3° Au-dessous est une épaisse couche de cellules pyramidales, qu'on ne voit pas distinctement séparée, comme dans la plupart des autres régions de l'écorce, en un stratum superficiel de petites pyramides et un stratum profond de grandes pyramides, quoique ces cellules soient du reste d'autant plus volumineuses et surtout d'autant plus allongées qu'elles sont plus profondes. — 4° Aux cellules pyramidales les plus profondes

succède une couche de cellules nerveuses étoilées ou fusiformes. — 5° Enfin vient la couche médullaire de substance blanche.

B. — Au niveau du sillon qui sépare la circonvolution godronnée de la circonvolution de l'hippocampe, la composition de cette dernière est modifiée de la manière suivante : 1° Le *subiculum* ou revêtement blanc superficiel disparaît (*a*, *fig. 2*). — 2° La couche sous-jacente (substance amorphe avec cellules irrégulièrement disposées) est pénétrée par un grand nombre de vaisseaux, qui, se disposant par nappes plus ou moins continues dans son épaisseur, lui donnent un aspect irrégulier, avec stratifications variables (aspect caverneux). Dans la profondeur, cette disposition est assez prononcée pour faire croire à la présence d'une nouvelle couche (*fig. 2* entre *c* et *a*) ; c'est ce que Meynert a appelé le *stratum lacunosum*, « qui est composé par un épais réseau d'espaces lymphatiques périvasculaires, disposés autour d'un lacis de capillaires qui pénètrent par en bas dans la corne inférieure du ventricule latéral ». (Huguenin, *op. citat.*, p. 296). On voit donc que ce *stratum lacunosum*, quelque nettes que puissent être ses dispositions, ne représente rien d'essentiel au point de vue de la structure de l'écorce, c'est-à-dire de la distribution des éléments nerveux. — 3° La couche des cellules pyramidales est formée d'éléments tous de plus en plus volumineux, c'est-à-dire que les petites cellules pyramidales disparaissent presque complètement (*c*, *fig. 2*). — 4° Rien de particulier pour la couche de cellules nerveuses étoilées (*d*, *fig. 2*), non plus que pour la couche de substance médullaire blanche (*f*, *fig. 2*) qui forme ici l'*alveus* (voy. ci-dessus page 2),

et qui est revêtue à sa surface intérieure par l'épithélium épendymaire.

C. — Si nous suivons également de la superficie à la profondeur (de gauche à droite ou de bas en haut, dans la *fig. 2*) les couches qui composent la circonvolution godronnée, nous allons trouver les mêmes stratifications que nous venons de décrire, mais avec interposition d'une nouvelle couche au-dessous de la première. En effet : 1° La première couche (substance amorphe avec cellules irrégulièrement disposées), ne présente ici de particulier que son épaisseur et son uniformité (*a, fig. 2*). Nous verrons plus loin que, chez divers mammifères, cette couche amorphe devient de plus en plus caractéristique de la circonvolution godronnée. — 2° Au-dessous apparaît, comme nouvelle couche, une mince nappe contournée (*b, fig. 2*), d'un aspect tout particulier : elle est formée d'éléments anatomiques arrondis, qu'on prendrait au premier abord pour des noyaux libres, mais qui sont en réalité de petites cellules à corps protoplasmique rudimentaire. Ces éléments sont étroitement serrés les uns contre les autres ; ils prennent très énergiquement le carmin, de sorte que, sur les coupes ainsi colorées, cette couche se distingue, même à l'œil nu, comme un ruban foncé décrivant des ondulations plus ou moins nombreuses. (Voy. les figures des Pl. II et III.) Cette couche est caractéristique de la circonvolution godronnée chez tous les animaux dont nous avons étudié l'encéphale : on ne trouve rien qui lui ressemble dans une autre région corticale. Kupffer lui avait donné le nom de *stratum granulosum* ; Arndt et Meynert ayant reconnu la nature nerveuse (cellules) de ses éléments, Meynert

lui a donné le nom de *stratum corporum nervorum arctorum*. (Voy. Huguenin, page 297.) — 3° Vient ensuite (*c*, *fig. 2*) la couche des grandes pyramides, qui, vu la dimension réduite de la circonvolution godronnée, sont ici disposées en rayonnant de la partie profonde vers la partie superficielle; aussi cette couche mérite-t-elle plus spécialement ici le nom de *stratum radiatum* que lui a donné Meynert dans l'ensemble de la formation ammonique. — 4° Audessous est la couche de cellules nerveuses étoilées, — et enfin, 5° la couche médullaire de substance blanche, laquelle se continue avec le corps bordant, puisque ce corps bordant représente une région où le manteau de l'hémisphère est réduit à sa partie blanche médullaire sans revêtement de substance grise corticale.

D. — Enfin le sillon qui sépare la circonvolution godronnée de celle de l'hippocampe, d'abord assez large dans sa partie superficielle (en *e*, *fig. 2*), devient de plus en plus étroit à mesure qu'il s'enfonce entre les deux circonvolutions. En même temps, comme ses vaisseaux pénètrent dans les couches superficielles de la circonvolution de l'hippocampe et y dessinent, par leur présence, des lacunes en forme de nappes (*stratum lacunosum*), et comme, à mesure qu'il se rétrécit les couches superficielles des deux circonvolutions arrivent au contact l'une de l'autre et se soudent par places, il en résulte que parfois il est difficile, même avec un fort grossissement, de suivre ce sillon d'une manière continue, sans le confondre avec les diverses formations qui méritent le nom de *stratum lacunosum*. C'est ce qui explique qu'on ait pu voir dans la formation ammonique une masse unique dans laquelle la

substance corticale pénètre en s'enroulant et non deux circonvolutions parfaitement distinctes.

En résumé, faisant abstraction du *subiculum* qui n'existe pas sur toute la circonvolution de l'hippocampe, et du *stratum lacunosum*, qui n'est pour ainsi dire qu'un accident, résultant de ce que les vaisseaux, ne trouvant pas assez de place dans l'étroit sillon qui sépare les deux circonvolutions, viennent se loger dans la substance superficielle de l'une d'elles, en résumé nous voyons que, dans toute la formation ammonique, on trouve en allant de la superficie à la profondeur : une couche de substance amorphe, une couche de cellules pyramidales (*stratum radiatum*), une couche de cellules nerveuses étoilées, et enfin la substance blanche; seulement dans la circonvolution godronnée une nouvelle couche vient s'interposer entre la première et la seconde, c'est le *stratum granulosum*, entre la couche amorphe et le *stratum radiatum*. Mais cette adjonction de nouveaux éléments ne fait pas que le corps godronné, considéré dans son entier, représente une nouvelle formation, surajoutée à la substance corticale; il n'est qu'une circonvolution ordinaire, une saillie de cette substance corticale.

Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher immédiatement ces résultats des formules souvent énigmatiques par lesquelles les auteurs ont cherché à résumer leur manière de comprendre la formation ammonique.

« La corne d'Ammon, ainsi que l'ont démontré les frères Wenzel, dit Sappey (t. III, 1877, p. 106), n'est qu'une circonvolution retournée, de telle sorte que sa partie médullaire, d'enveloppée qu'elle était, est devenue enveloppante. — La bandelette de l'hippo-

campe est attachée par son bord adhérent au bord libre et incliné en dedans de cette circonvolution. Le corps godronné se trouve logé dans la concavité de sa face interne. » — Dans cet énoncé, faisons remarquer d'une part que l'expression de *circonvolution retournée* (partie médullaire enveloppée devenue enveloppante) a sans doute pour origine, soit l'idée que cette circonvolution, détachée de la surface, est placée dans la cavité ventriculaire, soit une trop grande importance attachée à la couche blanche superficielle dite *subiculum*, et d'autre part que le corps godronné n'est pas une chose à part logée dans la concavité de la formation ammonique, mais bien la moitié supérieure de cette formation, c'est-à-dire la circonvolution supérieure d'un ensemble constitué par deux circonvolutions.

Les mêmes remarques s'appliquent au passage suivant, extrait de Ch. Richet (*Structure des circonvolutions cérébrales*. Thèse de concours, Paris, 1878). « Cette lame grise, entourée par l'alveus du côté interne ou ventriculaire, par le subiculum du côté interne ou périphérique, se reploie sur elle-même en formant un crochet recourbé en forme de crosse d'évêque, qui fait quelquefois un tour complet à la manière de l'hélice d'un limaçon... Cette lame grise amincie semble à son extrémité se continuer directement avec cette bandelette rougeâtre, hérissée de petites saillies, qu'on a désignées sous le nom de corps godronné, et qui fait, avec la corne d'Ammon et le corps bordant, saillie dans la cavité latérale du ventricule. » Cette description est accompagnée de figures que nous avons vainement cherché à comprendre, lorsque nous avons

enfin aperçu, à l'explication des planches, cette remarque suffisamment explicative : « Pour rendre les figures plus claires, on a supprimé le corps bordant et le corps godronné. » Que le lecteur veuille bien, par la pensée, supprimer des figures de nos Pl. I, II et III, le corps godronné, et il verra ce qui peut rester alors de la corne d'Ammon.

Plus heureuses sont les descriptions dans lesquelles P. Berger résume les travaux allemands (art. *Cerveau* du *Dictionnaire encyclopédique*). Dans les passages que nous allons citer, il suffira presque de mettre en italiques certains détails, pour montrer combien ils se ressentent encore des conceptions classiques — (p. 194 de l'article cité) : « La corne d'Ammon dans son entier représente non point une circonvolution retournée, mais une demi-circonvolution dont tous les éléments ont été profondément modifiés... Partant de la face interne de l'hémisphère, on trouve d'abord un profond sillon séparant deux saillies : en bas c'est la circonvolution de l'hippocampe, en haut la corne d'Ammon, ou, si on le préfère, la *demi-circonvolution* supérieure de l'hippocampe. Ce sillon, c'est l'anfractuosité qui les sépare et que comble en *partie le corps godronné dont il faut faire abstraction dans cette étude.* » — De même lorsque l'auteur décrit la manière dont se comporte la substance grise. « Au niveau de la circonvolution de la corne d'Ammon, dit-il, la substance grise corticale paraît quitter la surface de l'hémisphère pour devenir profonde... elle se recouvre d'une mince couche de substance blanche à laquelle est due la couleur particulière de ce repli..., puis elle vient mourir dans la corne d'Ammon. » — « ... Mais avant de dis-

paraître elle se met en rapport avec une trainée de substance grise qui en est une véritable dépendance ; cette lame, située entre le bord supérieur de la corne d'Ammon et le subiculum, par conséquent dans le sillon de séparation des deux branches du crochet, doit à sa couleur et à son aspect dentelé le nom de corps godronné ou *Fascia dentata*. Aussi l'écorce, superficielle d'abord dans la circonvolution de l'hippocampe, devient profonde dans la corne d'Ammon où se trouve son véritable bord libre ; mais ce dernier, grâce aux relations qui l'unissent au corps godronné, redevient superficiel *quoique intraventriculaire* (!). » (*Op. citat.*, p. 160). Il va sans dire que par suite, il n'est fait aucune mention de la continuité de l'une des lèvres du corps bordant avec la lamelle épendymaire qui revêt les plexus choroïdes, témoin la description suivante empruntée à Berger, et dans laquelle, pour la dénomination de certaines parties, il faut avoir égard à ce que l'auteur considère la région postérieure de la formation ammonique : « Le corps frangé ou bordé (*tænia* ; *corpus fimbriatum* ; *fimbria*) est une bandelette très blanche... La face supérieure ou ventriculaire est libre ; sa face inférieure adhère intimement à l'hippocampe : son bord antérieur recouvre la partie postérieure du corps godronné et répond très médiatement à la couche optique, son bord postérieur très mince se continue avec la convexité de la corne d'Ammon. » (*Art. Cerveau*, p. 169.)

Quant à l'étude de la structure, c'est-à-dire de la disposition des couches dans la circonvolution de l'hippocampe, elle est faite par Berger d'une manière très exacte ; seulement, d'après les travaux allemands que

l'auteur résume, il nie la présence d'une couche de cellules étoilées entre la couche des grandes pyramides et la substance médullaire blanche. Cette réserve faite, nous devons, pour compléter notre propre description, reproduire textuellement celle de P. Berger. (*Op. citat.*, p. 159 et 181.) « Si l'on examine la circonvolution de l'hippocampe, on est frappé de la couleur blanche qu'elle revêt et qui se prononce d'arrière en avant, en lui donnant, au niveau de la face inférieure du crochet, un aspect tout particulier. Ici, en effet, des îlots de substance blanche sont entourés de substance grise, d'où le nom de *substance réticulée blanche* que lui a donné Arnold (*substantia reticularis alba*).

« Une substance réticulaire très développée recouvre toute la face externe de l'écorce dans ces deux parties, mais surtout dans la circonvolution de l'hippocampe ; c'est à elle qu'est due la couleur blanche de cette dernière. La *première couche*, appartenant en propre à l'écorce, la couche externe, est formée de petites cellules transversales et par conséquent parallèles à l'écorce : elles sont difficiles à reconnaître et appartiennent au tissu interstitiel. La *deuxième couche* est caractérisée par l'absence des petites pyramides que l'on trouve dans les autres régions de l'écorce. Elles sont remplacées par des lacunes périvasculaires limitées par les prolongements terminaux des pyramides plus profondes ; ceux-ci forment une sorte de réseau autour des anastomoses par lesquelles les capillaires de l'épendyme s'unissent aux capillaires venant de la surface du cerveau ; c'est le *stratum lacunosum* de Meynert (*stratum reticulare* de Kuppfer). La *troisième couche* (*stratum radiatum*) est composée en dehors par les pro-

longements périphériques des pyramides qui en forment la couche la plus profonde... Les dimensions de ces pyramides sont considérables et l'épaisseur de la couche qu'elles forment a déterminé Meynert à donner, dans toutes les autres régions de l'écorce, le nom d'*ammoniformation* à la couche plus particulièrement composée de ces éléments. Plus profondément on ne trouve ni cellules irrégulières, ni cellules fusiformes. Il n'y a même pas de substance conjonctive ou de matière unissante interposée entre la couche nerveuse profonde et ce qui représente dans la corne d'Ammon la substance médullaire. »

Nous avons étudié la formation ammonique chez deux espèces de singes : sur un cynocéphale et sur un cébien.

Chez le cynocéphale (PL. II, *fig. 3*), les parties sont disposées exactement comme chez l'homme : l'ensemble de la corne d'Ammon est seulement un peu aplati de haut en bas, de sorte que la circonvolution godronnée est plus large et moins haute ; aussi sa surface est-elle de plus en plus cachée dans le sillon qui la sépare de la circonvolution de l'hippocampe ; mais en même temps la continuité de la couche des grandes pyramides d'une circonvolution dans l'autre est ici encore plus évidente (*c, c*). Les formations vasculaires cavernieuses dites *stratum lacunosum* sont moins prononcées, et nous allons du reste les voir disparaître à peu près complètement chez les autres mammifères, nouvelle preuve de leur peu de signification ; il n'y a donc pas lieu, ainsi que nous l'avons dit, de les comprendre dans la nomenclature des couches de cette

région corticale. Enfin, on voit ici (*fig 3*, en X), aussi nettement que chez l'homme, la manière dont se comportent les plexus choroïdes relativement au ventricule (V et PC) et au corps bordant.

Chez le singe cébien (*fig. 4*) les dimensions réduites de l'encéphale nous ont permis de donner une figure qui s'étend en haut jusqu'au corps calleux (C p) avec la bandelette du trigone (*h*). Cette bandelette est, avec la face supérieure de la couche optique et avec les plexus choroïdes, dans les mêmes rapports que le corps bordant est avec la face inférieure de ces mêmes couches et de ces mêmes plexus. On voit que sous le corps calleux la bandelette du trigone représente la formation ammonique réduite à son corps bordant, et ce fait, que nous indiquons ici en passant, va devenir évident chez les autres mammifères. Quant à l'ensemble de la corne d'Ammon (partie inférieure de la *fig. 4*) chez le singe cébien, il reproduit très exactement les dispositions précédemment décrites, et ne présente de remarquable que le grand développement dans tous les sens de la circonvolution godronnée.

III. Corne d'Ammon chez divers mammifères.

1° Mouton. — Les *figures 5* et *6* représentent une corne d'Ammon chez le mouton. — Pour ce qui est de la *figure 5*, il est inutile d'en donner ici une description, qui ne serait que la répétition de celles que nous avons données pour l'homme et les singes : l'inspection seule de la figure, pour les détails de laquelle ont été employées les mêmes lettres de renvoi, suffira

à la démonstration des deux circonvolutions et du sillon qui les sépare. Quant à la *figure 6*, pour la rendre intelligible et en faire comprendre toute l'importance, il nous faut rappeler que, chez tous les animaux autres que l'homme et les singes, la formation ammonique, au lieu d'occuper seulement le diverticulum sphénoïdal du ventricule latéral, se prolonge en haut dans ce ventricule lui-même, c'est-à-dire que lorsqu'on dissèque le cerveau de haut en bas, on trouve, en arrivant au-dessous du corps calleux, non pas, comme chez l'homme et les singes (*fig 4, h*), une simple bandelette blanche faisant suite au corps bordant, mais bien une bandelette blanche accompagnée de substance grise et on reconnaît dans cette substance grise les diverses parties de la formation ammonique. Cette formation décrit donc un fer à cheval complet à concavité antérieure, présentant une branche supérieure et une branche inférieure (chez l'homme il n'y a que la branche inférieure). Sur une coupe verticale comprenant chacune de ces branches, les parties de la branche supérieure seront donc symétriquement disposés par rapport à celle de l'inférieure, c'est-à-dire qu'elles se regarderont réciproquement : c'est ce que montre la comparaison des *figures 5* et *6*, puisque la *figure 6* semble n'être autre chose que la *figure 5* renversée ; nous reconnaissons donc en C B (*fig. 6*) le corps bordant, qui, si la coupe était faite sur un cerveau d'homme ou de singe, représenterait le trigone, et en effet tous les anatomistes décrivent la bandelette du trigone comme faisant suite au corps bordant ; en P C (*fig. 6*) sont les plexus choroïdes et l'on voit qu'ici aussi ils sont renfermés dans une mince lamelle for-

mant paroi ventriculaire et se rattachant d'une part au bord du corps bordant (ou bandelette du trigone) et d'autre part à la limite externe de la couche optique (contre le noyau caudé du corps strié); en *c* est la circonvolution godronnée, remarquable et reconnaissable par son *stratum granulosum*; cette circonvolution godronnée est ici, comme dans la moitié inférieure de la formation ammonique, séparée, par un sillon profond, étroit, contourné, plein de vaisseaux, d'une belle circonvolution (CH, *fig. 6*) dans laquelle il est facile de reconnaître la suite de la circonvolution de l'hippocampe.

Or, et c'est là un fait essentiel non seulement pour l'étude présente mais encore pour un grand nombre de questions relatives à la morphologie comparée des hémisphères, cette circonvolution de l'hippocampe est ici située *au-dessous du corps calleux*. D'autre part, on aperçoit dans la partie supérieure de la *figure 6*, au-dessus du corps calleux, une circonvolution qui correspond à ce que, pour le cerveau humain, tous les auteurs désignent sous le nom de circonvolution du corps calleux (*gyrus fornicatus*). Si chez l'homme la formation ammonique, au lieu de se réduire en haut au corps bordant (bandel. du trigone), se continuait avec toutes ses parties constituantes, celles-ci formeraient sous le corps calleux une circonvolution godronnée et une circonvolution de l'hippocampe, absolument indépendante de la *circonvolution du corps calleux*, située au-dessus de la grande commissure interhémisphérique. Que penser donc de l'indication donnée par tous les auteurs, à savoir que la circonvolution de l'hippocampe (région temporo-occipitale) se continue en

haut (face interne de l'hémisphère) avec la circonvolution du corps calleux ? Deux solutions sont seules possibles pour trancher cette contradiction : ou bien la situation du corps calleux est différente chez l'homme et les singes d'une part, chez les autres mammifères d'autre part ; ou bien l'opinion classique est une erreur. C'est à cette dernière interprétation qu'il faut se rattacher. En effet, en examinant les parties corticales situées en arrière et au-dessous du bourrelet du corps calleux sur des hémisphères humains, on constate que la circonvolution du corps calleux est interrompue brusquement, au niveau de sa prétendue continuité avec celle de l'hippocampe, par un sillon oblique, de telle sorte que la circonvolution de l'hippocampe vient ici mourir par une extrémité taillée en pointe et qui se perd sous le bourrelet du corps calleux. Que cette pointe soit supposée s'élargir en se prolongeant sous le corps calleux et nous aurions chez l'homme, comme chez le mouton, la circonvolution de l'hippocampe développée jusque sous la face inférieure du corps calleux.

S'il en est ainsi de la circonvolution de l'hippocampe, à plus forte raison en est-il de même de la circonvolution godronnée, pour laquelle il ne faut pas songer à chercher aucune espèce de continuité avec les parties de l'écorce situées au-dessus du corps calleux, sur la face interne de l'hémisphère. Dans les descriptions classiques des circonvolutions, il n'est du reste guère fait allusion à une continuité de ce genre, puisque les auteurs ne comprennent pas le corps godronné parmi les formations corticales. Mais Berger, dans l'article souvent cité, s'inquiétant des connexions des diverses parties

de la corne d'Ammon, exprime d'une façon on ne peut plus nette l'opinion que nous venons de réfuter. « En haut, dit-il, le corps godronné se continue avec l'écorce de la circonvolution du corps calleux. » (*Op. citat.*, p. 169.)

Il y a déjà quelques années, que, étudiant dans un autre but des coupes d'hémisphères de chien et de chat (les choses sont disposées comme chez le mouton), nous avons été frappé de la présence de véritables circonvolutions au-dessous du corps calleux, à la place occupée par le trigone chez l'homme. Comme nous suivions à cette époque les leçons où Broca exposait ses idées sur le *lobe limbique* (publiées depuis dans le *Revue d'anthropologie*), nous lui fîmes remarquer, pièces en mains, à la suite d'une de ses leçons, que chez les animaux, on trouvait sous le corps calleux des replis de substance grise corticale qui pouvaient être considérés comme formant le véritable limbe du manteau de l'hémisphère, et nous n'oublierons jamais avec quelle bienveillance ce maître éminent, au début de la leçon suivante, indiqua que certainement, d'après les pièces qu'il avait reçues de nous, sa conception du lobe limbique devait être modifiée chez les animaux. Il se proposait de reprendre cette étude au point de vue de ces circonvolutions que nous appelions provisoirement sous-calleuses. Par ce qui précède, nous voyons que ces circonvolutions sous-calleuses ne sont autre chose que l'ensemble de la corne d'Ammon, c'est-à-dire la circonvolution godronnée et la circonvolution de l'hippocampe; nous voyons de plus que chez l'homme même le limbe de l'hémisphère ne saurait être représenté par le *gyrus fornicatus* (circonvolution du corps

calleux), mais bien par ce qui reste des circonvolutions sous-calleuses (partie supérieure de l'hippocampe) atrophiées et que, par suite l'étude, du lobe limbique est entièrement à refaire d'après des vues suffisamment indiquées par tout ce qui précède. C'est un travail que nous avons entrepris et qui sera prochainement publié.

Pour le moment, laissant de côté ces considérations de morphologie générale, il nous suffira d'avoir reconnu la formation ammonique dans l'ensemble des parties grises et blanches situées au-dessous du corps calleux du mouton. Or, chez les autres animaux que nous allons étudier, on voit la formation ammonique se retirer, pour ainsi dire, de plus en plus de la face inférieure des hémisphères pour se concentrer sur le corps calleux où elle prend un énorme développement, la formation ammonique droite et la gauche arrivant à se toucher sous la région médiane du corps calleux et à se souder dans cette partie.

2° *Rongeurs*. — Chez le rat et le lapin, on peut étudier avec avantage la formation ammonique à l'aide de coupes horizontales, c'est-à-dire qui portent sur la partie moyenne du fer à cheval décrit par la corne d'Ammon; quant aux coupes verticales, elles sont surtout intéressantes dans leur partie supérieure, intéressant la branche supérieure du fer à cheval en question, car sa branche inférieure est très réduite, à l'inverse de ce qui existe chez l'homme, et ne présente rien de particulier.

La *figure 7* (PL. III) représente une coupe horizontale du cerveau du rat; coupe passant par les tubercules quadrijumeaux (TQ) et les couches optiques: en arrière de la couronne rayonnante, on trouve les diverses

parties de la corne d'Ammon, se présentant, d'avant en arrière, dans l'ordre suivant: d'abord le corps bordant (CB), puis la circonvolution godronnée (C), reconnaissable à son *stratum granulosum* (*b*); vient ensuite (en *e*) le sillon qui sépare cette circonvolution du reste de la substance corticale, c'est-à-dire de la circonvolution de l'hippocampe (CH); mais ici cette dernière expression n'est qu'imparfaitement justifiée, car si la région corticale CH est limitée en dedans par un sillon (*e*), elle n'est séparée en dehors par aucune limite du reste de la substance corticale de l'hémisphère. Nous voyons donc déjà ici un exemple du fait déjà annoncé (page 18) et auquel les études suivantes donneront presque la valeur d'une loi générale, à savoir que sur ce cerveau lisse, c'est-à-dire qui paraît sans circonvolution quand on n'examine que ses faces extérieures, il existe cependant un sillon et une circonvolution vers la face interne, la circonvolution godronnée et le sillon qui la sépare du reste de l'écorce. Sur cette *figure 7*, vu l'étroitesse de la cavité ventriculaire, on a, pour plus de clarté, négligé de représenter les plexus choroïdes et indiqué seulement la limite du ventricule du côté du corps bordant; mais il est facile, en comparant par exemple avec la *figure 11*, de comprendre qu'une mince lamelle, partie du bord antérieur du corps bordant (CB) doit envelopper les plexus choroïdes et venir se rattacher à la limite externe de la couche optique, contre le noyau caudé du corps strié (figuré comme une coupe triangulaire à la partie postérieure de la couronne rayonnante).

Si dans une coupe horizontale (*fig. 7*) la corne d'Ammon d'un côté est séparée de celle du côté opposé

par toute l'épaisseur des couches optiques (ou pour mieux dire des tubercules quadrijumeaux), il n'en est plus de même, sur une coupe verticale, pour les parties supérieures ou sous-calleuses des deux cornes d'Ammon (*fig. 8*). Ici les deux formations ammoniques se rapprochent de la ligne médiane, et une de leurs parties arrive presque au contact d'un côté à l'autre. Cette partie (C H, *fig. 8*), c'est une région de l'écorce qui, par sa saillie nettement délimitée, mérite bien ici le nom de circonvolution de l'hippocampe (comparez avec la *figure 6* de la Pl. II). De sorte que ce cerveau du rat, parfaitement lisse à sa surface extérieure, se trouve cependant posséder, dans la partie sous-calleuse de sa face interne, deux circonvolutions bien définies, la circonvolution de l'hippocampe (CH) et la circonvolution godronnée (*a, b, c, fig. 8*).

Cette étude du cerveau du rat va permettre de comprendre dès la première inspection les dispositions en apparence énigmatiques des deux formations ammoniques chez le lapin, au-dessous du corps calleux, telles qu'elles sont représentées dans la *figure 9*. Ici le corps calleux est occupé sur toute sa face inférieure par deux épaisses couches grises qui sont pour le moins aussi volumineuses que les masses corticales développées au-dessus de lui. De ces couches, l'une est supérieure (C H) et continue d'un côté à l'autre ; on reconnaît en elle les deux circonvolutions de l'hippocampe (celle de droite et celle de gauche), qui se sont soudées sur la ligne médiane, et, en passant en revue, des séries de coupes échelonnées d'avant en arrière, on saisit toutes les phases de cette soudure ; l'autre est inférieure et ne forme pas une couche continue, quoique ses moi-

tiés droite et gauche arrivent en contact ; on reconnaît en elle la circonvolution godronnée, dans laquelle on retrouve le *stratum granulosum* (*b*, *b*) caractéristique, et c'est précisément parce que le stratum de droite et celui de gauche ne se continuent pas l'un avec l'autre, mais se regardent par leur bord interne convexe, que, quel que soit le contact intime des deux circonvolutions godronnées, nous pouvons les considérer comme non soudées ensemble, à l'inverse de ce qui arrive pour les circonvolutions de l'hippocampe dont les *stratum radiatum* se continuent de l'un à l'autre. Ces deux circonvolutions (la godronnée et celle de l'hippocampe) sont séparées par une mince zone (*e*), dans laquelle on trouve de nombreux vaisseaux, et qu'on reconnaît facilement, malgré son étroitesse, comme représentant le sillon qui sépare (*fig. 7 et 8, e*) la circonvolution de l'hippocampe de la circonvolution godronnée. — Pour compléter cette description des hippocampes chez le lapin, il est à peine besoin de désigner, sur la *figure 9*, le corps bordant en CB et la cavité du ventricule en V.

C'est sur la corne d'Ammon du lapin qu'a été publiée la première et la seule monographie consacrée à la formation ammonique : nous voulons parler de la thèse de G. Kupffer¹. Cet auteur étudie d'abord le développement de la formation ammonique, et émet à

¹ Gust. Kupffer. — *De Cornu Ammonis textura desquisitiones præcipue in cuniculis institutæ*. Dorpati, 1859. Pour ce qui est des auteurs antérieurs et des passages dans lesquels ils ont fait allusion d'une manière plus ou moins étendue à la formation ammonique, voyez : Vicq d'Azyr, *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1844, p. 312. — Wenzel : *De penitiori cerebri structura*. Tubingen, 1812, p. 134. — Treviranus, *Untersuchungen üb. Bau des Gehirns*, Bremen, 1820, p. 130. — Wolkmann, *Anatomia animalium*. Leipzig, 1831, p. 53.

ce sujet des vues fort justes, sur lesquelles nous aurons à revenir. Quant à la disposition des parties chez l'animal adulte, Kupffer les décrit d'une manière singulièrement compliquée; car, sans tenir compte de ce que l'embryologie lui a montré dans cette formation deux lamelles distinctes (nos deux circonvolutions, l'une de l'hippocampe, l'autre godronnée), il énumère de haut en bas les différentes couches; il en compte sept qu'il décrit laborieusement, sans même tenir bien compte de ce qu'une même couche, par le fait de la courbe qu'elle décrit (par exemple, le *stratum granulosum*) se présente deux fois. Cependant son étude est très complète, surtout lorsqu'il s'attache à la couche qu'il nomme *stratum granulosum* et qui depuis a conservé ce nom. Kölliker avait déjà signalé cette couche: « La corne d'Ammon et l'ergot de Morand, disait-il dès 1850¹, reproduisent le type des autres circonvolutions, si ce n'est que dans la substance grise de la corne d'Ammon on trouve une couche particulière de cellules rondes, dépourvues de prolongements et étroitement pressées les unes contre les autres. » Kupffer indique combien cette couche se teint énergiquement par le carmin², et il décrit comment elle coiffe, sur une coupe, le *stratum cellulolum* (le *stratum radiatum* des grandes pyramides) qui vient se terminer dans ce qu'il appelle le *folium inferius cornus ammonis* (circonvolution godronnée). Aussi ses dessins, tout en reproduisant l'apparence d'enroule-

¹ Kölliker, — *Mikroskop. Anatomie*, Leipzig, 1850, t. II, p. 471.

² « Hoc stratum, si segmentum, antiquam microscopio submittas, Ammonio coccico tractaveris, colore intense rubro imbutum plane a reliquis distinguitur. » (*Op. citat.*, p. 22.)

ment de l'écorce, à peu près comme tous les auteurs classiques se sont plu à le figurer, sont accompagnés d'explications qui en donnent l'interprétation exacte, à peu près telle que nous l'avons donnée précédemment. (Au lieu de parler de deux circonvolutions Kupffer parle de *deux feuillets*.)

Arndt ne fait guère que reproduire la description de Kupffer en la simplifiant, et en insistant sur les rapprochements à faire entre la formation ammonique et le reste de l'écorce grise¹. Ainsi que Kölliker² il considère les éléments du *stratum granulosum* comme des cellules nerveuses. Depuis cette époque, la formation ammonique a été étudiée chez les rongeurs par Stieda, qui a très nettement interprété les dispositions que présentent les parties sous-calleuses chez le lapin; pour désigner les deux circonvolutions que nous avons décrites, il emploie les expressions de *lamina superior* (circonvolution de l'hippocampe) et de *lamina inferior* (circonvolution godronnée).

3° *Taupe et chauve-souris*. — Nous avons donné (Pl. III, *figures 10 et 11*) le dessin de la formation ammonique chez deux autres petits mammifères, pour montrer combien cette formation est relativement volumineuse sur les encéphales de très petites dimensions.

Le cerveau de la taupe est représenté dans la *fig. 10* d'après une coupe horizontale (qui comprend en avant

¹ Arndt. — *Studien über die Architektonik der Gehirnrinde*. (Arch. f. Mikr. Anat., Bd III, p. 441, Bd IV, p. 407, et Bd. V, p. 317.)

² Kölliker. — *Gewebelehre*, 1867, page 306.

³ L. Stieda. — *Studien über das centrale Nervensystem der Wirbelthiere*. Leipzig, 1870.

jusqu'au lobe olfactif, *Ol*. On trouve, en *V*, la cavité des ventricules, et en *a*, *b*, *c* la circonvolution godronnée, toujours bien caractérisée par son *stratum granulosum* (en *b*): le profond sillon *e* la sépare du reste de l'écorce, dont la partie la plus voisine (*CH*) est évidemment l'homologue de la circonvolution de l'hippocampe des animaux à circonvolutions externes.

Enfin l'encéphale de la chauve-souris (*fig 11*) remarquable par ses dimensions exigües (remarquer que la *figure 11* est faite à un grossissement de 16 fois, et la *figure 10* à un grossissement de 7 fois seulement) et à peu près complètement lisse, nous donne la démonstration la plus évidente de cette loi précédemment indiquée, à savoir que les hémisphères, en apparence les plus lisses, sont cependant pourvues, à leur face interne, d'une belle circonvolution séparée du reste de l'écorce par un profond sillon. On voit sur la *figure 10* que l'aire de la formation ammonique est, sur une coupe horizontale, presque égale à l'aire de tout le reste de l'écorce.

Si donc cette région de l'écorce conserve chez tous les mammifères une délimitation si exacte, avec une particularité de structure si caractéristique, elle mérite plus que toute autre, au point de vue anatomique, le nom d'*organe cortical*, et il n'est guère possible de douter qu'une *fonction* soit *localisée* dans cet organe. Reste donc à chercher sa signification physiologique. C'est une question que nous n'aborderons pas ici, et qui doit être résolue par l'anatomie comparée et par l'expérimentation. Nous ferons seulement remarquer que l'anatomie a déjà désigné cette partie comme correspondant très probablement aux fonctions olfactives,

et, en effet, tous les auteurs admettent qu'une des racines blanches du bulbe olfactif vient se terminer dans la circonvolution de l'hippocampe en formant la couche blanche superficielle de cette circonvolution, le *subiculum* (voy. entre autres Huguenin, *Op. cit.*, page 132). Or, si la formation ammonique est en rapport avec l'olfaction, comme les vertébrés autres que les mammifères sont doués de l'olfaction, le but principal que nous devons nous assigner dans les recherches à ce sujet, sera de trouver chez les oiseaux, les reptiles, les poissons, etc., une partie cérébrale qui rappelle par sa *forme* ou au moins par ses *dispositions* l'hippocampe des mammifères. Il n'y a guère à espérer de trouver chez les vertébrés autres que les mammifères une partie cérébrale qui reproduise la forme de la corne d'Ammon, car l'anatomie descriptive comparée de l'encéphale est faite depuis longtemps d'une manière assez complète, et rien de ce genre n'a été signalé. Mais l'anatomie microscopique comparée est encore en grande partie à faire, et il sera possible que, sur une écorce cérébrale uniforme en surface, on trouve, en une région, une couche interposée, reproduisant la disposition du *stratum granulosum* : cette région pourra être alors considérée comme l'analogue de la circonvolution godronnée et par suite nous indiquera la partie qui représente un hippocampe. Si, en effet, par exemple dans la *figure 10*, nous supposons effacé le sillon qui sépare la partie CH des parties *a, b, c*, il n'y aura plus alors, au point de vue de la forme de l'écorce, une véritable circonvolution godronnée; et cependant, par le fait de la présence de la couche *b*, il serait impossible de ne pas reconnaître l'existence

de l'organe cortical correspondant à cette circonvolution.

Nous arrivons donc à cette conclusion, à ajouter à celles formulées par anticipation (voir ci-dessus) à savoir que le *stratum granulosum* est la partie la plus essentielle, caractéristique de la formation ammonique, partie qui permettra de reconnaître, dans les hémisphères les plus simples, les régions homologues de la formation ammonique alors même que celle-ci ne présentera ni circonvolution de l'hippocampe, ni même de circonvolution godronnée extérieurement dessinée.

Comme on le voit, la présente étude demande à être continuée par un vaste complément d'anatomie comparée; mais même pour ce qui est de l'encéphale de l'homme et des mammifères, il est plusieurs questions auxquelles nous avons fait à peine allusion ou qui restent encore à aborder : nous proposant d'en faire l'objet de prochaines études, nous devons seulement les signaler ici, car, par leur énoncé même, elles doivent être rapprochées des questions sur lesquelles nous sommes arrivés à conclure. — Comment se comporte la formation ammonique à son extrémité toute antérieure, c'est-à-dire au niveau de ce qu'on appelle le *crochet* de la circonvolution de l'hippocampe? Avec quoi se continue la branche interne de ce crochet? Avec le corps bordant, ou avec le corps godronné? — Quelles sont, dans leurs détails, les connexions exactes des tractus olfactifs avec la formation ammonique? A quelles formations faut-il donner le nom de *circonvolution limbique*?

IV. Développement de la corne d'Ammon.

Le développement de la corne d'Ammon a été, dans ses principaux détails, très nettement suivi par Kupffer; nous analyserons plus loin le court passage où cet auteur formule ses observations. Mais Kupffer avoue n'avoir pu saisir le mode de développement des plexus choroïdes¹, et nous avons vu que la disposition de ces plexus est une question intimement liée à l'étude du corps bordant. Dans les divers ouvrages où l'évolution des vésicules cérébrales est aujourd'hui traitée d'une manière si complète (voy. plus particulièrement Mihalkowitz et Kölliker), les détails relatifs à la formation ammonique et aux plexus sont épars, donnés souvent d'une manière accessoire et avec diverses lacunes, de sorte qu'il nous a paru nécessaire de reprendre cette étude à notre point de vue spécial; nous trouverons ainsi la confirmation la plus complète des conclusions auxquelles nous sommes précédemment arrivés.

Cette étude se bornera à une explication raisonnée des six figures de la PL. IV, représentant toutes des coupes horizontales antéro-postérieures d'encéphales d'embryon; nous n'avons pu disposer d'embryons de lapins pris à toutes les périodes du développement,

¹ Kupffer. *Op. cit.*, page 9 : « Proxime ante plicam, cornu Ammonis formantem, apud embrya variæ ætatis fissuram in hémisphèrii pariete invenimus per quam pia mater et vasa sanguifera ventriculi lateralis cavum adhuc amplum intrant. Quæ fissura, utrum inde a primo évolutionis initio in vesiculæ cerebri pariete exstet, an nonnisi plica formata oriatur, constituere non possum, quia embrya e primis evolutionis périodis in promptu non habui. »

c'est pourquoi les premiers stades sont figurés d'après des encéphales de mouton, et les suivants d'après des encéphales de rongeurs; mais la série nous paraît avoir été, dans ces conditions, suffisamment démonstrative.

La *figure 12* représente la coupe d'un encéphale de mouton qui mesurait 16 millimètres de la tête à l'origine de la queue : les vésicules des hémisphères sont déjà bien formées, en avant et sur les côtés de la vésicule cérébrale moyenne, de sorte que la cavité des ventricules latéraux (1, 1,) communique avec la cavité du futur troisième ventricule (2) par une large fente, la fente de Monro (qui se réduira plus tard à son extrémité toute antérieure, sous le nom de trou de Monro, si toutefois il reste encore chez l'adulte une partie perméable de cette fente)¹. Tandis que la paroi antéro-latérale du ventricule latéral (ou ventricule des hémisphères) est déjà épaisse, ce qui correspond au développement du corps strié, ainsi que nous l'avons indiqué ailleurs², leur paroi postérieure est mince, fragile et présente des plis plus ou moins réguliers, destinés à disparaître par les progrès du développement, c'est-à-dire à mesure que croît l'épaisseur et la consistance de cette paroi. Cependant, de ces replis, que Kölliker appelle primitifs ou transitoires, l'un est destiné à persister en s'exagérant : c'est celui qui, sur la paroi interne de l'hémisphère (*fig. 12, P*), est situé immédiatement en arrière de la fente de Monro : déjà, à cette époque,

¹ Voyez à ce sujet notre communication à la Société de biologie, 14 juin 1879. (*Des plexus choroïdes et des trous de Monro.*)

² Voyez Société de biologie, 21 juin 1879 : *Le développement de la région lenticulo-optique dans le cerveau humain.*

les vaisseaux, développés dans le feuillet moyen, se sont accumulés en abondance dans ce pli, et refoulent de plus en plus la mince paroi cérébrale vers la cavité du ventricule. Ainsi vont se former les plexus choroïdes. C'est ce qu'on voit dans la *figure 13* (mouton, long. 21 millimètres) : ici la paroi cérébrale a gagné en épaisseur; ses sillons transitoires ont presque disparu, excepté celui qui était immédiatement en arrière de la fente de Monro (F), lequel s'est développé au point de représenter une véritable invagination de la paroi cérébrale en elle-même, c'est-à-dire de former une sorte de bourse renfermant les plexus choroïdes et dont l'ouverture dirigée en dedans et en avant est limitée par deux lèvres, l'une antérieure qui forme la limite postérieure de la fente de Monro, l'autre postérieure qui se continue avec la paroi interne et postérieure de l'hémisphère.

C'est sur cette dernière portion de la paroi cérébrale, c'est-à-dire contre la lèvre postérieure de l'orifice donnant accès dans la bourse qui renferme le plexus choroïde, que nous allons voir se former la corne d'Ammon, par un procédé très simple, par l'apparition d'un sillon séparant deux parties saillantes, deux circonvolutions. En effet, déjà dans la *figure 14* (embryon de lapin long de 17 millimètres), on voit en ce point (enX) la paroi cérébrale, demeurée relativement mince, présenter un plissement qui prélude pour ainsi dire à cette formation. (Le reste de cette figure reproduit à peu près les détails de la *figure 13*, et montre que nous pouvons emprunter les éléments de cette étude successivement aux embryons de mouton et aux embryons de lapins). Mais dans la *figure 15* le sillon en

question est très nettement indiqué (en Y) ; il contient de nombreux vaisseaux, ou, pour mieux dire un prolongement de la pie-mère, car dans les éléments du feuillet moyen se sont produites les différenciations et stratifications qui conduisent à la formation des enveloppes cérébrales. En avant de ce sillon est une véritable circonvolution, qui sera la circonvolution godronnée (le corps godronné avec le corps bordant). En arrière est une partie de la paroi cérébrale qui formera ce qui, chez les rongeurs, est l'homologue de la circonvolution de l'hippocampe. Que le sillon en question se rétrécisse par accroissement en volume de la circonvolution godronnée, que dans celle-ci la différenciation des éléments anatomiques amène la production d'un *stratum granulosum*, et qu'en même temps sa partie la plus voisine de la fente de Monro ne donne lieu qu'à de la substance blanche, et nous aurons dès lors la formation ammonique telle qu'on la trouve chez les rongeurs à l'état adulte.

C'est ce que montre les *figures 16* et *17*. — Sur la *figure 16* (lapin presque à terme) la circonvolution godronnée s'est épaissie en même temps que sa partie toute antérieure, se transformant uniquement en substance blanche, a donné naissance au corps bordant. On voit de plus que l'épaississement de cette circonvolution godronnée est due surtout à l'augmentation de sa couche superficielle (*a*) dans laquelle va apparaître le *stratum granulosum*. — Sur la *figure 17* (lapin à terme) ce *stratum* est apparu (en *b*), et il nous paraît inutile de donner de cette figure toute autre description et explication, mais simplement de prier le lecteur de la comparer avec la *figure 8* de la PL. III.

L'embryologie vient donc absolument à l'encontre de l'opinion que nous avons précédemment combattue, à savoir que le corps godronné serait une chose à part, logée dans la concavité de la formation ammonique (voy. les citations d'auteurs ci-dessus page 9); elle montre que le corps godronné n'est que la circonvolution antérieure (ou supérieure, ou inférieure, selon qu'on considère l'une des branches ou la partie moyenne du fer à cheval) d'un ensemble constitué par deux circonvolutions que sépare un sillon. Cette démonstration, empruntée à l'embryologie, n'était pas inutile, car les auteurs antérieurs à Kupffer avaient précisément cherché à confirmer la conception classique par l'étude du développement (Arnold)¹. Kupffer, au contraire, a constaté que le rétrécissement du sillon est dû simplement à l'accroissement en épaisseur de l'un des plis qui le limite et, quoiqu'il n'ait peut-être pas tenu assez compte de ce fait lorsqu'il a classé les couches qu'on trouve dans la formation ammonique (voy. ci-dessus page 23), il l'a, au point de vue purement embryologique, exprimé avec une telle clarté que nous devons reproduire ici ce court passage de sa monographie : « *Præparatis certior factus sum, dit-il (page 9), plicam, antea apertam, eo impleri quod ambo folia crassiora fiunt. Qui processus cum evolutione progrediente parietis ventriculi lateralis omnino congruit, neque, ut Arnoldus censere videtur eo perficitur, quod novæ formationes extrinsecus in sulcum sese immittant.* »

¹ Arnold (*Handbuch der Anatomie des Menschen*, t. II, p. 769) dit : « Das Ammonshorn hat beim Fœtus in 4 Monat dieselbe Bildung wie die Vogelklaue, d. h. es ist eine blosse Einbiegung eines Gyrus in das weite Unterhorn ohne Füllung. Letzere, welche durch die zweite Markschiçhte und die gezähnelte Binde gebildet wird, kommt erspäter zum Vorschein. »

Nous terminerons en faisant remarquer combien l'embryologie confirme ce que nous avons dit des rapports des plexus choroïdes avec la cavité des ventricules : de par leur mode de formation, ces plexus sont toujours en dehors des cavités cérébrales, c'est-à-dire qu'ils ne viennent se loger dans les ventricules qu'en repoussant devant eux la paroi cérébrale et non en la perforant ; et cela est ainsi non seulement pour les ventricules latéraux, mais encore pour la toile choroïdienne et le troisième ventricule, pour les plexus choroïdes inférieurs et le troisième ventricule. Au niveau de ce dernier, la paroi amincie, qui passe comme un voile au-dessus de la fosse rhomboïdale, peut se perforer d'une manière plus ou moins normale et telle est l'origine du trou de Magendie, sur l'existence duquel ont eu lieu dans ces derniers temps de nombreuses discussions¹ : ce trou est toujours accidentel ; nous ne voulons pas dire par là qu'il soit toujours produit par violente déchirure au moment où est extrait l'encéphale, mais seulement qu'il n'existe pas primitivement, qu'il se forme par amincissement extrême de la membrane, et qu'il n'a dans son existence et sa disposition rien de plus constant que par exemple les ouvertures fenêtrées qui, d'une manière irrégulière, peuvent se présenter sur l'épiploon ou les lames mésentériques de certains animaux.

Pour ce qui est en particulier des plexus choroïdes et des ventricules latéraux, nous ne pensons pas que

¹ Voyez Marc Sée. — Sur la communication des cavités ventriculaires de l'encéphale avec les espaces sous-arachnoïdiens. (*Revue mensuelle*, 1878, page 424, et 1879, page 295). — Voyez aussi les communications de M. Bochefontaine à la Société de biologie, avril 1879.

jamais une perforation de ce genre se produise ; les ventricules des hémisphères resteraient donc toujours complètement clos. Aussi, quand on injecte les espaces sous-arachnoïdiens, ne voit-on pas réellement le liquide, à moins de ruptures violentes, pénétrer dans la cavité ventriculaire. Les résultats obtenus par H. Quincke sont démonstratifs à ce sujet : sur des animaux vivants, cet expérimentateur injectait du vermillon émulsionné (vermillon très fin, broyé avec une solution de sucre) dans l'espace sous-arachnoïdien, au moyen d'une canule pointue. Quatre fois la matière colorante fut trouvée dans les plexus choroïdes ; jamais elle ne fut rencontrée à l'état de liberté dans les ventricules. (Voy. M. Sée, *Op. cit.*, page 300.)

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I.

Fig. 1. — Coupe transversale de l'encéphale de l'homme au niveau des corps genouillés ; — *CO*, couche optique ; *CC*, corps genouillés ; — *V*, cavité du diverticule sphénoïdal du ventricule latéral ; — *H*, saillie blanche intra-ventriculaire de la corne d'Ammon ; — *CH*, circonvolution de l'hippocampe (2^e circonvolution temporo-occipitale). Grossis. 3 fois.

Fig. 2. — La corne d'Ammon de la figure précédente grossie 10 fois. — *H*, saillie intra-ventriculaire de la corne ; — *CB*, corps bordant ; — *PC*, plexus choroïdes ; — *X*, entrée de la pie-mère dans le repli mésentérique ; — *O*, subiculum ; — *e*, entrée du sillon qui sépare la circonvolution de l'hippocampe de la circonvolution godronnée ; — *a*, couche de substance amorphe ; — *b*, stratum granulosum ; — *c*, stratum radiatum ; — *d*, couches des cellules nerveuses étoilées ; — *f*, couche de substance blanche médullaire.

PLANCHE II.

Fig. 3. — Coupe transversale de la corne d'Ammon d'un singe cynocéphale (Grossiss. 12 fois). — Lettres comme pour la figure 2.

Fig. 4. — Idem chez un singe cèbien (Grossiss. 6 fois). — Lettres

comme précédemment; de plus: — *Cp*, corps calleux; — *CC*, circonvolution du corps calleux ou *gyrus fornicatus*; — *h*, bandelette du trigone.

Fig. 5. — Coupe de la moitié inférieure, et *figure 6* coupe de la moitié supérieure (sous-calleuse) de la corne d'Ammon du mouton. — Lettres comme ci-dessus.

PLANCHE III.

Fig. 7. — Rat; coupe horizontale; grossiss. 8 fois; lettres comme ci-dessus.

Fig. 8. — Rat; coupe verticale; idem.

Fig. 9. — Lapin; coupe transversale. Grossiss. 5 fois et demi. Les portions sous-calleuses des deux cornes d'Ammon sont soudées sur la ligne médiane; *V*, cavité de l'hémisphère; — *CC*, partie corticale homologue du *gyrus fornicatus*; — *Cp*, corps calleux; — *CH*, circonvolution de l'hippocampe; *b, b*, stratum granulosum de la circonvolution godronnée; — *e*, sillon qui sépare la circonvolution godronnée d'avec la circonvolution de l'hippocampe; *CB*, corps bordant.

Fig. 10. — Taupe; coupe horizontale, grossiss. 7 fois. Lettres comme ci-dessus.

Fig. 11. — Chauve-souris; coupe horizontale. Grossiss., 16 fois. Lettres comme ci-dessus.

PLANCHE IV.

Développement de la corne d'Ammon et des plexus choroïdes.

Fig. 12. — Coupe horizontale de l'encéphale d'un embryon de mouton long de 16 millimètres. — 1, cavité des hémisphères (ventricules latéraux); — 2, cavité de la couche optique (3^e ventricule); 3, cavité des tubercules quadrijumeaux; — *CS*, corps strié; — *pm*, pie-mère en voie de formation; — *P*, plexus choroïdes.

Fig. 13. — Même coupe, mouton long de 21 millimètres. Lettres comme ci-dessus, de plus *F*, fente de Monro.

Fig. 14. — Coupe horizontale de l'encéphale d'un embryon de lapin, long de 17 millimètres; lettres comme ci-dessus; — *X*, lieu de la formation de la corne d'Ammon.

Fig. 15. — Embryon de lapin, long de 36 millimètres; — *y*, vaisseaux placés dans le sillon qui sépare deux plis, lesquels vont former les deux circonvolutions de la corne d'Ammon.

Fig. 16. — Lapin presque à terme, et *Figure 17*, lapin à terme. Lettres comme dans les figures de la PLANCHE III. (Comparez notamment avec la *Figure 8*).

DE LA STRUCTURE DU NERF AUDITIF ;

Par le Dr ALF. ERLITKY (de Saint-Pétersbourg).

Le nerf auditif, l'un des plus courts des nerfs crâniens, prend naissance, comme on le sait, dans le bulbe rachidien au moyen de plusieurs racines, et de plusieurs noyaux d'origine. Pour ce qui est de ces derniers, quoique presque tous les auteurs s'accordent à leur reconnaître la même origine, quelques-uns cependant les désignent par différentes dénominations, circonstance qui ne contribue guère à éclaircir une question assez compliquée par elle-même. Voyons un peu les aperçus des auteurs à ce sujet.

Huguenin¹ reconnaît au nerf auditif trois noyaux d'origine : un antérieur, un interne et un externe. Le noyau antérieur siège dans les couches superficielles de la protubérance et du corps restiforme, immédiatement à l'entrée du nerf auditif dans ces parties. D'après Huguenin, c'est la région supérieure de ce ganglion, précisément dans celle qui se localise dans la protubérance, que prend naissance le nerf intermédiaire de Wrisberg. Le noyau interne occupe toute la largeur du plancher du quatrième ventricule, au niveau des stries acoustiques. Le noyau externe se place en

¹ G. Huguenin. — *Allgemeine Pathologie der Krankheiten des Nerven systems*. Zurich, 1873.

dehors du précédent, dans le segment interne des pédoncules cérébelleux.

Krause ¹ reconnaît au nerf auditif quatre racines, et pour chacune d'elles, un noyau d'origine.

Le noyau latéral des racines postérieures se trouve, d'après cet observateur, entre la partie supérieure et l'inférieure de ces racines, immédiatement à leur issue du corps restiforme. — *Le noyau médian des racines postérieures* occupe le plancher du quatrième ventricule, au niveau des stries médullaires. *Le noyau médian des racines antérieures* se place dans la partie interne du corps restiforme, et finalement, *le noyau latéral des racines antérieures* se localise dans la protubérance, à l'endroit où en émergent les racines nerveuses.

C'est précisément de ce noyau que tire son origine, d'après Krause, la portion intermédiaire de Wrisberg. C'est ainsi que le noyau latéral des racines postérieures, et le noyau latéral des racines antérieures de Krause, correspondent au noyau antérieur de Huguenin. Le noyau médian des racines postérieures correspond au noyau interne de Huguenin, et le noyau médian des racines antérieures au noyau externe de Huguenin.

Henle ² désigne sous le nom de *noyau supérieur* du nerf auditif, celui que Krause appelle noyau médian des racines postérieures — noyau interne de Huguenin.

Le noyau inférieur de Henle correspond à ce que Krause désigne sous le nom de noyaux latéraux des

¹ W. Krause. — *Allgemeine und microscopische Anatomie*. Hannover, 1875.

² J. Henle. — *Handbuch der Nervenlehre des Menschen*. Braunschweig, 1879.

racines postérieures et antérieures — le noyau antérieur de Huguenin. Le *noyau latéral* de Henle équivaut, en partie, au noyau médian des racines antérieures de Krause, et au noyau externe de Huguenin.

Schwalbe ¹ de son côté distingue trois noyaux d'origine au nerf auditif : son *noyau central* correspond au noyau médian des racines postérieures de Krause ; son *noyau latéral* — au noyau médian des racines antérieures de Krause ; son *noyau accessoire* — au noyau latéral des racines antérieures de Krause. Schwalbe affirme en plus, que des cellules ganglionnaires sont contenues dans le segment extérieur des racines postérieures. Quant aux relations intra-cérébrales du nerf auditif, on doit convenir qu'elles ne sont pas tout à fait éclaircies. Parmi les auteurs modernes, Meubel ² fait ressortir, par exemple, la part éminente qu'un des fascicules du nerf auditif prend dans la formation des pédoncules cérébelleux supérieurs (Bindearm), tandis que Mathias Duval ³ insinue que quelques fibres des racines antérieures du nerf auditif se rendent dans le cervelet.

Le tronc du nerf auditif ainsi composé, donne naissance dans son parcours, entre le corps restiforme et le méat auditif interne, à un certain nombre de tubes nerveux très déliés, qui contribuent à la formation du nerf intermédiaire de Wrisberg. On observe quelquefois que le nerf en question est entièrement constitué

¹ G. Schwalbe. — *Lehrbuch der Neurologie*; Erlangen, 1880.

² *Berliner medicinische-psychologische Gesellschaft*. Sitzung vom 7 januar 1878. *Arch. für Psych.* B-D : X. Heft : 2. 1880, s. 540.

³ Mathias Duval. — *Sens de l'espace* (Société de biologie. Séance du 21 février 1880. *Progrès médical*, n° 9, 1880, p. 170.)

de filaments nerveux, émergeant en totalité du tronc du nerf auditif.

Les recherches microscopiques sur ce tronc chez l'homme m'ont amené à constater les deux circonstances suivantes : 1° le tronc du nerf auditif se compose de deux parties distinctes : une antérieure et inférieure ; l'autre postérieure et supérieure. Ces deux faisceaux se distinguent par le caractère de leurs tubes nerveux.

2° Dans le tronc du nerf auditif, principalement dans la partie qui touche au corps restiforme, et plus rarement dans tout son parcours, jusqu'au méat auditif interne, se trouvent des îlots de substance grise, contenant des cellules nerveuses.

Pour le tissu réticulaire, aussi bien que pour les cellules nerveuses revêtues de membranes, ces îlots sont identiques à la substance grise de la moelle épinière, ainsi qu'aux ganglions cérébro-spinaux.

Horbaczewski ¹ (v. Henle, *loc. cit.*, p. 461) distingue deux espèces de fibres nerveuses, dans le nerf auditif de la brebis et du cheval, notamment : les fibres du nerf cochléaire plus grêles, et les fibres du nerf vestibulaire plus volumineuses.

Axel Key et Gustave Retzius ² ont obtenu deux espèces de fibres nerveuses, par voie de dissociation du nerf auditif, ce dont ils publient un dessin (PL. I, *fig.* 23-24 de leur travail.) Ils ne disent pas cependant, si ces deux espèces de fibres furent prises au même endroit du nerf auditif, ou bien à des niveaux divers de son parcours.

¹ *Wiener Sitzungsberichte*. 1875, avril.

² Axel Key und Gustav Retzius. — *Studien in der anatomie des Nervensystems und des Bindegewebes*; Zweite Hälfte s. g. Stockholm, 1876.

De notre côté, voici ce que nous avons pu constater : les couches transversales du nerf auditif, préalablement durci dans du bichromate de potasse, avec addition de sulfate de cuivre ¹, furent d'abord pratiquées à l'endroit de son issue du corps restiforme, et traitées par le carmin. Examinées au microscope, ces coupes présentèrent le tableau suivant :

La portion moindre de la coupe, correspondant au faisceau du nerf localisé à la région supérieure et postérieure présentait de gros tubes médullaires avec de larges cylindres d'axe bien distincts. Ces tubes nerveux, d'égale dimension, alignés l'un près de l'autre, atteignaient à peu près la grosseur des nerfs moteurs craniens, nerfs pathétique et moteur de l'œil, ou bien encore le volume des racines antérieures des nerfs spinaux. Le tissu conjonctif, formant le périnèvre, et l'endonèvre, se présentait en forme de trabécules et de faisceaux parcourant par endroits la coupe transversale du nerf et contenant des fibres nerveuses transverses, ainsi que des vaisseaux sanguins. Le tissu conjonctif contenait également un petit nombre de cellules étoilées et de noyaux.

Des fibres nerveuses fraîches, prises en cet endroit, furent soumises à l'action de l'acide osmique et du picrocarminate, et dissociées ensuite. Elles ne présentèrent cependant rien de caractéristique, si ce n'est une fragilité excessive. Leur grosseur est inférieure, à très peu de chose près, à celle des fibres des racines antérieures de la moelle épinière. Ces tubes nerveux sont assez uniformes (Pl. V, *fig.* 2), possèdent des noyaux granuleux

¹ A. Erlitzky. — *Progrès médical*, n° 39, 1877.

dans la gaine de Schwann, disposés au centre de segments de longueur moyenne, entre deux étranglements. Les segments cylindro-coniques occupent leur place habituelle. A de rares intervalles, on rencontre, parmi ces tubes médullaires, des tubes de myéline excessivement déliés et des fibres de Remak.

La seconde portion occupe une plus grande étendue de la coupe transversale du tronc nerveux pratiquée à son émergence du corps restiforme, et correspond à la partie inférieure et antérieure du nerf. Elle se compose de fibres nerveuses plus grêles et plus fines, et en contient même d'excessivement déliées. Dans bon nombre de ces fibres, les cylindres d'axe ne se colorent pas par le carmin (PL. V, *fig. 3*) et ne se reconnaissent guère que sous l'aspect de points noirs, au centre de la couche jaunâtre et mince de myéline qui les entoure.

L'aspect général de la coupe transversale du nerf auditif, dans cet endroit, offre une certaine ressemblance avec les coupes analogues du trijumeau et du pneumogastrique. A cette portion de la coupe, le tissu conjonctif diffère tant soit peu d'avec la précédente. Les cloisons et les faisceaux en sont plus courts et ne contiennent guère de fibres transversales. Ces trabécules du tissu conjonctif, tout en étant plus courtes, n'en sont pas moins épaisses, et par endroits contiennent des vaisseaux de calibre assez fort. Les cellules étoilées s'y rencontrent en grande quantité; elles se présentent éparses aussi bien que sous forme d'amas. Les noyaux du tissu conjonctif abondent également.

Pour ce qui est des fibres nerveuses de cette portion du nerf, à l'état dissocié et traitées par l'acide osmique

et le picrocarminate, elles présentent un aspect très différent des tubes médullaires de la portion précédente. Ce sont des fils assez déliés et fins, revêtus d'une couche circulaire de myéline très mince, qui ne présentent qu'à de rares intervalles des traces d'incisures dans les segments cylindro-coniques.

On ne saurait découvrir sur le parcours de ces fibres, ni des noyaux de la gaine de Schwann, ni des étranglements, même lorsque l'on réussit à dissocier ces fibres sur une étendue assez considérable. En échange, ces fibres présentent le long de tout leur parcours de fréquents renflements (Pl. V, *fig. 4*) dus probablement aux cylindres d'axe ainsi qu'à leurs gaines. La couche circulaire de myéline conserve la même épaisseur dans les renflements que dans les parties intermédiaires. Ces renflements affectent différentes formes et différents volumes. Cependant, la forme globulaire ou bien l'ovulaire sont celles qui prévalent.

Cette particularité des fibres que nous venons de mentionner, ainsi que leur tendance à former des enchevêtrements inextricables, rend leur dissociation extrêmement difficile. Parmi ces fibres nerveuses, ce n'est qu'exceptionnellement que je trouvai des tubes uniformes, à couche circulaire de myéline. Mais je n'eus jamais l'occasion d'y discerner des fibres de Remak.

Ces deux parties bien distinctes, trouvées dans le tronc du nerf auditif, correspondent, la première au faisceau du nerf vestibulaire, la seconde au faisceau du nerf cochléaire. Sur les coupes du tronc, pratiquées à son origine microscopique, ces deux parties ne différen-
rent entre elles que par la nature de leurs fibres, et

par l'étendue qu'elles occupent; elles ne présentent aucune limite bien accusée. Mais, à mesure qu'on avance vers le méat auditif interne, en procédant successivement aux coupes du tronc nerveux, on trouve une cloison de tissu conjonctif de plus en plus accentuée, qui sépare les deux faisceaux de fibres nerveuses. Immédiatement avant l'entrée du nerf dans le méat auditif interne, cette cloison se renforce encore davantage, et sépare entièrement les deux faisceaux en deux nerfs bien distincts (PL. V, fig. 5), d'un volume presque égal. Le faisceau supéro-postérieur se compose de tubes nerveux assez forts, quoiqu'un peu moins gros qu'à l'origine du tronc nerveux. Ces tubes médullaires ont un cylindre-axe nettement accusé par le carmin (PL. V, fig. 5, A); à cet endroit, il n'y a plus de fibres nerveuses transversales.

Pour ce qui est du faisceau antérieur et inférieur, il se compose exactement, comme à son émergence du corps restiforme, de fibres nerveuses plus ou moins grêles, dont les cylindres d'axe ne se colorent pas au carmin. (PL. V, fig. 5, B), et ne se distinguent que sous la forme de points foncés; souvent même, ils se dérobent à l'œil de l'observateur.

On doit mentionner ici que plusieurs physiologistes reconnaissent les doubles fonctions du nerf auditif. Ainsi, par exemple, Cyon¹ est de l'opinion que le « nervus cochleae » est le seul nerf auditif et que le « ramus vestibularis » transmet les impressions de l'espace. Cyon fait ressortir encore que ces résultats

¹ Elie Cyon. — *Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux semi-circulaires*, etc. Thèse pour le doctorat en médecine Paris, 1878, p. 97-98.

1^{ère} portion - Coch
vestibularis
de l'espace

2^e portion - Coch
auditif

des observations physiologiques sont parfaitement d'accord avec les données anatomiques, d'après lesquelles les fibres du nerf auditif ont deux différents aspects et deux différentes origines, ce qui a été constaté par le professeur Stieda (de Dorpat).

Dans les derniers temps, Mathias Duval¹ vient de confirmer aussi qu'il existe deux racines du nerf auditif bien distinctes et dont l'antérieure est, selon lui, la racine motrice et joue le rôle du nerf de l'espace, pour lequel les canaux demi-circulaires servent d'appareil périphérique.

Les coupes nombreuses du tronc du nerf auditif que nous pratiquâmes sur bon nombre de cadavres, nous présentèrent pour la plupart, à l'examen microscopique, des îlots de substance grise, avec des cellules ganglionnaires. Ce fait s'observe principalement, comme je l'ai dit déjà, dans la partie interne du nerf qui longe le corps restiforme. Néanmoins, il n'est pas rare de rencontrer de ces îlots sur des coupes, faites au niveau même de l'entrée du nerf dans le méat auditif interne. Dans la partie du tronc nerveux qui avoisine le corps restiforme, ces îlots occupent un espace plus vaste. Leur étendue diminue, à mesure qu'on approche du méat auditif interne.

Cependant on constate parfois une exception à cette règle, car il arrive de rencontrer, rarement il est vrai, des îlots plus vastes dans les parages du méat auditif interne, que dans ceux qui touchent au corps restiforme. Dans la grande majorité des coupes, on ne

¹ *Loco citato.*

rencontre dans chacune d'elles, qu'un seul îlot de substance grise (PL. V, *fig. 6*). Mais il arrive quelquefois d'en trouver par deux, dans une même coupe (PL. V, *fig. 7*). Dans ce cas, les îlots sont généralement plus petits. Il ne m'est jamais arrivé de voir plus de deux îlots dans une même préparation microscopique.

Ces îlots de substance grise se perçoivent facilement, même à l'aide d'un petit grossissement. Avec le système 4 de Hartnack, oculaire 3, on s'en rend parfaitement compte, surtout lorsqu'ils sont colorés au carmin. Leur vive coloration, et surtout celle des cellules ganglionnaires qui s'accroissent encore davantage, fait que les îlots se distinguent nettement des tubes nerveux qui les entourent.

Au nombre d'un seul ou de deux, les îlots avoisinent toujours les tubes nerveux de plus fortes dimensions (PL. V, *fig. 6* et *7*), autrement dit, se trouvent toujours dans le faisceau du nerf vestibulaire. Il arrive cependant que l'îlot s'approche plus ou moins du faisceau à fibres grêles (le nerf cochléaire); mais dans ce cas également, l'îlot se trouve entouré de fibres nerveuses plus grosses.

En observant de plus près la structure même de l'îlot, on s'assure qu'elle se compose d'un double réseau, à l'instar de la substance grise de la moelle épinière. L'un de ces réseaux est formé par le tissu conjonctif, fibrilles et tissu, finement grenu de Gerlach. Dans les cloisons conjonctives de ce réseau, on distingue des éléments cellulaires et des vaisseaux capillaires. Les interstices de ce réseau sont traversés par des fibres

nerveuses longitudinales éparses, en formant de minces faisceaux.

Le second réseau, dit nerveux, est constitué par des fibres nerveuses très grêles. Toute l'étendue du tissu est couverte de cellules ganglionnaires et de nombreux noyaux. Les cellules ganglionnaires, à protoplasma granuleux, contiennent de gros noyaux de forme globulaire ou ovale, renfermant des nucléoles (PL. V, *fig. 8*). Les cellules ont pour la plupart deux prolongements et sont revêtues d'une membrane. Il est à remarquer que les cellules ganglionnaires sont plus petites, toutes les fois qu'on observe deux îlots dans la même coupe, au lieu d'un seul, comme d'habitude.

En analysant de plus près la relation qui existe entre ces cellules ganglionnaires et les îlots eux-mêmes, il est facile de s'assurer que ces cellules servent de ganglions ou noyaux, à des branches nerveuses très fines, qui se détachent du nerf auditif pour se relier ensuite aux tubes nerveux plus gros (au nombre d'un ou de deux), qui forment le nerf intermédiaire de Wrisberg. Bien que les fibres de ce dernier prennent habituellement naissance dans le corps restiforme même, il arrive cependant que ces fibres émergent de la partie postérieure supérieure du tronc du nerf auditif, à l'égal des branches nerveuses très déliées que nous venons de mentionner.

Chaque îlot de substance grise laisse échapper de longues traînées de tissu conjonctif, plus ou moins nombreuses, constituant des espèces de cloisons ou de trabécules, déjà notés (PL. V, *fig. 6 et 7*). Ces derniers contiennent des fibres nerveuses transversales excessivement déliées, qui atteignent jusqu'au bord de la sur-

face antérieure du nerf et servent d'origine aux branches nerveuses dont nous avons parlé.

Le nombre des branches nerveuses issues du nerf auditif, et concourant à la formation du nerf intermédiaire de Wrisberg est très variable, selon les individus. Leur nombre en est parfois très restreint. Il arrive de constater, que sur tout le parcours du tronc du nerf auditif, on ne voit pas s'en détacher une seule fibre nerveuse; dans ces cas-là, les coupes transversales, examinées au microscope, ne présentent pas la moindre trace d'un îlot de substance grise, ni de cellules ganglionnaires. Chez d'autres individus au contraire, on observe une grande quantité de fibres nerveuses très fines, se détachant du nerf auditif, tout le long de son trajet, depuis le corps restiforme jusqu'au méat auditif interne. Chaque coupe microscopique du nerf ne manque pas de contenir un îlot plus ou moins grand, voire même deux îlots, garnis de cellules ganglionnaires.

On en arrive ainsi à la conclusion, que la quantité et l'étendue des îlots de substance grise, avec leurs cellules ganglionnaires, contenus dans le tronc du nerf auditif (dans le faisceau vestibulaire), se trouve en relation directe avec le nombre et la capacité de fibres nerveuses qui se détachent de ce nerf, pour se confondre avec le nerf intermédiaire de Wrisberg.

Toutes les fois que la branche nerveuse la plus forte du nerf de Wrisberg provenait du tronc du nerf auditif, au lieu d'émerger du corps restiforme, l'îlot de substance grise qui servait de ganglion à cette branche, occupait une assez vaste étendue; sur la coupe transversale du nerf auditif, on voyait l'îlot occuper presque

tout l'espace de la partie supérieure et postérieure du nerf, ne laissant tout autour que très peu de place, pour le passage des fibres nerveuses.

J'ai déjà fait observer que les grosses fibres nerveuses du faisceau postérieur et supérieur du nerf auditif, s'amincissaient légèrement en approchant du méat auditif interne, tout en conservant une différence marquée d'avec les fibres grêles du faisceau antérieur et inférieur. Notons que l'amincissement des fibres nerveuses en question commence exactement à partir de l'endroit où cesse l'émergence des fils nerveux qui se détachent du nerf auditif pour se confondre avec le nerf de Wrisberg. C'est aussi l'endroit où le nerf auditif cesse de présenter des îlots de substance grise, servant de ganglions aux fils nerveux.

Comme je l'ai dit ailleurs, cette particularité s'observe à différents niveaux du parcours du nerf auditif entre le corps restiforme et le méat auditif interne.

En se basant sur ces faits, il nous semble qu'aux noyaux connus du nerf intermédiaire de Wrisberg, le noyau latéral des racines antérieures du nerf auditif (Braule), le noyau antérieur de Huguenin, et le noyau accessoire de Schwalbe, on pourrait encore ajouter les ganglions microscopiques localisés dans le tronc du nerf auditif que nous venons de décrire.

Rien de nouveau, que les cellules ganglionnaires, c'est-à-dire les ganglions ou noyaux respectifs qu'on trouve sur le parcours des fils nerveux. Sans nous arrêter aux ganglions microscopiques nombreux, tels que le ganglion de Gasser, les ganglions géniculés, le

ganglion jugulaire, le ganglion pétreux, les ganglions des nerfs sympathiques, rappelons-nous que Pouchet et Tourneux¹ citent des ganglions sur le trajet du nerf lingual, et sur les fibres grises du grand sympathique. Henle² affirme qu'on trouve un certain nombre de cellules nerveuses disséminées entre les fibres du nerf oculo-moteur. Hyrtl³ prétend que « dans le méat auditif interne, le nerf auditif contient des cellules ganglionnaires, très faciles à découvrir chez le cheval et le veau, mais qu'on ne trouve qu'avec peine chez l'homme. » Stannius⁴ a vu de nombreuses cellules nerveuses dans les branches du nerf auditif. Kœlliker⁵ affirme avoir trouvé également parmi les fibres du nerf cochléaire et du vestibulaire, ainsi que dans le tronc du nerf auditif de l'homme et des mammifères, un grand nombre de cellules nerveuses bipolaires. Pierret⁶ signale des amas de cellules ganglionnaires enclavées entre les tubes médullaires du nerf auditif. Cependant, aucun de ces observateurs ne donne d'explication, ni de plus amples détails anatomiques sur les éléments ganglionnaires.

Nous nous permettons de rappeler, comme nous l'avons déjà noté, que les auteurs s'accordent unani-

¹ Pouchet et F. Tourneux. — *Précis d'histologie humaine et d'histogénie*. Paris, 1878, p. 369.

² Henle, *loc. cit.*, p. 394.

³ Joseph Hyrtl. — *Lehrbuch der Anatomie des Menschen* de Wien 1851, s. 620.

⁴ Stannius. — *Gott. Nachr.*, 1851, p. 62.

⁵ A. Kœlliker. — *Handbuch der Gewebelehre des Menschen*. Leipzig, 1867, s. 730.

⁶ A. Pierret. — *Contribution à l'étude des phénomènes céphaliques du tabes dorsalis; symptômes sous la dépendance du nerf auditif*. (*Revue mensuelle*, n° 2, 177, p. 103.)

ment en reconnaissant pour noyau du nerf intermédiaire de Wrisberg (nerf qui sert de connexion entre l'auditif et le facial), un des noyaux localisés dans le bulbe rachidien et appartenant au nerf auditif (Huguenin)¹; d'autres prétendirent qu'il ne faisait partie du nerf auditif qu'à son origine, et que dans son trajet ultérieur il appartenait au facial. (Krause² et Schwalbe³). Certains auteurs même révoquèrent en doute la réalité d'une connexion du nerf auditif avec le nerf facial par l'entremise du nerf intermédiaire de Wrisberg et l'envisagèrent comme illusoire. C'est ainsi que Rauber⁴, et d'autres observateurs prétendent que les fibres nerveuses qui se détachent du nerf auditif et s'acheminent vers le nerf facial, et *vice versa*, n'atteignent pas jusqu'à la périphérie de ces nerfs, mais se perdent, après avoir parcouru une courte distance. Krause⁵, de son côté, range le nerf intermédiaire de Wrisberg au nombre des nerfs de communication bien développés.

Ce fut Arnold⁶ le premier qui insista sur une relation autrement réelle, existant entre le nerf auditif et le facial, dans le méat auditif interne. Cet auteur distingue une double relation entre ces nerfs. La première a lieu à la partie supérieure et interne, et se compose de quelques filaments grêles, se dirigeant du nerf facial au nerf vestibulaire. Cette communication a généralement lieu après l'entrée du nerf auditif dans

¹ Huguenin, *loc cit.*, p. 177.

² W. Krause. — *Handbuch der Anatomie, von Carl. Friedr. Theod. Krause* B. II. Hannover, 1879, s. 737.

³ *Loc. cit.* s. 852.

⁴ *Ueber d. sympath. Grenzstrang des Vagus*, s. 19.

⁵ *Loc. cit.* Hannover. 1879, s. 738.

⁶ *De parte cephalica sympathici*. Heidelberg, 1823, s. 3

le méat auditif interne; elle ne s'observe avant l'entrée que par voie d'exception. La seconde communication externe et inférieure se compose d'un ou de deux filaments excessivement déliés, reliant le ganglion géniculé, au renflement ganglionnaire, situé sur le nerf vestibulaire, et connu sous le nom d'intumescence ganglioforme de Scarpa. Plusieurs auteurs, au nombre desquels nous citerons Krause¹, partagent cette manière de voir d'Arnold.

Tout en observant : 1° que beaucoup de branches nerveuses, concourant à la formation du nerf intermédiaire de Wrisberg, prennent naissance dans les ganglions microscopiques enclavés dans le nerf auditif (faisceau vestibulaire); 2° que d'après Schwalbe² et plusieurs autres auteurs, le nerf intermédiaire de Wrisberg se relie définitivement au ganglion géniculé du nerf facial — il en ressortirait, comme nous nous permettrions de le supposer, — que la relation entre le nerf auditif et le nerf facial est beaucoup plus intime, qu'on ne l'avait supposé jusqu'à présent.

L'importance que peut avoir cette relation au point de vue physiologique en général, et particulièrement au point de vue du rôle que joue le nerf intermédiaire de Wrisberg, jusqu'à présent si négligé — ceci est une question d'avenir, que nous ne saurions décider actuellement. D'autant plus que les auteurs diffèrent singulièrement quant au rôle du nerf intermédiaire de Wrisberg. C'est ainsi que Claude Bernard³ le classe au

¹ *Loc. cit.* Hannover. 1879, s. 856.

² *Loc. cit.* s. 853.

³ Huguenin, *loc. cit.* s. 177.

nombre des nerfs vasomoteurs; Lussana¹ lui attribue des rameaux gustatoires se rendant dans la corde du tympan; Krause² le considère au point de vue de branche de communication avec le ganglion genouillé; Schwalbe³, Arnold et Bischoff s'accordent à lui reconnaître le rôle de filet d'origine du ganglion genouillé, quoiqu'ils ne se décident pas à le classer au nombre des nerfs sensibles, en s'étayant du fait, que la physiologie du nerf intermédiaire de Wrisberg n'est rien moins qu'établie définitivement, au point de vue de la science.

EXPLICATION DE LA PLANCHE V

Fig. 1. — 3/7 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carminate. Faisceau postérieur supérieur montrant des tubes nerveux à myéline volumineuse et presque égale avec des cylindres d'axes larges et colorés vivement.

Fig. 2. — 3/7 Hart. : Trois tubes nerveux à myéline du faisceau postérieur supérieur du nerf auditif soumis à l'action de l'acide osmique à 1/2 pour 100.

Fig. 3. — 3/7 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carminate. Faisceau antéro-inférieur montrant des tubes nerveux de diverse dimension avec des cylindres d'axes sous l'aspect de petits points qui ne se colorent pas par le picro-carmin.

Fig. 4. — 3/7 Hart. : Deux tubes nerveux à myéline du faisceau antéro-inférieur du nerf acoustique soumis à l'action de l'acide osmique. Sur toute la longueur de ces fibres se présentent beaucoup de renflements de diverse forme. On ne reconnaît pas les noyaux de la gaine de Schwann et des étranglements.

Fig. 5. — 3/4 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carmin montrant au milieu une large cloison conjonctive. A, Tubes nerveux avec des cylindres d'axes larges et colorés. B, Tubes nerveux avec des cylindres d'axes fins qui ne se colorent pas.

Fig. 6. — 3/4 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carminate. Faisceau postéro-supérieur montrant parmi

¹ *Archives de physiologie*, etc. 1869.

² *Loc cit.* Hannover, 1879, s. 738.

³ *Loc cit.*, s. 853.

des tubes nerveux volumineux un flot de la substance grise avec beaucoup de cellules ganglionnaires vivement colorées. Il s'échappe de la substance grise des tabécules conjonctifs jusqu'au bord du nerf.

Fig. 7. 3/4 Hart. : Coupe transversale semblable de l'autre individu montrant deux îlots de la substance grise avec des cellules ganglionnaires.

Fig. 8. 3/9 Hart. : Trois cellules ganglionnaires de la substance grise des îlots mentionnés. On voit la membrane propre autour des cellules, protoplasma finement grenu, un grand noyau ovale avec un nucléole et des prolongements protoplasmiques.

PATHOLOGIE MENTALE

INVERSION DU SENS GÉNITAL (*Conträre sexuellempfindung*.

Westphal.—*Perverted sexual Instincts*. Julius Krueg, — *Inversione dell'istinto sessuale*. Tomassia Ariggio.)

Par MM. CHARCOT et MAGNAN.

La perversion du sens génital s'associe à de nombreuses formes mentales, et depuis les naïves obscénités du vieillard en démence jusqu'aux hideuses profanations de cadavres de certains vésaniques impulsifs, il existe une longue série de faits qui, loin de constituer une forme mentale définie, ne sont que des symptômes de diverses maladies, dénotant chez l'individu l'affaiblissement ou la perversion des facultés morales ou affectives.

Mais il ne s'agit pas ici de ces perversions du sens génital qui souvent prennent leur source dans des troubles de la sensibilité générale, mais bien d'un ordre d'idées déterminé, dans lequel le fait étrange

dans notre civilisation est l'appétit génital pour le même sexe à l'exclusion de l'autre.

Sans doute, dans l'antiquité, nous trouvons les traces de ces amours contre nature, et bien des exemples d'amitié légués par le paganisme, ont pour fondement de honteuses promiscuités. Mais ce ne sont là, sans doute, que les dégradantes conséquences du relâchement des mœurs dans une société profondément viciée.

Des faits de ce genre à caractères absolument maladifs ont été rapportés par différents auteurs; toutefois, avant d'entrer dans le vif de la discussion, nous tenons à rapporter un exemple qui par sa simplicité, par la lucidité et le degré élevé de l'intelligence du sujet, met en relief, en accentuant fortement les ombres, les caractères principaux de cette singulière disposition morbide.

OBSERVATION I. — Tendance névropathique des ascendants; disproportion entre l'âge du père et de la mère. — Inversion du sens génital : dès l'enfance, sensations voluptueuses, et depuis la puberté parfois éjaculation à la vue d'un homme nu, d'une statue d'homme nu ou du souvenir obsédant de ces images; — la femme nue laisse indifférent. — De 5 à 8 ans, propension au vol. — Habitudes d'onanisme jusqu'à 22 ans. — Attaques hystériques à partir de 15 ans.

Voici tout d'abord le récit fait par le malade lui-même des phénomènes bizarres qu'il éprouve et qu'il rapporte à ce qu'il appelle sa sensualité :

« Ma sensualité, dit-il, s'est manifestée dès l'âge de six ans par un violent désir de voir des garçons de mon âge ou des hommes nus. Ce désir n'avait pas grand'peine à se satisfaire, car mes parents demeuraient près d'une caserne et les soldats ne se gênaient pas pour laisser voir leurs parties viriles. Un jour, j'aperçus (j'avais peut-être huit ans) un soldat qui se masturbait; je l'imitai et j'éprouvai, à côté du plaisir de l'imagination qui s'arrêtait sur ce soldat, le plaisir physique d'un chatouillement très fort. Je continuai à me donner ce

plaisir, toujours en excitant mon imagination par le souvenir d'hommes nus. Mes parents quittèrent N... pour s'établir à B...; là, je vis que des soldats allaient se baigner dans une petite rivière très pittoresque; ils se baignaient complètement nus; j'imaginai pour pouvoir me satisfaire, d'aller m'asseoir au bord de la rivière et de dessiner le paysage; de cette manière, je voyais les soldats, sans avoir l'air de les regarder. Vers l'âge de quinze ans, la puberté arriva; ma masturbation me donna d'autant plus de satisfaction; d'ailleurs, je provoquais l'érection et ses suites autant par l'imagination que par le mouvement; il m'est arrivé plus d'une fois d'avoir l'érection, la convulsion amoureuse et la perte de sperme à la seule vue du membre viril d'un homme. La nuit, mon imagination travaillait et amenait les mêmes résultats. Je cessai absolument la masturbation à l'âge de vingt ans; mais je ne suis jamais parvenu, malgré tous mes efforts, à arrêter les excitations de mon imagination; les hommes jeunes, beaux et forts provoquent toujours chez moi une vive émotion; une belle statue d'homme nu produit le même effet; l'Apollon du Belvédère me fait beaucoup d'impression. Quand je rencontre un homme dont la jeunesse et la beauté provoquent ma passion, je suis tenté de lui plaire; si je donnais libre carrière à mes sentiments, je lui ferais toutes les amabilités possibles, je l'inviterais chez moi, je lui écrirais sur du papier parfumé, je lui porterais des fleurs, je lui ferais des cadeaux, je me priverais de bien des choses pour lui être agréable. Jamais, je ne me laisse aller à tout cela, mais je sens très bien que je serais capable de le faire; je dois vaincre le désir que j'éprouve d'agir ainsi. Je sais dominer les envies dont je viens de parler, mais je ne parviens pas à dominer l'amour lui-même; cet amour heureusement ne me possède pas d'une manière continue; je travaille et mes études me sont d'un grand secours contre les pensées sensuelles, mais souvent la sensualité l'emporte sur le travail et je suis arrêté au milieu de l'examen très approfondi d'une question, par la représentation soudaine d'un homme nu dans mon imagination. J'ai toujours lutté tant que j'ai pu contre cette sensualité; je suis parvenu à empêcher beaucoup d'actes auxquels je me sentais poussé, mais je n'ai jamais pu éteindre la sensualité même. La suprême satisfaction de cette sensualité n'a jamais été que la vue de l'homme nu, surtout de la verge de l'homme; je n'ai jamais ressenti le désir de pénétrer dans l'homme ou d'être l'objet

d'un homme. Regarder les parties génitales d'un homme beau et fort, tel a toujours été la volupté la plus grande pour moi.

Quant aux femmes, si belles qu'elles soient, elles n'ont jamais fait naître en moi le moindre désir. J'ai essayé d'en aimer une, espérant ainsi revenir à des idées naturelles ; malgré sa beauté, ses efforts, etc., je suis resté complètement froid et l'érection, si facile chez moi à la vue de l'homme, n'a pas même commencé. Jamais une femme n'a provoqué en moi la plus petite sensualité.

J'adore la toilette féminine ; j'aime à voir une femme bien habillée, parce que je me dis que je voudrais être femme pour m'habiller ainsi. A l'âge de dix-sept ans, je m'habillais en femme au carnaval et j'avais un plaisir incroyable à trainer mes jupes dans les chambres, à mettre de faux cheveux et à me décolleter. Jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, j'ai eu le plus grand plaisir à habiller une poupée ; j'y trouverais encore du plaisir aujourd'hui.

Les dames s'étonnent de me voir si bien juger du plus ou moins de bon goût de leurs toilettes et de m'entendre parler de ces choses, comme si j'étais femme moi-même.

L'amour que je ressens pour un homme passe vite ; dès qu'un autre homme, plus joli à mes yeux, se présente, la pensée du premier disparaît.

Les pertes nocturnes semblent ne plus être aussi fréquentes qu'il y a quelques mois : actuellement, il y a bien trois semaines que je n'en ai pas eu ; mais, je continue à avoir mes rêves ordinaires et à désirer toujours voir (rien de plus) des hommes nus.»

Tels sont décrits par le patient qui en a pleine conscience les caractères de l'obsession dont il ne peut s'affranchir.

Ce malade quel est-il ?

Au point de vue physique, cet homme, âgé de trente et un ans, est brun, grand, bien charpenté, il a le crâne régulièrement conformé, l'œil vif, le visage énergique et intelligent, malgré un léger prognathisme de la mâchoire inférieure et un développement assez considérable des oreilles. Il porte une moustache épaisse, bien plantée qui ne manque pas de lui donner une certaine allure martiale. Il se tient droit, la marche est ferme, même un peu raide et n'a rien de l'allure féminine ; il est d'ailleurs sexuellement très bien conformé ; le pubis est fourni de poils, les testicules et la verge offrent une conformation régulière, sans la moindre anomalie, il n'y a pas trace d'hypospadias.

Sous le rapport de l'intelligence, c'est un esprit cultivé, instruit, très érudit ; il a toujours travaillé, s'est tenu constamment au premier rang, et après de fortes études classiques a conquis rapidement les grades universitaires qui l'ont conduit à trente ans au professorat dans une faculté. Admirateur des œuvres d'art, adonné à la musique, il préfère particulièrement, Chopin, Gounod, Delibes, Massenet, trouvant chez ces auteurs la note sentimentale qui lui convient.

La poésie de Victor Hugo, les descriptions de la nature de George Sand, ont pour lui les plus grands charmes.

Il est bienveillant, un peu complimenteur, d'un commerce facile et s'estime heureux quand il peut rendre service à ses amis ou faire du bien aux déshérités de la fortune.

Si nous reprenons l'histoire pathologique nous verrons bien des ombres sur ce fond en apparence si parfaitement uni. Tout d'abord, les antécédents héréditaires montrent une grande disproportion entre l'âge du père marié à quarante-neuf ans et de la mère qui n'avait que dix-huit ans. Il est vrai que du côté paternel les oncles et les tantes et le père lui-même atteignent un âge avancé, sans qu'aucun accident nerveux ait attiré l'attention ; quant aux ascendants maternels, on trouve chez le grand-père un défaut d'équilibre dans la conduite dans le genre de vie, qui sans constituer la folie proprement dite, dénote les dispositions malades que l'on trouve chez les individus prédisposés aux affections mentales. Quoique notaire dans une petite ville, il menait une vie un peu agitée, il était en relation avec les célébrités artistiques de son temps, les recevait chez lui, entre autres la Malibran, dont il était l'ami ; il négligeait sa charge et finalement il avait été obligé de l'abandonner. La mère du grand-père s'était fait remarquer par son excentricité : très aimable pour les étrangers, elle était dans son intérieur méchante et acariâtre. La mère, de mœurs pures associant à une religiosité exagérée un goût prononcé pour la toilette, recherchait les choses voyantes, les grandes démonstrations et particulièrement les cérémonies à grand fracas.

Dans son enfance, il a eu la scarlatine, la coqueluche qui ont guéri sans complication. De cinq à huit ans, le malade a présenté une propension au vol des mœurs accusée ; il prenait, sans aucun remords, à ses camarades, à ses maîtres, des plumes, des crayons, différents objets, qu'il emportait chez lui, mais

sans les collectionner ; un jour, il dérobe dans le bureau de son maître d'étude, un encrier contenant de l'encre rouge, et au moment où il franchissait le seuil de la salle de travail, l'encrier tombe de la poche, se brise, répandant le liquide révélateur de son larcin ; vivement ému de la mésaventure, à partir de ce moment il a cessé de voler.

Les dispositions nerveuses de notre malade ne se sont pas seulement traduites par des troubles psychiques, des aberrations morales, il a offert aussi, de très bonne heure, des accidents convulsifs qui, par leurs prodromes, par leur marche et aussi la bénignité des phénomènes consécutifs ne s'opposant pas à la reprise immédiate du travail, se rattachent à l'hystérie plutôt qu'à l'épilepsie.

Les crises remontent à l'âge de quinze ans ; d'abord très rares, elles sont devenues plus fréquentes en 1869 et 1870. Elles sont précédées par une excitation cérébrale qui empêchant le malade de fixer une idée et de s'y arrêter, lui fait dire autre chose que ce qu'il voulait dire. Il lui semble que la pensée qu'il veut émettre est déjà remplacée par une autre avant qu'il ait eu le temps de l'exprimer ; en d'autres termes, les idées se précipitent avec une telle rapidité qu'il lui est impossible de s'y arrêter. Il a, du reste, conscience de cet état.

Les phénomènes intellectuels sont accompagnés d'un battement continu des paupières. Ces troubles se montrent dès le réveil soit pendant la nuit, soit dès le matin, entre sept et huit heures. Prévenu par ces prodromes, le malade reste au lit, ou bien s'il s'était levé, s'empresse de se recoucher pour éviter d'être surpris par l'attaque hors de chez lui.

Ces phénomènes précurseurs durent plus ou moins longtemps ; exceptionnellement même, tout s'arrête là et un sommeil profond vient enrayer l'accès. Quand l'attaque arrive, c'est le fait le plus habituel, elle se produit toujours dans la matinée, mais à des heures différentes. Un jour par exception la crise eut lieu l'après-midi à la suite d'une émotion.

D'après le dire d'une parente qui demeure auprès du malade, au moment de l'attaque, celui-ci pousse un cri, perd connaissance, se raidit ; présente ensuite des secousses dans les membres, les yeux se convulsent, les mâchoires s'entrechoquent et si l'on ne mettait un linge mouillé entre les dents, les lèvres et la langue seraient mordues presque chaque fois, ce qui arrive, du reste, malgré les précautions prises ;

de l'écume se montre aux lèvres et la face s'inonde de sueurs. Après l'attaque survient un sommeil profond. Une seconde attaque se produit trois heures environ après la première, puis une troisième trois heures environ après la seconde, quelque fois enfin une quatrième. Ces quatre attaques se répartissent sur un jour et demi; le lendemain du jour où le mal a commencé vers midi, le trouble de l'intelligence et le battement des paupières cessent. Une grande fatigue suit la crise, l'appétit reste bon, il y a même une sensation de faim. Pendant deux ou trois jours les urines sont rougeâtres et épaisses. Il reste un peu de tristesse motivée surtout par le chagrin que paraît chaque fois témoigner l'entourage, du retour de ces accidents; d'ailleurs l'intelligence est libre et peut être appliquée tout aussitôt à une occupation sérieuse comme si rien n'était advenu. Le début de ces accidents remonte à 1865; jamais avant cette époque, on n'avait remarqué de phénomènes convulsifs. Dans les premières années, les intervalles furent fort longs, ils étaient de plus d'une année; en 1869 et 1870, les accès devinrent plus fréquents. Depuis 1870, les crises sont espacées de trois mois, de deux mois et, par exception, de trois semaines seulement.

Une disposition d'esprit qui s'exagère parfois après les attaques, c'est le désir de compter et de recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, les carrés, les petits détails en un mot, d'une tapisserie, d'un écran, d'un plafond, d'une décoration quelconque.

Les convulsions ne semblent pas exercer d'influence sur les troubles intellectuels, après lesquels d'ailleurs, elles se sont développées et qu'elles n'ont pas modifiés, malgré leur fréquence plus grande depuis quelques années.

D'après la note précédemment citée, rédigée en juin dernier par le malade, celui-ci paraissait absolument esclave de ses appétits anormaux; cette disposition morale s'est sensiblement modifiée depuis cette époque. Déjà au mois d'août, il racontait qu'il s'était aperçu que la vue d'une femme ne le laissait pas indifférent; en septembre sur nos conseils il s'était efforcé de substituer, dans ses souvenirs, la femme à l'image obsédante de l'homme nu. Il l'avait tenté à plusieurs reprises, mais il était tenu à de grands efforts de volonté pour que son imagination ne le portât pas vers son objet de prédilection. Enfin, au commencement de septembre, ayant remarqué moins de résis-

tance de son esprit, à s'arrêter à l'idée de la femme et ayant même éprouvé une certaine satisfaction à la regarder, il a fait une tentative dont il est sorti victorieux. C'est sans effort qu'il a pu avoir, à plusieurs reprises, des relations avec une femme, éprouvant d'ailleurs les sensations voluptueuses habituelles. L'effet moral a été excellent ; il a eu du repos quelques jours, mais obligé de quitter Paris et réduit à lutter par la raison seule contre ses obsessions il sent, dit-il, parfois ses idées devenir anti-naturelles.

En dehors de l'hygiène physique et morale à laquelle le malade a été soumis, nous avons eu recours aux pratiques hydrothérapiques, affusions froides et douches, et au bromure de potassium qui a diminué l'intensité et la durée des crises, mais non la fréquence. (A suivre.)

PATHOLOGIE NERVEUSE

DE LA CACHEXIE PACHYDERMIQUE. (Myxœdème des auteurs anglais). — OBSERVATION NOUVELLE AVEC ALIÉNATION MENTALE TRANSITOIRE ; par le D^r H. BLAISE, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

La cachexie pachydermique n'est pas en réalité une maladie nouvelle. Confondue pendant longtemps avec d'autres états morbides, particulièrement avec la polysarcie adipeuse, elle en est séparée pour la première fois par sir William Gull¹. Le mémoire de Gull lu, le

¹ Sir W. Gull. — *On a cretinoid state supervening in adult Life in Women.* (Trans. of the clin. Soc. of London, vol. VII, p. 180.)

24 octobre 1873, à la société clinique de Londres, est basé sur cinq cas observés par l'auteur anglais lui-même. Il donne des malades un tableau fidèle et saisissant, où l'on trouve décrit dans toute sa netteté cet œdème spécial, solide, qui déforme tout le corps, particulièrement la face et les extrémités des membres, et qui constitue l'un des traits les plus caractéristiques du nouvel état morbide. C'est ainsi qu'il compare la forme des mains à celle d'une bêche (spade-like). Mais ce qui frappe le plus W. Gull, ce n'est pas cet œdème spécial, c'est ce double fait que toutes ses observations se rapportent à des femmes et que ces dernières présentent un état intellectuel voisin du crétinisme. Aussi propose-t-il d'appeler l'affection nouvelle : état crétinoïde pouvant subvenir chez les femmes à l'état adulte. L'auteur se borne à décrire très nettement ce qu'il a observé, laissant à d'autres le soin de déterminer la nature et les lésions anatomiques de ce syndrome clinique. Les malades de Gull ne présentaient d'ailleurs aucune complication viscérale.

En 1877, le D^r Ord¹, de Saint-Thomas Hospital, présente, à la même société, deux nouveaux cas, se rapportant encore à des femmes, dont l'un, suivi d'autopsie, avait permis d'étudier les lésions anatomiques. C'est toujours le même tableau clinique. Mais il ressort de l'examen nécroscopique que l'infiltration générale cutanée et sous-cutanée, qui déforme d'une façon si caractéristique les différentes parties du corps, n'est due, ni à la graisse, ni à un liquide œdémateux

¹ W.-M. Ord. — *On Myxœdema* (*Med. chir. Transact.*, vol. LXI, p. 57.
— Le même. — *Clinical lecture on myxœdema.* (*Brit. med. Jour.*, may 1878.)

s'écoulant après la section, mais à une matière spéciale, d'apparence gélatineuse, qui présente tous les caractères chimiques et histologiques du tissu muqueux. Cette matière spéciale serait constituée par le développement exagéré du ciment intercellulaire qui contient de la mucine.

○ Cette infiltration de la peau entraîne l'atrophie des bulbes pileux, des glandes sébacées et sudoripares, étreint les réseaux vasculaires et les extrémités nerveuses; d'où l'altération, la chute des cheveux et des poils, la diminution des sécrétions sébacées et sudoripares, l'abaissement de la température périphérique et les troubles de la sensibilité observés pendant la vie. La paresse cérébrale si remarquable des malades, leur lenteur dans tous les actes qu'ils accomplissent tiennent à ce que les terminaisons nerveuses périphériques, englobées et comprimées par le tissu muqueux ne perçoivent que des sensations affaiblies, incapables de stimuler d'une façon suffisante les fonctions des centres nerveux.

L'infiltration porte d'ailleurs sur le tégument interne, comme sur l'externe; par suite, on peut lui attribuer les troubles de la digestion et de la nutrition et la cachexie consécutive.

En résumé, Ord rattache tous les phénomènes observés à l'existence de ce tissu muqueux et propose, en conséquence, de désigner la maladie sous le nom de myxœdème.

En juin 1879, Olive¹ publie, dans les *Archives de médecine*, un résumé de faits observés par Gull et

¹Olive. — Sur le Myxœdème. (*Arch. gén. de Méd.*, 1879, t. I, p. 677.)

Ord. Il insiste sur ce fait qu'il ne s'agit pas d'une espèce morbide nouvelle. Il rapporte que son maître, M. le professeur Lasègue, « rappelait à ce sujet l'observation d'une pensionnaire de l'Hospice de la Vieillesse (femmes), nommée Madeleine et qui était devenue légendaire à force d'être montrée comme un échantillon-type de la maladie. Cette femme avait été prise graduellement d'une bouffissure solide qui s'était étendue de la face à tout le corps et qui avait débuté vers l'âge de quarante ans... La description répond exactement à celle que donne sir W. Gull. Les faits identiques, ajoute Olive, peu nombreux, ont été rapportés en France sous le nom générique et vague de polysarcie adipeuse. »

Savage¹ publie le premier cas observé chez l'homme. Hammond émet, il est vrai, quelques doutes sur la question de savoir s'il s'agit bien là d'un véritable cas de myxœdème. Quoiqu'il en soit, à côté des symptômes déjà décrits, tels que la sécheresse et la rudesse particulières du tégument externe, et l'abaissement de la température au-dessous de la normale, l'auteur signale des troubles très variés du système nerveux : caractère triste et sombre ; intelligence notablement affaiblie ; réponses lentes et inexactes ; mémoire imparfaite ; sens spéciaux atteints avec illusions et hallucinations fréquentes ; démarche vacillante sans paralysie des membres ; perversions du goût et de l'odorat pouvant aller jusqu'aux hallucinations proprement dites. Dans un cas cité par Savage, les troubles psychiques ont abouti à une véritable manie, avec insomnie,

¹ Savage. — *Myxœdema and its nervous symptoms.* (*Journal of mental science.* Jan. 1880, p. 417.)

incohérence et violence du langage pendant la nuit. Pour Savage, c'est l'encéphale qui est le point de départ de tous ces accidents nerveux.

Le 1^{er} mai 1880, Goodhart¹ publie un cas de myxœdème observé chez l'enfant. Nous devons déclarer que la lecture de cette observation ne nous a pas entièrement convaincu en ce qui concerne l'existence du myxœdème. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'une petite fille de quatre ans, présentant un état de crétinisme très accusé, avec embonpoint considérable, visage rond et sans expression, mains déformées, particulièrement au niveau des éminences thénar et hypothénar; l'existence du corps thyroïde était douteuse. L'excès de graisse sur tout le corps, la pâleur jaunâtre des téguments, rare chez l'enfant, font penser à l'auteur qu'il s'agit de quelque chose de semblable au myxœdème des adultes.

Goodhart s'étend longuement sur le crétinisme sporadique; puis il établit un parallèle avec le myxœdème et trouve entre ces deux affections des relations évidentes. Il rejette absolument l'interprétation de Ord et ne pense pas que des lésions cutanées telles que celles du myxœdème, puissent entraîner des troubles des facultés psychiques. A la rigueur, et bien qu'il ne connaisse rien de semblable, il admettrait cette influence chez un enfant, dont le cerveau est incomplètement développé et qui présenterait une anesthésie complète, conséquence d'une ichthyose ou d'une sclérodémie congénitale. Mais, chez un adulte, alors que le cerveau est arrivé à son complet développement,

¹ Goodhart. — *Cretinism sporadic and Myxœdema*. (*Med. Times and Gaz.*, 1 may 1880.)

pareille chose lui semble impossible et de fait, on ne voit pas, dit-il, les anesthésies ou la perte d'un sens spécial entraîner des troubles intellectuels ; le contraire se produirait plutôt. En résumé, il attribue les symptômes cérébraux à une lésion cérébrale de même nature que celle qui porte sur les téguments. Mais on peut objecter à l'auteur anglais que Ord n'a pas pu découvrir cette lésion cérébrale et qu'il a observé dans un cas de sclérodémie très prononcé des symptômes analogues à ceux du myxœdème.

En juillet 1880, M. Hadden ¹, qui avait eu l'occasion d'observer successivement les malades de Ord et de M. Charcot, publie dans le *Progrès médical* une intéressante revue sur le myxœdème. Il nous apprend que M. Charcot « avait découvert de son côté le myxœdème et allait publier un travail à ce sujet, sous le nom de *Cachexie pachydermique*, lorsqu'il prit connaissance des recherches de Ord. » Le savant professeur de Paris avait, en effet, observé plusieurs cas de myxœdème soit en France, soit à l'étranger, où il avait rencontré deux malades : l'un à Murano, près Venise, l'autre à Murviedro, l'ancienne Sagonte, en Espagne. A l'égard des symptômes cérébraux, M. Hadden propose l'interprétation suivante : « La diminution remarquable de la chaleur du corps peut être un symptôme précoce, dû sans doute à une affection du système vaso-moteur. Sachant, comme nous l'enseigne la physiologie, que les pensées et les actions sont toujours accompagnées par une chaleur et par l'usure des tissus, il est raisonnable de supposer que la torpeur intellectuelle et l'affaiblis-

¹ Hadden. — *Du Myxœdème.* (*Progrès Médical*, nos 30 et 31, 1880.)

sement physique sont dûs aux conditions circulatoires de ces malades, que l'on peut comparer à des animaux à sang-froid. Une lésion du grand sympathique expliquerait ces symptômes et retarderait le mouvement nutritif si important dans les fonctions de la vie. L'hypothèse de M. Hadden est loin d'être à l'abri de tout reproche et ne nous satisfait que médiocrement.

En même temps et dans le même journal, M. Ballet¹ publie, sous le titre de *Cachexie pachydermique*, l'observation d'un malade de M. Charcot. Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, qui présente le tableau symptomatique complet du myxœdème.

De son côté, Thaon² fait paraître dans la *Revue mensuelle* un travail d'ensemble intéressant. On y trouve une observation nouvelle, concernant une dame, qui lui avait été adressée par M. Charcot et qu'il avait soignée pendant deux hivers consécutifs à Nice. L'auteur se livre à une revue critique des travaux de Gull et de Ord. Il repousse la dénomination de myxœdème. « En l'acceptant, on semblerait, dit-il, adopter la théorie entière du D^r Ord et admettre la subordination de tous les symptômes à l'existence de ce tissu muqueux à la périphérie du corps. » Cette subordination ne peut se démontrer. Il faudrait, en effet, dans l'espèce, que la peau et le tissu cellulaire fussent infiltrés longtemps avant l'apparition des phénomènes cérébraux. Or, aucune des observations publiées par Ord et Gull ne présente cette subordination chrono-

¹ Ballet. — *Cachexie pachydermique* (*Myxœdème des auteurs anglais*), in *Progrès Médical*, 24 juillet 1880.

² Thaon. — *Cachexie pachydermique* (œdème crétinoïde, myxœdème), in *Revue mens. de Méd. et de Chir.*, août 1880.)

gique des symptômes ; le contraire existe même pour deux d'entre elles. L'auteur ajoute que, dans l'hypothèse de Ord, les désordres de l'activité cérébrale seraient de règle dans les cas où « les impressions périphériques sont singulièrement plus émoussées, » telles que l'anesthésie généralisée des hystériques ou des lépreux. Et cependant rien de semblable ne s'observe en clinique. Il y a mieux, les malades atteints de myxœdème ne présentent même pas d'anesthésie. En conséquence « l'hypothèse de Ord est insoutenable. » Loin d'en faire un symptôme secondaire, Thaon est « presque tenté de mettre au premier rang cette paresse cérébrale et de faire dépendre d'elle la plupart des autres symptômes ». A l'appui de sa thèse, il cite le cas suivant qu'il emprunte à sa clientèle privée et qui montre « la facilité avec laquelle les impressions morales pénibles peuvent amener chez les femmes des modifications dans le système cutané général ». Une dame de quarante-deux ans, d'une bonne constitution, a ressenti depuis sept ans des chagrins violents et « chaque fois elle a éprouvé les symptômes suivants : tristesse très grande, chloro-anémie, paresse intellectuelle, engraissement considérable, sécheresse de la peau, état pachydermique de la paume des mains et de la plante des pieds. Chaque phase morbide durait trois mois à un an ; puis la gaieté revenait, ainsi que l'activité cérébrale, et, chose remarquable, les lésions périphériques disparaissaient en même temps ». En résumé, l'auteur voit dans le myxœdème un état morbide affectant l'ensemble de l'organisme. « La maladie est partout, la déchéance est générale, le sang est appauvri, toutes les fonctions sont languissantes ; c'est

une véritable cachexie. » La cachexie pachydermique se révèle par la triade symptomatique suivante : anémie profonde, altérations remarquables de la peau et du tissu cellulaire, état cérébral particulier.

La fin de ce travail comprend la reproduction de trois observations : une première de Gull ; une deuxième (avec autopsie) de Ord ; la troisième est l'observation de M. Charcot, publiée par M. Ballet.

Quelques jours après la revue de Thaon, Bourneville et d'Olier¹ publiaient un nouveau cas de myxœdème avec crétinisme et idiotie. Il s'agit d'un enfant de 19 ans, difforme et présentant l'aspect d'un enfant de deux ans. Il n'existe ni antécédent névropathique, ni consanguinité. Né à terme, il reste en nourrice jusqu'à un an, dans des conditions hygiéniques déplorables. A cette époque, on note quelques convulsions. A 15 mois, l'enfant commence à marcher et ne diffère sous aucun rapport des enfants de son âge. Depuis, sans nouvelle attaque de convulsions, il se produit un arrêt de développement, l'enfant devient gâteux. La dentition s'opère lentement et n'est pas complète à 7 ans. Actuellement on observe : état d'inertie avec obtusion intellectuelle et apathie complètes ; tête volumineuse dont la forme se rapproche de celle d'un pain de sucre ; calvitie presque complète avec cheveux courts, secs, presque noirs ; visage hideux ; front et racine du nez couverts de rides ; nez camard ; peau de la face mate, d'un blanc jaunâtre, bouffie et absolument glabre ; la bouffissure est surtout marquée au niveau des joues, des lèvres et des paupières. La lèvre inférieure est forte-

¹ Bourneville et d'Olier. — *Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème cachexie pachydermique*. (*Progrès Médical*, 20 août 1880, n° 35.)

ment renversée (état dû en partie à une rétraction cicatricielle de la peau du menton) et laisse échapper presque continuellement la salive. Les dents sont pour la plupart cariées et usées; il n'existe pas de malformation du voile du palais. La bouffissure de la face n'a pas toujours existé au même degré; actuellement physionomie sans expression; la joie s'exprime par un sourire grossier et disgracieux. La parole est réduite à quelques monosyllabes, la voix enrouée, nasillarde; les réponses sont lentes à venir et comme traînées. La peau du cou est notablement épaissie et le corps thyroïde à peine marqué. La peau du tronc paraît fine, d'un blanc mat, résistante sous le doigt, comme infiltrée; il semble qu'elle recouvre une épaisse couche de tissu cellulaire lâche. En divers points du thorax, elle est soulevée par des tumeurs molles, tremblottantes, d'apparence myxœdémateuse.

La température, recueillie sur le devant de la poitrine et sur des tumeurs cervicales, a été de $35^{\circ},2$ et $36^{\circ},2$, la température extérieure étant de $25^{\circ},1$. Au rectum, elle est restée invariablement pendant huit jours à $37^{\circ},2$ le soir. Sur la face externe du bras le thermomètre a donné $33^{\circ},8$ à droite, $34^{\circ},1$ à gauche; à la main, on y note d'ailleurs un abaissement de température.

L'urine examinée à plusieurs reprises, n'a présenté ni glycose, ni albumine. Partout la peau est absolument glabre; la sensibilité générale paraît émoussée; le chatouillement n'est pas ordinairement perçu. Le malade présente au froid une sensibilité exagérée. Les sens spéciaux: vue, ouïe, goût ne semblent pas atteints. Enfin, il n'existe pas de troubles digestifs et le sommeil

est tranquille. Un fait remarquable est l'amélioration sensible survenue après l'administration de bains, de préparations toniques et ferrugineuses.

L'attention est attirée sur le myxœdème, de nouvelles observations ne tardent pas à paraître. Le 25 septembre 1880, Thomas Inglis¹ publie deux nouvelles observations.

La première se rapporte à un homme, jouissant d'une bonne santé habituelle, qui, péniblement affecté des désordres de sa femme, tombe dans la mélancolie et entre à l'asile après avoir tenté de se suicider en prenant une grande quantité d'opium. A cet état de mélancolie, qui cesse au bout de trois mois, succède un œdème qui envahit insensiblement et progressivement les paupières, les mains, les membres et le tronc. Les paupières sont gonflées, ridées, couleur de cire; le nez est épaté, les lèvres épaisses, la lèvre inférieure proéminente. La physionomie prend une expression d'hébétude et perd même toute expression. La langue paraît trop grande pour la bouche, sans cependant qu'il y ait un œdème marqué. Le langage du malade est lent; sa façon de parler rappelle, particulièrement le matin, le débit d'un hémiplegique, et aussi l'articulation embarrassée de l'épileptique. Les mains prennent bientôt la forme de bêche; le malade y éprouve des sensations de raideur, de froid, d'engourdissement. Mais nulle part la pression du doigt ne détermine de godet, et l'urine ne renferme pas d'albumine ($d = 1015$). Le cœur bat lentement, mais paraît sain. La surface du corps est toujours froide au toucher et le malade

¹ Thomas Inglis. — *Two cases of Myxœdema* (*The Lancet*, p. 496, vol. II, 1880.)

n'a jamais chaud, même dans les grandes chaleurs. La température axillaire est de 95° Fahr. La peau est sèche, dure et sa sensibilité est émoussée comme dans la sclérodermie: le chatouillement de la plante des pieds ne détermine pas de réflexe. On observe quelquefois de courtes transpirations. La préhension est faible; l'excitabilité faradique des muscles des membres et du visage diminuée. ce qui n'existe pas sur la calotte crânienne où l'œdème est peu marqué. D'ailleurs il n'existe pas d'atrophie musculaire.

Ce fait de la diminution de la contractilité faradique des muscles aux endroits où l'œdème est marqué, ne tient pas, dit l'auteur, à une dégénérescence des éléments nerveux périphériques, mais résulte de l'obstacle mécanique à l'excitation des terminaisons nerveuses, créées par l'infiltration mucoïde.

Inglis compare la démarche de son malade à celle d'un canard. Du côté des sens spéciaux, il note de la surdité coïncidant avec une intégrité de la vue et de l'odorat. L'appétit est d'habitude assez mauvais; le malade pourrait rester sans inconvénient plusieurs jours sans manger; il trouve d'ailleurs mauvais goût aux aliments. Enfin, le patient tombe dans un état de léthargie très prononcé et on note à côté d'une constipation habituelle, les troubles psychiques suivants: affaiblissement de la mémoire, particulièrement en ce qui concerne les faits récents, et dégradation des facultés intellectuelles.

La seconde observation de Ch. Inglis se rapporte à une femme de 39 ans, mère de huit enfants bien portants. La sœur de cette malade avait été atteinte de manie puerpérale et la mère était morte d'une attaque d'apoplexie. Le début de la maladie s'est fait il y a

cinq ans par une attaque de mélancolie avec perversion des divers sens spéciaux. Ainsi cette femme trouve à tout une odeur de poudre. Elle présente les mêmes phénomènes morbides que le malade précédent, mais moins prononcés. Les facultés intellectuelles sont affaiblies. Au bout de deux ans, il survient un véritable état de manie qui nécessite l'entrée dans un asile. A ce moment, elle est reine, possède des châteaux, etc. La vue est bonne, mais le goût et l'odorat sont pervertis. Ses aliments contiennent du tabac à priser, sentent le poison. De nombreuses verrues apparaissent sur les bras. Comme chez le malade précédent, les perversions sensorielles sont plus accusées le matin; à ce moment, elle peut à peine voir. Du côté du cœur, rien de particulier, à part un claquement énergique du second bruit. L'urine est normale ($d = 1010$). La malade qui possédait autrefois un caractère assez doux, est actuellement irritable, passionnée, s'irrite sans motif. La conversation est naïve et enfantine; elle se tient souvent à elle-même un langage incohérent. L'attention est affaiblie, le jugement faux, la mémoire en assez bon état. Elle est affectueuse à l'égard de ses enfants.

Il semble incontestable, d'après Inglis, que dans le myxœdème, il existe une altération du système nerveux central. En effet, dit-il, dans tous les cas on a observé des troubles intellectuels variables, du reste, depuis l'irritabilité du caractère, la tristesse, jusqu'à la manie agressive et au délire des grandeurs. Bien que ces troubles intellectuels surviennent toujours à quelque phase de la maladie, Inglis ne pense pas qu'il y ait un rapport nécessaire entre le myxœdème et l'aliénation mentale. Cette dernière relève plutôt de la cons-

titution du malade, de son tempérament, que de la lésion de l'encéphale. Il existe alors quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans certaines lésions du cerveau qui entraînent souvent, mais non nécessairement, des troubles intellectuels. Inglis considère le myxœdème comme une maladie nerveuse, les modifications profondes du système cutané n'étant que secondaires. Le traitement ne lui a pas donné de résultat satisfaisant. Les toniques nerveux, l'électricité galvanique, les bains ont produit tout au plus un palliatif.

Le 12 novembre 1880, Dyce Duckworth présente à la Société clinique de Londres, une note sur deux nouveaux cas de myxœdème.

Le premier se rapporte à une femme de 47 ans, bien constituée, admise au mois d'août 1879, à Saint-Bartholomew's Hospital. Elle a eu neuf enfants et plusieurs fausses couches et ne présente aucun antécédent syphilitique. Au premier abord, on croirait avoir affaire à un cas de maladie de Bright. La peau de la face est bouffie, particulièrement au niveau des paupières et des lèvres, présente une coloration cireuse, à l'exception des pommettes qui sont rouges. La face, la peau du crâne et l'épaule gauche présentent quelques tumeurs acquises et non congénitales, sur lesquelles Duckworth attire l'attention, parce qu'elles se trouvent signalées dans d'autres cas. Le corps thyroïde est petit; les téguments du tronc et des membres sont enflés et bouffis, les mains larges et grossières. Le sang présente une teinte pâle; les muqueuses sont anémiées. La contraction cardiaque est faible, le pouls généralement au-

¹ Dyce Duckworth. — *Two cases of myxœdema.* (*Lancet*, t. II, p. 815; 1880.)

dessous de 60. Mais tous les organes internes paraissent sains. La malade a un appétit capricieux, des nausées et des vomissements fréquents et de la constipation; ses règles ont été supprimées pendant six mois. L'urine ($d = 1015$ à 1022) ne présente ni albumine, ni glucose. De plus on observe de la lenteur dans la parole et les idées. La voix est nasillarde. La malade marche en se dandinant, avec hésitation, se gardant bien de traverser une rue. Elle est toujours triste; les stimulants l'engourdissent. La force musculaire se montre plus considérable en été; enfin il existe une sensibilité exagérée au froid. La température prise pendant dix-huit jours consécutifs, 4 ou 5 jours après le début de la bouffissure, montre une élévation en faveur du côté gauche ($93^{\circ},4$ — $97^{\circ},8$ F. = $34^{\circ},1$ à droite; $95^{\circ},4$ — $99^{\circ},4$ F. = $35^{\circ},2$ à $37^{\circ},4$ à gauche). Sans cesse exposée aux mauvais traitements d'un mari brutal, la malade avait mené une existence malheureuse. L'administration de toniques divers, de préparations arsénicales, associée à une alimentation choisie, ne donne aucun résultat. Sept ans auparavant, elle avait été soignée à Guy's Hospital pour une parésie de la jambe droite avec anesthésie autour de la cheville qui avait disparu sous l'influence de l'électricité et des toniques.

Le deuxième cas se rapporte encore à une femme, âgée de 46 ans, d'une forte constitution. Bien portante jusqu'à l'âge de 42 ans, la maladie avait évolué lentement. Il n'existait aucune prédisposition héréditaire. Les téguments, à l'exception des pommettes, présentent une teinte pâle. La bouffissure des paupières, l'aspect général du visage rappellent la néphrite chronique. La malade est triste, languissante. Le corps thyroïde

présente un volume normal. Les mains sont en forme de bêche; les jambes sont œdématisées, la droite beaucoup plus que la gauche. Il existe un catarrhe chronique des bronches et une constipation habituelle. Le pouls est à 80. L'urine ne renferme pas d'albumine ($d = 1005$). Réglée irrégulièrement cette année, la malade a remarqué que depuis huit ans ses règles étaient plus abondantes. Il y a deux ans, elle s'est aperçue que le travail à l'aiguille devenait difficile. En même temps les mouvements s'opéraient avec plus de lenteur. Sans présenter une hésitation proprement dite dans la marche, la malade n'osait plus trop s'aventurer dans les rues. Parfois elle avait de la peine à garder l'équilibre, se laissait tomber et mettait longtemps à se relever. Elle était aussi particulièrement sensible au froid et aux changements de température. Enfin, elle trouve mauvais goût aux aliments et prétend que ces derniers sont mal préparés. Le thermomètre donne, dans l'aisselle droite, $99^{\circ},4$ F. ($37^{\circ},4$ C), dans la gauche, $97^{\circ},2$ F. ($36^{\circ},2$ C). Le traitement n'a pas modifié l'état cachectique de la malade.

Dans la même séance de la Société clinique de Londres, M. Maddon parle d'un cas qu'il a observé et qui présentait, entre autres particularités remarquables, des ongles cassants et une diminution de l'excrétion de l'urée. Il rappelle que, pour lui, la maladie tient à un trouble profond du grand sympathique. Dyce Duckworth pense, de son côté, que le myxœdème est une maladie d'origine centrale, sous la dépendance de troubles de la nutrition.

Enfin Hammond vient de publier un article important sur le myxœdème, qu'il envisage particulièrement

au point de vue des troubles nerveux et cérébraux¹. Les phénomènes de cet ordre, notés par ses devanciers sont: un affaiblissement notable de l'intelligence, des réponses lentes et inexactes, une mémoire imparfaite, des illusions et des hallucinations fréquentes des sens spéciaux, pouvant entraîner un véritable état de manie (Savage). Cependant, l'état habituel est plutôt un état de lassitude, de stupidité qui rappelle assez bien ce que l'on désigne sous le nom de démence aiguë.

Hammond note, en passant, la ressemblance qui existe entre les malades atteints de myxœdème et ceux qui sont intoxiqués par l'arsenic. Puis il cite une observation personnelle tout particulièrement intéressante au point de vue des troubles nerveux.

Il s'agit d'une femme de 41 ans. Au premier abord, il semble qu'on a affaire à un œdème généralisé, conséquence d'une affection cardiaque et rénale. Le visage et particulièrement les paupières sont tuméfiées, la peau du front, rude, est enflée par places, le nez est épaté; les lèvres, surtout la lèvre inférieure, sont proéminentes: on dirait que la malade a reçu un grand coup de poing sur la bouche. Au niveau des pommettes, la peau est épaissie et colorée en rouge de chaque côté, sur un espace d'un dollar. Le cou et les mains sont fortement œdématisés, les doigts élargis en forme de massue, sans incurvation des ongles. Cet œdème se retrouve sur toute la surface du corps, mais nulle part, la pression ne détermine de cupule. *La sensibilité générale de la peau est notablement diminuée*; ainsi sur les joues, la malade distingue difficilement les deux

¹ Hammond. — *On myxœdema. with special reference to its cerebral and nervous symptoms.* (In *Neurological Contributions*, vol. I, n° 3, 1881.)

pointes de l'esthésiomètre avec un écartement d'un pouce et demi (ce qui équivaut à trois fois la distance normale). A l'extrémité des doigts, il faut un écart de cinq douzièmes de pouce pour obtenir deux sensations. La malade a ressenti au début des douleurs uniquement localisées à divers points de la tête. Il lui semblait marcher sur un coussin, et l'extrémité des doigts paraissait serrée comme par un dé à coudre. Elle éprouvait aussi comme une sensation d'engourdissement à la face, à l'extrémité de la langue, aux bras et aux jambes. La force musculaire était affaiblie, la marche chancelante, la préhension peu énergique. Il existait de l'incoordination dans les mouvements des membres supérieurs et inférieurs. La marche, les yeux fermés, était incertaine, et dans la marche ordinaire, la malade fixait constamment le sol, comme dans l'ataxie. Le sens du tact se trouvait notablement affaibli. L'examen ophtalmoscopique démontrait l'existence d'une neuro-rétinite bilatérale. Les objets paraissaient tachés et entourés d'une ombre. Les pupilles étaient égales, paresseuses; enfin, il y avait de temps en temps de la diplopie. L'acuité auditive était notablement émoussée: le tic-tac d'une montre était perçu à 20 pouces de l'oreille à gauche, à 26 à droite. A une certaine époque, il y avait eu des tintements d'oreille. Les autres sens spéciaux, le goût et l'odorat présentaient, eux aussi, un affaiblissement très marqué: il était impossible pour la malade de distinguer par la saveur ou l'odeur un poisson d'un « roast beef ».

Il existait de fréquentes hallucinations de la vue et de l'ouïe: la malade parlait de certains Français qui s'efforçaient de la faire souffrir en mettant du vitriol

dans son lit et dans ses aliments; d'autres fois elle entendait des voix qui lui faisaient le récit des tortures qu'elle devait subir.

Quant aux troubles psychiques, les voici tels qu'ils sont rapportés par Hammond: « Il s'était produit un affaissement manifeste de l'intelligence; s'agissait-il de répondre aux questions les plus simples, la malade regardait fixement, une minute entière, celui qui l'interrogeait, ne paraissait pas comprendre la question ou du moins ne sachant pas quelle réponse faire. Il était des choses tout à fait élémentaires qu'elle ne comprenait pas le moins du monde: ainsi elle fut incapable de me dire combien faisaient 60 et 25; elle fixa les yeux sur moi quelque temps et dit enfin: Oh! toutes ces choses là. Il me fut impossible de tirer d'elle aucune réponse.

« La mémoire était également atteinte. On fut obligé de lui souffler avant qu'elle pût dire où elle habitait; en donnant le nom de ses enfants, elle commit plusieurs erreurs, qu'elle finit par corriger pourtant elle-même. La mémoire des mots était peut-être plus atteinte, mais sans qu'il y eut une véritable aphasie. La malade arrivait, sans trop de difficulté, à donner le nom des objets qu'on lui désignait, mais sa prononciation semblait décéler une parésie de la langue. Elle dormait peu, se réveillait souvent en sursaut, effrayée, et on n'arrivait qu'avec peine à la rassurer. »

Pour terminer cette observation intéressante d'Hammond, dont nous avons tenu à donner une idée complète, nous noterons encore une constipation habituelle, un excès d'urates dans les urines, un pouls lent et faible, enfin l'abaissement de la température prise soit dans l'aisselle, soit sous la langue et qui ne fut jamais

trouvée supérieure à 96° Fahr. (35°,5 c.) En ce qui concerne l'interprétation des troubles nerveux, Hammond rejette l'hypothèse de Ord. « Rien n'y justifie la présence des illusions et des hallucinations, ni les périodes d'excitation maniaque observées dans certains cas. » Il rattache les troubles cérébraux à une lésion de l'encéphale, caractérisée par le dépôt de tissu muqueux autour des cellules nerveuses. Dans le cas qu'il publie, les troubles psychiques avaient précédé l'apparition de l'œdème spécial. En résumé, les troubles nerveux résulteraient de deux ordres de lésions : lésions périphériques et lésions centrales.

Pour compléter la bibliographie du myxœdème, nous devons aussi mentionner la savante leçon clinique de M. le professeur Charcot que M. de Ranse a fait paraître dans la *Gazette médicale*, de Paris (n° 51, 1880). On y trouve quelques considérations nouvelles sur la thérapeutique de la maladie. La diète lactée, les bains sulfureux, le massage, le séjour dans un climat sec ont procuré aux malades de M. Charcot une amélioration notable. « Il semble, d'une manière générale, qu'on doive plus compter sur les moyens hygiéniques que sur l'action des médicaments ; ceux-ci sont fréquemment mal tolérés, par suite peut-être de l'entrave que l'infiltration de la peau et des muqueuses apporte aux fonctions d'excrétion. »

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APHASIE ; par les D^{rs} RAYMOND
et F. DREYFOUS.

S'il est, dans l'histoire des localisations cérébrales, un fait indiscutable, c'est bien celui relatif à la localisation du centre du langage au niveau de la circonvolution de Broca. L'anatomie pathologique, aidée et guidée par la clinique, l'a établi ; et, récemment, l'étude du somnambulisme, chez les hystériques, a fourni un appui inattendu à la démonstration de l'existence de ce centre.

Cependant, on trouve encore çà et là, éparses dans les recueils de médecine, des observations contradictoires dont on pourrait s'autoriser contre la théorie généralement adoptée aujourd'hui. C'est sur ces cas exceptionnels qu'on se base pour affirmer que « une lésion limitée à une moitié du cerveau peut produire des symptômes de l'un ou de l'autre côté. » En y regardant de près, on prouverait que la plupart de ces exemples peuvent être récusés, parce qu'ils sont incomplets au point de vue des détails de l'autopsie.

En voici un exemple. Un malade aphasique est en même temps hémiplégique du côté gauche. Voilà une coïncidence tout à fait anormale. Faut-il s'emparer de ce fait et conclure qu'une lésion de l'hémisphère droit pourrait produire l'aphasie ? On serait d'autant plus tenté de le faire que, à l'autopsie, on trouve un foyer de ramollissement cérébral à droite. Et si les investigations s'arrêtent là, on n'hésite pas à contester la règle établie par Dax, Bouillaud, Broca. C'est ce qui aurait pu se produire dans un cas observé par M. Peter, et dans le cas que nous publions ici. Or, chez ces malades, atteints d'aphasie avec hémiplégie gauche, le ramollissement du côté droit existait ; mais, en même temps, il s'en trouvait un autre à gauche, et leur histoire, loin d'infirmier la loi universellement admise, ne fait que la confirmer.

OBSERVATION I. — *Cirrhose atrophique du foie chez un alcoolique. — Apoplexie cérébrale. — Hémiplegie et hémianesthésie gauches, avec aphasie. — Foyers multiples de ramollissement cérébral.*

J... (Antoine), soixante-cinq ans, employé d'octroi, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 juillet 1880, salle Saint-Christophe, n° 23.

J... n'a jamais eu de maladie sérieuse. Pendant plusieurs années, il a tenu un comptoir de marchand de vins et s'est livré aux excès de boisson nécessités (?) par sa profession. Il ne tarda pas à présenter les troubles digestifs et cérébraux habituels aux alcooliques : pituite tous les matins ; insomnie et cauchemars la nuit ; rêves d'animaux, etc.

Il est difficile de préciser la date du début des accidents actuels. Tout ce que le malade peut dire, c'est que, depuis quelque temps, un mois peut-être, il ressentait une pesanteur à l'hypogastre, et après chaque repas sa respiration était gênée. Ces phénomènes s'accrochèrent progressivement, et, en même temps il s'aperçut que son ventre augmentait de volume : ses habits étaient trop étroits. Tout d'abord c'est à peine si le malade se préoccupa de ces symptômes : il continua à travailler. Mais, tout d'un coup, ses jambes enflèrent, et, comme les forces diminuaient, il dut se résigner à entrer à l'hôpital.

A cette époque, 26 juillet, voici son état : L'amaigrissement est considérable et porte notamment sur les membres et le thorax, qui fait un contraste frappant avec l'abdomen. Le ventre est augmenté de volume ; les veines de la paroi sont visibles, mais non distendues ; par le palper on constate nettement la fluctuation, et par la percussion, la matité aux parties déclives, celle-ci changeant de siège quand le malade change de position. Il est impossible d'apprécier le volume exact, ni du foie, ni de la rate. Rien au cœur. La dyspnée est telle que la ponction est pratiquée d'urgence. On retire environ cinq litres d'un liquide citrin. On peut alors reconnaître que le foie est diminué de volume.

Les jours suivants, même état, le liquide de l'ascite se reproduit rapidement, et on est forcé, quinze jours après la première ponction, d'en faire une seconde. Depuis ce moment, l'ascite ne se développe que lentement ; le malade s'alimente un peu ; mais ses forces baissent progressivement.

25 août. — Le malade vient d'être frappé d'apoplexie : coma, avec perte subite de connaissance ; résolution des quatre membres. A la visite du matin, on le trouve encore presque sans connaissance, dans le décubitus dorsal, avec rotation de la tête à droite. En examinant la face, on est frappé de la déviation de la commissure labiale droite ; toute la face est tirillée de gauche à droite, et la moitié gauche du visage est flasque et mobile. En pinçant le ma-

lade, on voit que les muscles de la face se contractent seulement à droite; les paupières se ferment également des deux côtés. Les membres gauches, bras et jambe, sont aussi paralysés; quand on soulève le bras ou la jambe droites, ils ne retombent sur le lit que lentement; au contraire, le bras et la jambe gauches, quand on les élève en l'air, retombent lourdement comme des masses inertes.

Malgré l'état de stupeur du malade, on peut apprécier la sensibilité cutanée. En pinçant fortement la peau du membre supérieur ou inférieur droit, on voit la face grimacer; le malade paraît donc sentir la douleur à droite; la même expérience répétée plusieurs fois, donne, chaque fois, le même résultat. En pinçant la peau de la même façon à gauche, on ne voit se produire à la face aucun mouvement qui exprime la souffrance. Il existe donc de l'hémianesthésie gauche avec hémiplogie flasque du même côté.

26 août. — Le malade est sorti de sa stupeur; il comprend ce qu'on lui dit, cherche à répondre, mais ne peut pas le faire; il commence à émettre quelques sons, quoiqu'il ne prononce pas un mot intelligible. D'ailleurs il ne peut remuer la langue: celle-ci reste appliquée contre le plancher de la bouche et il est impossible au malade de la projeter au dehors.

On se rend facilement compte aujourd'hui de l'état de la sensibilité; l'hémianesthésie persiste; la piqûre de la peau n'est pas sentie à gauche, pas plus que le pincement. Mais il n'y a pas de troubles sensoriels; la vue, le goût, l'odorat (chloroforme, éther) sont conservés intacts.

1^{er} septembre. — Ce matin, pour la première fois, le malade prononce clairement quelques mots; après quelques efforts, il sort la langue hors de la bouche.

7 sept. — Les forces diminuent; l'appétit est nul; l'état général s'aggrave.

12 sept. — L'hémiplogie, avec anesthésie, persiste; mais le malade parle mieux; il a quelques mots à sa disposition; il remue la langue en tous sens. Cet état reste le même jusqu'à la mort qui arrive sous l'influence des progrès de la cachexie.

AUTOPSIE faite vingt-quatre heures après la mort. — *Cerveau.* Pas d'athérome des artères de la base.

Hémisphère droit : 1^o Foyer de ramollissement, qu'on aperçoit très bien avant d'enlever les méninges, et qui occupe la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante et la pariétale supérieure. 2^o Quand, après avoir incisé les méninges, on écarte la scissure de Sylvius, on voit que les circonvolutions de l'insula sont le siège d'un ramollissement très étendu qui gagne le lobe occipital en arrière.

Sur la première coupe transversale, comprenant une partie de la capsule interne (partie antérieure), rien. — Sur la deuxième coupe passant par le milieu de l'insula, rien. — Sur une coupe, faite à deux

centimètres en arrière de la deuxième, on voit seulement les circonvolutions de l'insula ramollies. — Sur une dernière coupe, à trois centimètres en arrière, on note le même ramollissement superficiel, mais ne pénétrant pas profondément.

Hémisphère gauche : Au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale, une plaque jaune formant un foyer de ramollissement superficiel, bien circonscrit, en voie de cicatrisation.

Rien à la *protubérance*, ni aux *pédoncules*, ni au *bulbe*. — L'*artère sylvienne gauche*, non athéromateuse, renferme un caillot ancien qui paraît s'être formé par thrombose. Ce caillot siège au point de division des artères pariétales.

Cavité abdominale (résumé) : Ascite ; péritonite chronique généralisée.

Foie : De volume presque normal, un peu diminué cependant, Capsule épaissie. A la coupe, aspect typique de la cirrhose de Laënnec. A l'examen microscopique, après durcissement avec un faible grossissement, on constate les caractères bien connus de la cirrhose annulaire périlobulaire.

Rate : scléreuse. Les autres viscères, cœur, reins, poumons, n'offraient aucune altération importante à signaler.

En comparant les cas publiés sous ce titre : *Aphasie, hémiplegie gauche*, on trouve deux séries de faits :

1° Ceux où des lésions multiples expliquent l'aphasie d'une part, l'hémiplegie de l'autre ;

2° Ceux pour lesquels on a admis la « gaucherie cérébrale ».

Notre cas appartient à la première catégorie ; on peut en rapprocher une observation de M. Peter, où les lésions correspondent exactement aux phénomènes cliniques observés pendant la vie : l'anomalie n'était qu'apparente ; à des symptômes multiples correspondaient également des lésions multiples.

OBSERVATION II (résumée). — (*Gazette des Hôpitaux*, 1879.)

B... (Ismaël), cinquante-huit ans. Hémiplegie gauche complète avec aphasie. Début subit, par hémiplegie, sans perte de connaissance, il y a un mois.

Etat actuel. — Décubitus latéral gauche, rotation de la tête à gauche, avec déviation conjuguée des yeux.

La sensibilité paraît intacte.

Pas d'hémiplegie faciale.

Eschare sacro-fessière gauche ; ni incontinence d'urine, ni incontinence des matières fécales.

Il ne peut prononcer un mot.

Fièvre violente ; l'eschare s'étend. Mort.

A l'autopsie : ramollissement du pied de la 3^e frontale gauche, ramollissement à la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendante droites.

M. H. de Boyer, dans son remarquable travail sur les localisations cérébrales, donne un cas personnel, analogue aux deux précédemment cités. Mais il ne nous fournit sur ce fait aucun détail.

A côté de ces faits, il en existe d'autres, où l'hémisphère cérébral gauche ne présentait aucune lésion appréciable. Pour nous, les cas de ce genre doivent être révisés avec soin : on peut se demander s'il n'y a pas eu quelques erreurs, quelques examens incomplets. Dans ces derniers temps, on a bien montré que l'aphasie pouvait être due à une lésion du centre ovale, si celle-ci correspond au faisceau pédiculo-frontal inférieur. N'a-t-on pas quelquefois négligé une lésion très peu étendue et située dans la profondeur, et non à la surface du cerveau ? Ne trouvant pas de lésion importante, et superficielle, on a inscrit le fait comme contradictoire avec la doctrine de la localisation de Broca.

Nous insistons sur ces prémisses, parce qu'on a édifié, avec des cas exceptionnels, une théorie acceptable tout au plus pour un petit nombre d'entre eux : celle de la « gaucherie cérébrale ». Avant de la discuter, il faut bien savoir combien rare serait cette anomalie fonctionnelle du cerveau : Séguin, sur 266 cas d'aphasie, en a trouvé 243 avec hémiplégié droite, 17 avec hémiplégié gauche ; Voisin, 140, avec hémiplégié droite, 6 avec hémiplégié gauche ; Broca, 12 ou 13 avec hémiplégié droite pour un avec hémiplégié gauche.

Ces considérations permettent, nous le pensons, de négliger les cas où les auteurs, comme M. Farge, s'appuient sur des faits cliniques seulement, sans avoir les pièces anatomiques en main. Ainsi on aurait pu regarder aussi notre malade comme étant gaucher du cerveau, qu'on nous passe cette expression, et droitier de la main. Le cas de M. Farge est tout à fait analogue ; peut-être est-il susceptible de la même interprétation.

Les auteurs, qui ont maintenu cette opinion, sont surtout MM. Mesnet, Billod, Schruher, etc. Voici leur théorie : la plupart des hommes se servent du membre supérieur droit pour faire es gestes, pour les travaux délicats ; ils sont donc droi-

tiers. Or, chez eux, la faculté du langage siège dans l'hémisphère gauche; il y a un lien entre le rôle de l'hémisphère comme centre du langage, et son rôle comme centre des mouvements les plus délicats du membre supérieur. Si, au contraire, l'homme se sert surtout de sa main gauche, s'il est gaucher, c'est l'hémisphère droit qui présidera, et aux gestes habituels, et aussi à la faculté du langage; chez lui il y aura de « la gaucherie cérébrale ». A l'appui de cette hypothèse, on peut fournir les deux observations suivantes :

OBSERVATION III (résumée). — *Wodham (Saint-George's Hospital Reports, 1869).*

Hémiplégie du côté gauche chez un garçon de dix-huit ans, ambidextre.

Aphasie consécutive, absolue pendant trois mois. Retour graduel, mais incomplet de la parole. — Nécrose du maxillaire.

Mort par épuisement, douze mois après l'attaque primitive. — Destruction presque totale de l'insula de Reil du côté droit.

OBSERVATION IV. — *Aphasie avec hémiplégie gauche. — Embolie de l'artère sylvienne droite, avec ramollissement de la 3^e frontale, du lobule de l'insula et de la corne sphénoïdale.* (Observation de Ledouble et Viollet. (*Tribune médicale*, mars 1879.)

Ch..., trente-cinq ans, blanchisseuse, est atteinte depuis huit mois d'épithélioma ulcéreux du col de l'utérus. Cette affection a sa marche ordinaire.

..... Le 14 septembre 1878, cette malade fut brusquement frappée d'hémiplégie gauche et d'aphasie, sans avoir perdu connaissance plus d'un quart d'heure. La sensibilité resta intacte du côté paralysé, mais l'aphasie fut absolue. Dans les premiers jours, il fut facile de constater le phénomène de l'hémiplégie variable qui, d'après MM. Charcot et Vulpian, appartient exclusivement au ramollissement.

Entrée le 29 septembre à l'hôpital, la malade y succomba le 29 octobre, sans avoir présenté aucun signe nouveau.

AUTOPSIE (résumée). — *Hémisphère cérébral droit.* La pie-mère et l'arachnoïde, qui recouvrent le cerveau depuis la partie antérieure des circonvolutions frontales jusqu'en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, c'est-à-dire tous les points que l'on donne comme les centres moteurs du cerveau, sont injectées et adhérentes l'une à l'autre. L'arachnoïde est couverte d'un dépôt croupal ou

purulent, au niveau du pli de passage de la 2^e circonvolution frontale à la marginale antérieure, et aussi au niveau du pli de passage de la 3^e circonvolution frontale avec la pariétale ascendante. — Circonvolution frontale ascendante ramollie.

La 3^e circonvolution frontale horizontale ou circonvolution de Broca est affaissée, friable dans toute sa longueur; elle est presque réduite en putrilage, vers le pli sourcilier.

Lobe pariétal : ramollissement de la pariétale ascendante à son origine, et de la pariétale inférieure.

Lobe sphénoïdal : ramollissement du sommet de la corne du lobe sphénoïdal : 1^{re}, 2^e et 3^e temporales presque détruites.

Lobule de l'insula, capsule externe et avant-mur creusés d'une cavité remplie de liquide jaunâtre. — Partie antérieure de la capsule interne, jaunâtre.

Artère sylvienne oblitérée par un caillot. — Pas d'athérome aortique.

Abdomen. — Col de l'utérus : épithélioma pavimenteux tubulé. — Coagulations fibrineuses dans les deux veines utéro-ovariennes. A gauche, veine rénale et veines lombaires obstruées.

Nous répétons, après avoir rapporté ces deux observations, ce que nous avons déjà dit en commençant cet article : il est nécessaire, à propos de ces faits, comme à propos de cas semblables, déjà publiés, de faire des réserves; peut-être chez ces malades, existait-il une lésion de l'hémisphère droit, en même temps que l'on rencontrait la lésion de l'hémisphère gauche, lésion qui, à l'autopsie, surtout si l'on n'est pas prévenu de la possibilité de la coïncidence, peut parfaitement passer inaperçue, d'autant plus que, quelquefois, elle est minime et placée profondément.

Une doctrine, comme celle des localisations cérébrales, dont la démonstration détruit, de fond en comble, le dogme de l'unité fonctionnelle du cerveau, devait, forcément, donner toujours lieu à des débats contradictoires; encore est-il nécessaire d'étudier minutieusement les faits isolés qui semblent détruire un point bien acquis à la science.

REVUE CRITIQUE

MÉTALLOSCOPIE, MÉTALLOTHÉRAPIE, ÆSTHÉSIOGÈNES

(Addition);

Par le Dr ROMAIN VIGOUROUX 1.

Nous avons parlé avec quelque étendue du scepticisme, qui en Angleterre avait accueilli les premiers faits relatifs aux æsthésiogènes. Nous ne voudrions pas cependant avoir laissé dans l'esprit du lecteur l'impression que ce scepticisme ait été partagé par tous les médecins anglais. En regard des négations à priori de quelques-uns, nous aurions dû placer la réserve vraiment scientifique ou les observations confirmatives des autres. Réparons brièvement cette omission.

Plusieurs savants anglais ont, dès l'origine de la question, cru devoir se rendre compte *de visu* des expériences de la Salpêtrière. Le docteur Hack Tuke a donné dans le *Journal of mental science* (janvier 1879) la relation des faits dont il a été témoin. Il a pris soin de faire lui-même, sur les malades du service de M. Charcot, des expériences de contrôle, en vue de l'objection fondamentale, de l'influence de l'imagination. Il ne cherche pas à expliquer les phénomènes dont il a pu constater la réalité; mais il montre d'une façon particulièrement saisissante combien il est peu logique d'attribuer à l'imagination tous les effets des æsthésiogènes, sous le prétexte qu'on a prouvé l'influence de l'imagination sur certains actes de l'organisme.

Vers la même époque (le milieu de 1878), le Dr Sigerson faisait à la Salpêtrière une série de visites dont il a rendu compte dans le *Brit. med. Journ.*, février 1879. Il n'éleva aucun doute sur la rigoureuse exactitude des expériences de métalloscopie et autres dont il a été témoin.

¹ Voir t. I, p. 257, 413 et 564.

Le professeur Gamgee (de Manchester) assista aussi aux diverses expériences sur les aimants et électro-aimants dont on s'occupait alors plus spécialement. Il en a donné dans le *British medical Journal*, de janvier 1878, une relation étendue et absolument confirmative; il y discute amplement la question de méthode.

Il y aurait encore à citer les nombreux médecins anglais qui ont eu l'occasion de répéter ou de varier les expériences de la Salpêtrière sur des malades de leur pays, non suspectes par conséquent d'imitation inconsciente ou autre. Ainsi le D^r Mac Call Anderson a communiqué à la Société médico-chirurgicale de Glasgow l'observation d'une malade hystéro-épileptique traitée par les métaux, et le D^r Mac Kendrick a fait sur cette malade les expériences de contrôle les plus rigoureuses (*Glasgow med. Journ.*, 1879). D'autres faits ont été rapportés par Stone, Ringrose-Atkins, etc. On trouvera d'ailleurs dans le *Progrès médical* le résumé de ces observations et de quelques autres.

R. V.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SCLÉROSE CENTRALE (SCLÉROSE PÉRIÉPENDYMAIRE); par Aug. EICKHOLT. (*Arch. f. Psych. u. Nervenh.*, 1880.)

L'observation longuement rapportée qui forme la base de cette note concerne une femme de 42 ans ne présentant rien d'anormal parmi ses anamnétiques, ni dans le domaine de l'hérédité, ni dans son histoire nosographique, ni dans son existence génitale. La maladie en question débute par des *vertiges* et des *troubles psychiques* qui, d'abord constitués par de simples absences, des distractions, se transforment soudain en une agitation au fond de laquelle on perçoit le délire des persécutions; en même temps la démarche est vacillante. Pendant les quatre mois que dure cette phase, on constate : une série

d'accès d'agitation à forme impulsive, de l'incoordination motrice généralisée. des tremblements fibrillaires des lèvres, une parole trémulante, traînée, scandée, des oscillations dans les extrémités supérieures au repos, de la titubation pendant la marche et à la fois l'attitude de la femme grosse (rejet du centre gravité en arrière), le signe de Romberg, de l'inégalité et de l'inertie pupillaires (dilatation plus prononcée à gauche), de l'affaissement des traits du visage, de l'augmentation dans la pression intra-oculaire; l'amaurose que l'on signale sur l'œil gauche correspond à l'apparence confuse de la papille dont on ne peut distinguer les vaisseaux, tandis que les examens ophthalmoscopiques du côté droit décèlent un dessin imparfait sans netteté, une coloration rouge livide, une légère dilatation de l'artère centrale avant sa division en des ramifications exigües, de la réplétion des veines. Enfin une *démence complète profonde* termine cette période par un calme absolu. Bientôt après c'est à une série de *crises convulsives généralisées* alternant avec des instants d'agitation que l'on assiste. Les premiers, caractérisés par tous les phénomènes de l'épilepsie grave, y compris les contractions du diaphragme, les vomissements, la dyspnée intense, précèdent, puis accompagnent la marche graduellement croissante des troubles moteurs; dans leur intervalle on note un tremblement violent des extrémités supérieures avec inclinaison très prononcée du corps à droite, la diminution excessive de la sensibilité, des hémiparésies passagères, de l'atrophie progressive de l'ensemble du système musculaire débutant par les membres supérieurs et ne sautant pas de tel groupe à tel autre. On voit aussi par moments des convulsions localisées sur un côté du corps, sur les muscles du cou à l'occasion de quelques mouvements (décubitus dorsal, flexion du tronc); même remarque au sujet de la rigidité de la charpente musculaire qui passe à l'état de permanence durant le dernier mois en même temps que l'ensemble des extrémités sont presque perpétuellement animées de secousses cloniques. Mentionnons aussi des *cris hydrocéphaliques*, et une *insuffisance mitrale* des plus évidentes. La mort, résultat de la déchéance organique, des accidents gangréneux du décubitus, et d'une pneumonie du lobe inférieur droit, met un terme à l'affection après vingt mois de durée.

L'autopsie révèle : une atrophie de la région thoracique et lombaire de la moelle en partie ramollie, une coloration gri-

sâtre des cordons postérieurs dans la région cervicale, une *dilatation brusque du canal central* à partir du segment dorsal supérieur de l'organe jusque dans la portion lombaire qui mesure 1 à 2 millimètres de diamètre au début du renflement lombaire. — Le cerveau est également volumineux par l'*expansion maxima des ventricules latéraux* d'où s'écoule un liquide clair; l'atrophie des ganglions de la base, des tubercules quadrijumeaux, l'aplatissement des bandelettes optiques, l'amincissement des nerfs optiques témoignent de la compression. Épaississement de l'épendyme. Nombreuses granulations sur le plancher ventriculaire. Atrophie de la substance grise œdématisée, brunâtre; congestion de la substance blanche ferme et dure; réduction de la couronne rayonnante. Lésions mitrales.

L'analyse histologique démontre: une *prolifération de la névralgie cérébrale*: réplétion énorme des vaisseaux, exsudation d'un grand nombre d'hématies, hyperplasie nucléaire des parois vasculaires, feutrage épais de fines fibrilles conjonctives, atrophie des cellules nerveuses — un travail identique dans la *couche sous-épithéliale de l'épendyme*, dans la pie-mère médullaire et le long des racines antérieures et postérieures. Ces lésions qui rétrocedent dans les régions où la dilatation du canal est moindre (4^e ventricule) reparaissent à mesure que, dans la moelle, le diamètre de ce dernier augmente et s'accompagnent alors de la *prolifération de la substance gélatineuse centrale*. Les cordons sont peu atteints, mais les cornes deviennent le siège des modifications vasculaires indiquées et de la dégénérescence inflammatoire des éléments nerveux à des stades divers qui suivent, elles aussi, la marche de l'agrandissement de l'ectasie centrale.

En somme, tout portant à conclure à la dilatation de cavités naturelles sous l'influence d'un processus cérébro-spinal de nature scléreuse partout identique, ainsi que paraît l'indiquer l'exagération des lésions le long de l'axe nerveux dans les régions où l'ectasie est la plus prononcée et inversement, voici comment le D^r Eickholt relie les lésions épendymaires à l'hydrocéphalie et à l'hydromyélie. Chez une cardiaque (lésions des orifices non compensées) se produit une sclérose diffuse du cerveau (symptômes psychiques); à raison des stases vasculaires d'origine cardiopathique, celle-ci ne tarde pas à se compliquer d'hydropisie ventriculaire dont la résorption se trouve empêchée par l'inflammation toujours progressante de l'épen-

dyme. Même mécanisme pour la moelle ; de sorte qu'à l'hydrocéphalie se joint l'hydro ou syringomyélie ; en outre ici l'inflammation des cornes antérieures, préparée par la sclérose périépendymaire, apporte son concours à l'ectasie en ce sens que leur terrain favorable au ramollissement et à la fluidification bien plus qu'à la sclérose, laisse un champ beaucoup plus libre à la dilatation centrifuge du canal, (Voy. sur ce sujet : Hallopeau. *Archives génér. de médecine*, 1871-72.) P. K.

II. SUR LES NOUVELLES EXPÉRIENCES RELATIVES AU MAGNÉTISME ANIMAL ; par le D^r P. GRUTZNER (de Breslau). (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, etc., n^o 40, 45 mai 1880.)

C'est une revue critique, sans faits nouveaux, des recherches récentes de Ch. Richet, Heidenheim, O. Berger, et autres.

III. NÉURALGIE NASO-ORBITAIRE INTERMITTENTE ; par le D^r A. SEELIGMULLER (de Halle). (*Centralb. f. nerv.*, n^o 4, 1^{er} juin 1880).

L'auteur a observé une douzaine de cas dans lesquels, en l'absence (sauf dans un) de toute influence paludéenne, les accès revenaient à heure fixe avec une précision surprenante. La durée de l'accès était en moyenne de 2 ou 3 heures, la douleur, spontanée ou à la pression, extrêmement intense. La plupart des malades étaient des hommes ; leur âge compris entre vingt et quarante ans.

Le sulfate de quinine et tous les autres moyens n'avaient donné aucun résultat. Seule la douche nasale, répétée plusieurs fois par jour, avait eu rapidement raison de l'affection. On la faisait d'abord avec du lait tiède, plus tard avec de l'eau faiblement salée. L'auteur suggère, pour les cas qui pourraient résister à ce moyen, l'emploi d'une solution de salicylate de soude.

M. Seeligmüller pense avec Horner qu'il s'agit là d'un catarrhe des sinus frontaux et il attribue les douleurs à une rétention dans ces cavités des produits sécrétés. Ceux-ci agiraient à la fois chimiquement et surtout mécaniquement. La muqueuse des sinus est très riche en nerfs ; elle reçoit des filets de presque toutes les divisions de la branche ophthalmique de la 5^e paire.

R. V.

IV. LA QUESTION DU GALVANOMÈTRE; par le D^r Ernest REMAK (Berlin). (*Centralb. f. Nervenheilkunde*, n° 12 du 15 juin 1880.)

L'auteur présente quelques observations relatives à la proposition de de Watteville et de Hesse, reproduites par Bernhardt dans le n° 9 du *Centralblatt*, de graduer en milliwebers les galvanomètres des appareils médicaux.

Il avait, avant de Watteville, montré que l'on peut évaluer la force absolue de courant correspondant à la déviation d'un galvanomètre vertical, par l'insertion d'une résistance convenable dans le circuit; seulement, la force absolue de courant qu'il obtient, d'après les principes de la physique allemande est toujours représentée par une fraction décimale, à savoir, le quotient de la force électro-motrice des éléments (exprimée en unités de force électro-motrice, l'unité étant la quantité d'électricité qui, à travers l'unité de résistance, décompose en une minute un centimètre cube d'eau) par la résistance totale exprimée en unités de Siemens. Abstraction faite de la bizarrerie du mot milliweber, il ne voit pas pourquoi de Hesse et Bernhardt, sans doute séduits par son origine étrangère veulent introduire un système basé sur des unités étrangères de force électro-motrice et de résistance (Volt et Ohm), renonçant ainsi aux résultats, à peine conquis, de la physique de leur pays et embarrassant la médecine de conceptions difficiles à saisir sans le secours des mathématiques. Du reste, d'après la correction admise par Bernhardt, un milliweber s'exprime en force absolue par $\frac{12 \text{ E.}}{1,000 \text{ S. E.}}$, de sorte que pour tous les cas, on peut facilement par division par ce nombre, ou par multiplication par la réciproque $\frac{1,000}{12} = 83,3$ évaluer en milliwebers la force absolue de courant.

M. Remak fait ensuite remarquer que l'adoption du système absolu avec galvanomètres verticaux, presque exclusivement employés en Allemagne, ne peut être exact que pour les premières divisions du cadran. Il préfère renoncer dans la pratique, aux mesures absolues et recommande le galvanomètre d'Erb. C'est un instrument qui, par l'adjonction facultative de différentes longueurs de fil, peut acquérir différents degrés de sensibilité.

R. V.

V. REMARQUES SUR L'ARTICLE PRÉCÉDENT ; par le D^r BERNHARDT (de Berlin).
(*Centrab. f. Nerv.*, n^o 42, 1880.)

B., montre, en citant des précédents, que l'origine étrangère d'une innovation scientifique n'a jamais été un obstacle à son adoption en Allemagne. — Il fait ressortir la simplicité de l'évaluation en milliwèber, et insiste sur l'utilité qu'il y aurait à avoir en électrothérapie des données uniformes, indépendantes de la construction particulière des appareils des différents observateurs.

VI. V^e RÉUNION DES NEUROLOGUES ET ALIÉNISTES DU SUD-OUEST DE L'ALLEMAGNE, A BADEN-BADEN, les 5 et 6 juin 1880. (Compte rendu du D^r MORIZ MAYER.)

VII. GUÉRISON D'UN ECZÉMA CHRONIQUE PARTIEL PAR LES COURANTS GALVANIQUES ; par HAMMON. (*Neurological Contributions*, 1879, n^o 1, p. 83.)

Le malade, âgé de soixante-dix ans, souffrait depuis huit mois d'un eczéma chronique occupant la face palmaire et dorsale de la dernière phalange du pouce. Le bout du doigt était rouge, à vif, creusé de fissures douloureuses et très sensibles au toucher.

Après cinq mois de traitements infructueux, le D^r Morton vit le malade et essaya à son tour, pendant deux mois, divers traitements internes et externes, sans plus de succès. Il eut enfin recours au moyen suivant : un gros dé à coudre en argent fut attaché par un fil à une plaque de zinc. Le dé fut mis au pouce et la plaque de zinc appliquée sur le bras ; on plaça un peu de charpie sous la plaque de zinc, et cette charpie fut maintenue imbibée d'un mélange d'eau et de vinaigre. Au bout de quelques jours la sécrétion purulente se tarit ; les fissures se cicatrisèrent, la peau devint blanche et ferme ; au bout de quatre mois l'affection ne s'était pas reproduite. C. T.

VIII. NÉVRALGIE SCIATIQUE GUÉRIE PAR L'ÉLONGATION DU NERF ; par NORMAN MACKINTOSH (*American Journ. of. med. sc.*, avril 1881, p. 456.)

Le malade, âgé de quarante et un ans n'avait jamais eu la syphilis. Il souffrait depuis seize ans d'une névralgie sciatique

occupant la cuisse, le genou et le pied ; la névralgie avait résisté à tous les moyens ordinaires. Les attaques d'abord rares, avaient peu à peu augmenté de fréquence et d'intensité. A la fin, la douleur était presque continue, durant cinq à six semaines sans relâche ; durant ce paroxysme, le malade mangeait à peine et ne dormait plus ; les injections de morphine ne produisaient plus ni amendement, ni sommeil. Le docteur Mackintosh se décida à faire l'élongation. Après anesthésie par l'éther et avec les précautions antiseptiques, il fit une incision longitudinale de cinq pouces et demi sur le trajet du nerf, commençant au niveau du bord inférieur du grand fessier ; séparant les muscles et disséquant avec soin, il mit le sciatique à découvert et l'étira fortement. La plaie se cicatrisa par première intention. Les douleurs disparurent complètement après l'opération, et quatre mois après il n'y avait eu aucune crise nouvelle.

C. T.

IX. *PISCIDIA ERYTHRINA* ; par Isaac OTT. (*The Brain*, III, p. 452-456, 1880.)

Aux médicaments antinévralgiques, aux narcotiques, aux calmants déjà si nombreux, M. Ott vient proposer d'ajouter une nouvelle substance, l'extrait de *piscidia erythrina*, qui aurait sur l'opium l'avantage de ne pas constiper et de ne pas troubler l'appétit. Ce produit est fourni par un arbre de la Jamaïque, que son écorce rouge a fait surnommer l'arbre corail.

Ses propriétés stupéfiantes sont bien connues des naturels qui les utilisent pour la pêche des petits poissons, sans le moindre inconvénient pour le consommateur. Presque toutes les parties de la plante jouissent de la même propriété ; mais pour préparer l'extrait employé en médecine, on se contente de traiter par l'alcool l'écorce des racines. On obtient ainsi un liquide rougeâtre, à saveur âcre, ressemblant au laudanum dont il a l'odeur. Les expériences de M. Ott, faites sur des lapins et des grenouilles, permettent de rapprocher l'extrait de *piscidia erythrina* de la morphine et du chloral. C'est un narcotique, sans action sur les nerfs, moteurs ou sensitifs. Il diminue le pouvoir réflexe des centres nerveux, ralentit le pouls, et augmente la tension artérielle au début, pour l'abaisser ensuite ; enfin il produit le tétanos, dilate la pupille, et excite

les sécrétions de la salive et de la sueur. Son action sur le rein n'est pas notée. Il ne semble pas que l'extrait étudié par M. Ott soit doué de propriétés bien énergiques, puisque pour tuer des lapins, il a dû leur en injecter quarante-huit gouttes par la voie sous-cutanée.

R. BLANCHARD et J. PIGNOL.

X. PARALYSIE AGITANTE GUÉRIE PAR LA GALVANISATION CENTRALE, LE BROMURE DE SODIUM ET L'HYOSCYANIUM; par Ed.-C. MACNA. (*Journ. of mental and nervous diseases*, janv. 1881, p. 124.)

M^{me} E..., âgée de cinquante ans, était atteinte d'un tremblement généralisé et continu compliqué de troubles cérébraux graves, avec délire de persécutions, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il y avait rigidité musculaire et contracture marquée, la tête était inclinée en avant et fixe, le tronc était aussi penché en avant; la marche était difficile. La force musculaire et la sensibilité étaient intactes. La langue était agitée d'une trémulation notable. Le tremblement avait débuté par une main et le bras et avait peu à peu gagné tout le corps. L'affection s'était développée graduellement sous l'influence de chagrins domestiques.

Le docteur Mann soumit la malade au bromure de potassium et de teinture d'hyocyanium. Il applique l'électricité sous forme de galvanisation centrale et de courant bi-temporal. L'excitation mentale se calma rapidement. A la fin du second mois tout trouble cérébral avait cessé; en même temps la rigidité et le tremblement disparaissaient; la marche devenait plus animée; la tête et le tronc se redressaient. Au bout de trois mois, la malade était complètement guérie.

C. T.

XI. QUELQUES POINTS DE LA PATHOLOGIE DES LÉSIONS OCULAIRES DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE ET SPINALE; par STEMAN BULL. (*American Journ. of med. sc.*, avril 1881, p. 382.)

La fréquence des troubles oculaires de la syphilis cérébro-spinale a été mise en relief par les écrits de Hugh. Jackson et de Fournier. Les paralysies des muscles de l'œil aussi bien que les troubles visuels, amblyopies, amauroses, sont des faits bien connus aujourd'hui; l'auteur résume les prin-

principaux caractères de ces diverses manifestations syphilitiques ; il signale leur valeur pronostique et diagnostique. Avec Hughling Jackson, il insiste sur la nécessité de pratiquer l'examen ophtalmoscopique chez tout individu qui présente quelques symptômes attribuables à la syphilis cérébrale. Si étrange que paraisse le fait, en effet, diverses observations ont montré que les signes physiques de la névrite optique et de la neuro-rétinite peuvent exister sans que le malade accuse aucun trouble de la vue. Cette névrite optique peut s'accompagner de la paralysie d'un ou de plusieurs des muscles moteurs de globe oculaire. Elle coexiste fréquemment comme l'a indiqué Jackson, avec des attaques d'épilepsie unilatérale. L'association de ces deux ordres de phénomènes est en rapport le plus souvent avec une lésion syphilitique des circonvolutions. Bull rapporte cinq observations dont nous nous contenterons de donner le sommaire.

OBSERVATION I. — Parésie du droit supérieur gauche ; ptosis transitoire à plusieurs reprises ; paraplégie ; atrophie des nerfs optiques consécutive à la névrite.

OBSERVATION II. — Paralysie de la troisième paire droite et du droit supérieur droit ; atrophie blanche simple des nerfs optiques.

OBSERVATION III. — Névrite optique terminée par l'atrophie du nerf optique droit, sans autre phénomène cérébral que de la cécité.

OBSERVATION IV. — Ptosis du côté gauche, névrite optique double.

OBSERVATION V. — Paralysie du droit inférieur droit ; ptosis à droite ; atrophie du nerf optique droit ; surdité complète d'un côté, partielle de l'autre. Dans ce cas, les phénomènes auditifs s'accompagnèrent de tous les symptômes de la maladie de Ménière, vertiges avec perte de l'équilibre et bourdonnements d'oreilles. Ces symptômes cédèrent au traitement antisiphilitique, mais le malade garda une surdité complète de l'oreille gauche. C. T.

XII. DE L'ÉLONGATION DES NERFS ; par L. WITKOWSKI, de Strasbourg. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, t. XI.)

Les recherches histologiques et les expériences entreprises à ce sujet se rapportent à trois sortes d'individualités, qui sont : 1° le cadavre humain ; — 2° l'homme ; — 3° les animaux.

L'allongement brusque et vigoureux de tout un membre raidi et contracturé par *la mort* produit, de même que l'élongation directe de son nerf, une rupture de la myéline, par places, tout le long du nerf; on la trouve refoulée de part et d'autre des endroits tirillés. Intégrité des gaines et des cylindres-axes.

— Un examen pratiqué peu de temps après l'opération de l'élongation chez l'animal (lapin, cobaye) décèle les mêmes lésions et quelquefois la déchirure du cylindre-axe. Mêmes observations sur le sciatique d'un homme élongé un jour avant sa mort, pour un tétanos traumatique. (Pertik de Budapesth et Witk.) L'auteur a grand soin de faire ressortir en même temps qu'il a constamment pris soin dans ses expériences de graduer la force de traction, par comparaison de l'animal à l'homme, et conformément aux recommandations de Nüssbaum. — Tout nerf qui a subi ce traitement, présente au delà du troisième jour (lapin) un début de *dégénérescence* (segmentation myélinique, discontinuité ou absence complète du cylindre-axe; gaines vides ou remplies d'une matière grenue (multiplication des noyaux); le processus était complet sur une fibre de chien au neuvième jour; au quatorzième, un lapin présentait un grand nombre de fibres dégénérées sur la périphérie du nerf. En aucun cas, W... ne constata d'altération anatomique dans le bout central par rapport au lieu de préhension. Pas de troubles trophiques, même aux muscles; troubles de la locomotion variables et passagers. Macroscopiquement l'opération peut donner lieu à des hémorrhagies dans les gaines et assez souvent à la rayure de Fontana (tassement des fibres les unes contre les autres).

En somme l'élongation, en supprimant la conductibilité d'un certain nombre de fibres, détermine rapidement une dégénération qui s'étend dans le bout périphérique. C'est bien une section partielle (Verneuil). Si comme tend à le croire l'auteur, il est vrai qu'à l'état normal on peut constater sur les nerfs périphériques des vestiges de processus, de dégénérescence et de régénération (opinion de Mayer), l'élongation constituerait un coup de fouet ranimant, accélérant, multipliant dans le système nerveux les processus de déchéance et de néoplasie physiologiques.

Pour finir, quelques conclusions histologiques. M. W... fait ressortir que bien que le nerf n'ait pas participé au traumatisme de la plaie d'ailleurs toujours très modéré, bien qu'il n'ait présenté, caché dans la profondeur, dans sa gaine intacte, aucun

phénomène inflammatoire, la *réparation du tissu nerveux n'a jamais eu lieu par première intention*: elle a toujours été précédée par de la dégénérescence, que la plaie guérit ou non par première intention (mêmes altérations nerveuses dans les deux cas). — D'autre part, pour que la *dégénérescence soit complète*, il faut que *le cylindre-axe soit rompu*. — La rupture des cylindres-axes brisés par l'élongation a lieu, presque sans exception, entre deux étranglements annulaires, ce qui prouve la *fausseté de l'opinion d'Engelmann* aux termes de laquelle un nerf serait composé d'autant de segments de cylindre-axe qu'il y a d'étranglements, segments reliés entre eux par un ciment organique interposé en ces points. D'ailleurs les altérations traumatiques sont loin de se limiter régulièrement à l'étranglement le plus voisin. P. K.

XIII. DE L'AMAUROSE CONSÉCUTIVE AUX LÉSIONS DU SOURCIL OU DE LA RÉGION ORBITAIRE; par J. SANTOS FERNANDEZ (de la Havane); traduction anglaise par A.-B. DE LUNA. (*The American journal of the Medical Sciences*, n° de janvier 1881.)

Cette étude historique, clinique et expérimentale se termine par les conclusions suivantes :

1° L'amaurose consécutive aux lésions du sourcil est généralement causée par des lésions cérébrales; la preuve, c'est que dans le plus grand nombre des cas, le malade perd connaissance ou meurt peu de temps après l'accident;

2° Bien que la littérature ophthalmologique moderne ne contienne pas un seul cas dans lequel l'examen ophthalmoscopique ait été régulièrement pratiqué pendant toute la durée de la maladie, deux de mes cas, ainsi que les observations de Galezowski, tendent à prouver que l'amaurose est due soit à une atrophie de la papille, relevant elle-même d'une lésion plus ou moins grave; soit à une lésion du nerf optique à son passage dans le trou optique;

3° Les cas dans lesquels l'amaurose a été attribuée à une action sympathique ou à l'excitabilité de la cinquième paire appartiennent à une époque où l'ophthalmoscope n'était pas encore en usage, et ont par conséquent pu donner lieu à des interprétations erronées;

4° L'amaurose occasionnée par une simple irritation du nerf sus-orbitaire résultant de piqûres, de distension cicatricielle ou

de toute autre cause, pourrait à l'heure actuelle être mise en doute; car on ne trouve pas, à l'appui de son existence, une seule observation clinique complète; mais comme on a observé l'amaurose sympathique par excitabilité de la branche maxillaire de la cinquième paire, il ne saurait être permis, en bonne logique, de nier la possibilité d'un résultat semblable pour ce qui concerne le nerf sus-orbitaire, l'une des trois principales branches du trijumeau;

5° L'identité complète une fois admise entre l'amaurose qui résulte d'une irritation du nerf maxillaire supérieur et celle qui résulte d'une irritation du nerf sus-orbitaire, le pronostic doit être considéré comme également favorable dans les deux cas: quant à l'amaurose consécutive aux lésions du sourcil et aboutissant à l'atrophie de la papille, elle est incurable;

6° Dans les expériences instituées sur les chiens, les divers traumatismes provoqués de la région sus-orbitaire n'ont pas été suivis d'amaurose.

R. DE M. C.

XIV. SUR LES FRACTURES NON MORTELLES DE LA BASE DU CRANE, avec cent trente-cinq observations; par John-A. LIDELL. (*The American Journal of the Medical Sciences*, n° d'avril 1881.)

On a déjà rendu, et il faut rendre encore aux chirurgiens américains cette justice, qu'ils ont merveilleusement tiré parti du champ d'observation que leur a fourni la guerre de la Sécession. C'est à la source infaillible de documents recueillis à cette époque que M. Lidell a puisé les matériaux de son important travail, dont nous reproduisons ici les conclusions:

1° Les fractures qui intéressent la base du crâne ne sont pas nécessairement mortelles; au contraire, la proportion des guérisons est considérable;

2° Les malades qui guérissent le mieux sont ceux que l'on tient au repos, que l'on traite par la méthode antiphlogistique, c'est-à-dire par l'alimentation restreinte, les applications froides sur la tête, les purgatifs, les mercuriaux, les vésicatoires, suivant le cas, pendant la durée de la période d'inflammation et de suppuration qui succède à la lésion. Plusieurs malades, dont l'état paraissait désespéré, ont été sauvés par ce traitement; faute d'y avoir recours au contraire, beaucoup de blessés n'ont guéri qu'imparfaitement, et quelquefois le résultat a été plus fâcheux encore;

3° La ligature de la carotide primitive peut être pratiquée avec succès pour arrêter l'hémorrhagie de l'artère méningée moyenne. Ce traitement a réussi dans deux cas ;

4° Chez beaucoup de blessés atteints de fracture par coup de feu de la base du crâne, et surtout chez ceux qui ont été imparfaitement, incomplètement ou négligemment traités, on voit, après une amélioration apparente plus ou moins prolongée, la santé générale se détériorer, l'atrophie et les contractures tendineuses survenir dans les membres paralysés, la céphalalgie et les vertiges persister, la cécité et la surdité augmenter ; enfin on voit apparaître l'épilepsie traumatique, l'altération des facultés mentales, etc. Beaucoup des cas rapportés viennent malheureusement à l'appui de cette assertion. Aussi, le grand enseignement pratique qu'il convient de tirer de ces faits, c'est que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un de ces traumatismes, il faut demeurer convaincu des fâcheux résultats que peut avoir un traitement insuffisant, et poursuivre avec persévérance pendant tout le temps nécessaire un traitement approprié. Par dessus tout, il faut assurer au malade les bénéfices d'un milieu parfaitement calme, d'un repos physique et moral absolu et d'un sévère régime antiphlogistique.

R. DE M. C.

XV. ETUDE SUR LES HÉMORRHAGIES PRIMITIVES, IMMÉDIATES OU DIRECTES DES VENTRICULES CÉRÉBRAUX ; par Edward SANDERS. (*The American Journal of the Medical Sciences*, n° de juillet 1881.)

L'auteur n'entend parler dans ce travail que des hémorrhagies qui ont leur origine soit dans le ventricule lui-même, soit en un point de ses parois, indépendamment de toute laceration du tissu cérébral, de toute effraction de sang venu d'ailleurs. Tous les auteurs s'accordent à considérer cette lésion comme extrêmement rare ; mais M. Sanders pense que souvent elle a passé inaperçue ou bien a été méconnue ; ses recherches bibliographiques lui ont permis d'en rassembler quatre-vingt-quatorze cas. Les causes de l'hémorrhagie intra-ventriculaire primitive ne diffèrent pas essentiellement de celles des extravasations sanguines ordinaires. Au point de vue de l'âge, il est à remarquer (si toutefois il est permis de conclure d'après un nombre de cas aussi restreint) que l'hémorrhagie intra-ventri-

culaire primitive serait sensiblement plus fréquente aux deux extrêmes de la vie : elle est d'ailleurs plus uniformément répartie entre les divers âges que l'hémorragie cérébrale proprement dite. Elle paraît avoir été observée plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

Si l'on recherche quelles sont les maladies ou les états anormaux qui existaient chez les sujets que l'hémorragie intraventriculaire a frappés, on trouve trois fois la grossesse, deux fois la délivrance récente, treize fois l'augmentation de volume du cœur (avec hypertrophie gauche très accusée dans cinq cas), dix fois une hémorragie ou une hémiplégié antérieure, une fois la leucocythémie, une fois le scorbut, une fois le purpura, une fois la cachexie palustre, deux fois l'effort brusque ou prolongé, trois fois des sensations émotives violentes, une fois l'inflammation du ventricule lui-même. D'autre part, toutes les conditions (goutte, alcoolisme, syphilis, etc.) qui, en provoquant l'altération des parois vasculaires cérébrales, prédisposent à l'hémorragie cérébrale ordinaire, paraissent devoir prédisposer également à l'hémorragie intra-ventriculaire primitive.

Au point de vue du mécanisme, l'auteur ne se refuse pas à admettre, bien qu'à cet égard il conserve quelques doutes, que des hémorragies de ce genre puissent se produire par simple exhalation, en dehors de toute rupture vasculaire ; mais cette explication ne serait en tout cas applicable qu'aux hémorragies très minimes. Le plus souvent, c'est à la rupture d'un vaisseau situé sur la paroi vasculaire ou dans son voisinage immédiat qu'il faut attribuer les phénomènes observés. Il convient aussi de tenir compte, au point de vue étiologique, des anévrysmes, des tumeurs intra-crâniennes, de l'inflammation du ventricule lui-même, de l'atrophie et du ramollissement du cerveau, ainsi que des diverses modifications subies par les vaisseaux du cerveau en général, ou par les vaisseaux directement intéressés dans l'hémorragie. Quant aux anévrysmes miliaires, il est permis de supposer, et quelques faits viennent à l'appui de cette manière de voir, que les vaisseaux ventriculaires ne se comportent pas autrement à l'égard de cette lésion que les autres vaisseaux cérébraux.

En dehors des conditions particulières qui résultent du siège même de l'hémorragie, les phénomènes anatomo-pathologiques ne paraissent présenter aucun caractère qui leur soit exclusif.

Au point de vue du diagnostic, il est surtout important de

distinguer l'hémorrhagie intra-ventriculaire primitive de l'hémorrhagie cérébrale ordinaire et de l'hémorrhagie méningée. L'auteur a résumé dans deux tableaux, que nous reproduisons, les éléments de ce double diagnostic différentiel :

1 ^o HÉMORRHAGIE VENTRICULAIRE.	HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.
Fréquente chez les sujets jeunes ou âgés.	Fréquente surtout vers le milieu de la vie.
Début très rapide et violent.	Début plus lent et moins violent.
Coma ordinairement très profond datant tout à fait du début de la maladie.	Coma généralement moins profond.
Convulsions fréquentes.	Convulsions rares.
Contracture fréquente.	Contracture rare.
La paralysie manque souvent; quelquefois elle est généralisée.	La paralysie est la règle; elle revêt généralement la forme hémiplegique.
Une amélioration ou une rémission passagères des symptômes ne sont pas rares.	L'amélioration passagère est beaucoup moins fréquente.
La guérison est une terminaison rare.	La guérison est fréquente.
La mort est rapide; elle survient souvent en quelques heures.	Même en cas de terminaison funeste, la vie se prolonge ordinairement pendant plusieurs jours.
2 ^o HÉMORRHAGIE VENTRICULAIRE.	HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE.
Pas d'antécédents pour expliquer la lésion.	On trouve dans les antécédents; pour le nouveau-né, un accouchement laborieux; pour l'adulte un traumatisme.
Les symptômes prémonitoires ne sont pas rares.	Ces symptômes manquent ordinairement.
Céphalalgie rare.	Céphalalgie fréquente (Ramskill).
Si la paralysie existe, règle générale elle n'est pas généralisée; c'est une hémiplegie.	La paralysie est ordinairement généralisée; l'hémiplegie est exceptionnelle (Nothnagel).
La déviation de la bouche et de la langue sont plus communes.	Ces déviations sont rares (Ramskill).
La contracture est très commune.	La contracture, quoique fréquente, est moins commune.
Les convulsions existent souvent, mais elles sont moins communes.	Les convulsions sont la règle.
Vomissements moins fréquents.	Vomissements très fréquents.
Pas de symptômes de méningite secondaire avec fièvre.	Symptômes de méningite secondaire avec forte fièvre vers le troisième ou le quatrième jour.
Mort rapide.	Règle générale, la vie se prolonge pendant plusieurs jours.

Le pronostic est presque toujours fatal : sur les quatre-vingt-quatorze cas rassemblés par l'auteur, on ne compte que trois guérisons; dans ces trois cas, l'hémorrhagie n'avait envahi qu'un seul ventricule.

R. DE M. C.

XVI. SUR CERTAINES PHASES PEU CONNUES DU TABES DORSAL; par Th. BUZZARD. (*The Lancet*, septembre 1881.)

L'auteur pense que quelquefois l'absence du réflexe patellaire est le seul symptôme du tabes. L'ataxie des mouvements peut manquer chez des sujets qui offrent déjà les symptômes les plus graves du tabes; il cite plusieurs faits de crises gastriques, d'arthropathies, chez des sujets qui n'avaient pas d'incoordination. Il appelle également l'attention sur la prééminence que peuvent encore prendre quelques autres symptômes qui sont relégués au second plan : les troubles vésicaux du tabes prennent quelquefois une telle importance qu'ils sont considérés comme constituant toute la maladie. M. Buzzard rapporte le fait d'un hémiplégique chez lequel on ne trouva non seulement pas l'exagération des réflexes du côté paralysé, mais même aucune réaction au choc du tendon patellaire; on apprit que ce sujet avait eu auparavant des douleurs fulgurantes, de la diplopie, etc., c'était un ataxique. Il insiste aussi sur les chutes brusques auxquelles les ataxiques peuvent être sujets, par suite d'une paraplégie subite, quelquefois assez marquée pour obscurcir le diagnostic.

CH. F.

XVII. SUR UNE LÉSION DE L'AXE GRIS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DANS UN CAS DE SYPHILIS RÉCENTE; par A. JARISCH. (*Wiener Medizin. Blatter*, 1881.)

L'auteur ayant observé plusieurs fois au début de la syphilis une exagération des réflexes cutanés et tendineux qui avait disparu sous l'influence d'un traitement antisiphilitique s'était demandé si ces phénomènes ne devaient pas être mis en rapport avec des lésions médullaires analogues à celles qu'il avait déjà décrites dans certaines affections cutanées. Il a eu l'occasion d'examiner la moelle d'un individu atteint de syphilide papulo-squammeuse. Sur certaines coupes de la partie inférieure de la moelle dorsale, on constatait que les cornes antérieures étaient gonflées et élargies, surtout dans leurs parties

latérales. Les altérations microscopiques les plus intenses siégeaient depuis les racines de la dixième paire dorsale jusqu'au renflement lombaire ; elles n'étaient pas continues, mais se présentaient plutôt sous forme de nodules. On constatait principalement une vascularisation énorme de la substance grise, surtout dans les parties centrales et latérales, et notamment, dans le processus réticulaire. Dans plusieurs endroits, cet état avait amené de petites hémorrhagies. Les vaisseaux de la commissure surtout étaient élargis et gorgés de sang, leur adventice épaissie. La substance grise présentait des altérations qui étaient en rapport intime avec cette hyperémie et ces proliférations vasculaires. Là où le processus était le plus intense, la structure propre à la substance grise avait complètement disparu ; le réseau conjonctif était très épaissi, et dans cette masse plus ou moins homogène, les cellules ganglionnaires paraissaient gonflées et comme remplies de liquide : dans quelques-uns le noyau était peu distinct. D'autres fois le noyau était tout à fait libre ou à peine entouré des restes du protoplasma. Les altérations étaient surtout marquées dans les cellules ganglionnaires des colonnes de Clarke, du groupe latéral et des parties centrales, tandis que les cellules multipolaires antérieures participaient à un degré bien moindre, mais manifeste, au processus pathologique. Dans la même région, la substance blanche de la moelle était vascularisée, son tissu conjonctif était gonflé sans altération des tubes nerveux. Ces lésions étaient beaucoup moins marquées. CH. FÉRÉ et RICHARD.

XVIII. DEUXIÈME CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES ; par E.-C. SÉGUIN. (*Journ. of. nervous and mental diseases*, juillet 1881.)

Cinq nouveaux faits portent à neuf le nombre des observations personnelles de M. Séguin, relatives aux localisations corticales du cerveau ; il en tire les conclusions suivantes : la partie inférieure de la troisième frontale est en rapport avec les organes et la fonction du langage ; la partie moyenne des frontale et pariétale ascendantes, avec les mouvements du bras du côté opposé ; la partie supérieure des deux mêmes circonvolutions avec le lobule paracentral (et aussi le lobule pariétal supérieur ?) avec ceux des deux membres du côté opposé et peut-être plus particulièrement avec ceux de la jambe. CH. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 24 juillet 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. CHRISTIAN communique à la société l'observation d'un *déli-rant chronique* présentant des idées de persécution, associées à des idées de grandeurs, chez lequel le moindre malaise se traduisait par une exaspération du délire. Ce malade était en outre cryptorchide, et M. Christian demande si ce vice de conformation n'était pas pour quelque chose dans la production du délire. Dans le cours de quelques affections inflammatoires dont cet individu fut atteint, il présenta du délire fébrile se substituant au délire d'absence. Tout, du reste, devenait pour lui le prétexte d'une idée délirante. A la suite d'une administration de tartre stibié, il s'est cru empoisonné, et a conservé ensuite cette idée pendant longtemps.

M. VOISIN estime, dans ce cas, que le délire fébrile pouvait tenir à un état congestif des centres nerveux, comme on en observe des exemples dans le cours de certaines affections; le délire vésanique habituel reparaisant aussitôt après la guérison de la maladie intercurrente.

M. LUYS croit que, souvent, on peut expliquer la formation du délire par un vice de conformation des organes génitaux. Il se rappelle un individu atteint d'hydrocèle enkysté, qui s'est cru persécuté, et pensait qu'on l'avait changé de sexe en lui mettant dans le scrotum un œuf, qui aurait fait de lui une femelle. M. Luys demande ensuite à la Société ce qu'elle pense des crises qui jugent un délire par une affection aiguë.

M. CHRISTIAN a remarqué que dans la paralysie générale à forme maniaque une maladie intercurrente pouvait avoir un heureux résultat sur l'affection mentale, tandis qu'au contraire la terminaison était presque fatale quand elle survenait dans les formes dépressives.

M. LUYS craint qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence et non une relation de cause à effet.

M. VOISIN a vu des épileptiques dont les attaques étaient suspendues pendant la durée d'une affection inflammatoire.

M. DELASIAUVE insiste sur la distinction à établir entre le délire fébrile et le délire vésanique, et pense qu'une maladie peut, dans certains cas, se substituer à une autre. Pendant une épidémie de variole qui sévissait dans son service, il a observé une petite fille épileptique, dont les attaques étaient ordinairement quotidiennes et qui n'a pas eu une seule manifestation du mal comitial dans tout le cours de sa variole.

M. LEGRAND DU SAULLE, revenant sur l'observation rapportée par M. Christian, repousse l'administration du tartre stibié chez les persécutés; parce que les troubles gastro-intestinaux qu'il détermine peuvent être pour le sujet le point de départ d'idées d'empoisonnement dont il se débarrasse ensuite difficilement.

M. MAGNAN lit un rapport sur trois candidats qui demandent à faire partie de la Société. A l'unanimité, M^{lle} Skwortzoff¹, docteur en médecine, le D^r Marcel Briand et le D^r Garnier, sont nommés, les deux premiers membres correspondants, et le troisième membre titulaire de la Société médico-psychologique. MARCEL BRIAND.

Séance du 30 octobre 1881. — PRÉSIDENTE DE M. DELASIAUVE.

M. BOURDIN présente à la Société un mémoire sur l'*antonomasie*. On désigne, dit-il, sous le nom d'*aphasiques* une catégorie d'individus dont le langage ne répond pas à la pensée. Ils disent, par exemple : allumer ma pantoufle, au lieu de : allumer ma lampe, allumer ma bougie, et, ne s'apercevant pas de l'erreur qu'ils viennent de commettre, ils tiennent ainsi des discours incompréhensibles. *Aphasique*, étymologiquement, veut dire : qui ne parle pas; on leur applique donc un qualificatif impropre, qu'il serait peut-être bon de modifier. L'*antonomasie* est une figure de rhétorique qui consiste à ne pas appliquer à un objet son mot propre et à le remplacer par un équivalent. Je crois donc qu'il serait préférable d'appeler *antonomasie* la forme d'*aphasie* à laquelle je viens de faire allusion.

M. FALRET. Dans l'*antonomasie*, on emploie un équivalent et l'on dit par exemple : la maison de Molière pour désigner la Comédie-Française, tandis que les *aphasiques* emploient, quand l'expression propre leur manque, un terme qui souvent ne signifie rien du tout.

M. LUY. Je crois qu'il faudrait réserver l'*antonomasie* pour déterminer l'état d'un malade qui, sans employer un terme impropre, se servirait de circonlocutions.

¹ M^{lle} Skwortzoff est la première femme qui ait été admise à la Société médico-psychologique. Ce fait vaut qu'on le signale.

M. CHARPENTIER. Je me représente assez volontiers l'*antonomasie*, comme la tendance de ces personnes qui abusent sans cesse de la périphrase.

M. FOVILLE demande si les individus dont il est question manifestent leur état dans le langage écrit comme ils le manifestent dans le langage parlé.

M. BOURDIN. Le mot *antonomase*, que je vous proposais d'accepter, s'appliquerait aussi bien aux *agraphiques* qu'aux *aphasiques*.

Discussion sur la création d'un asile pour les aliénés criminels.

M. MOTET, rendant compte à la Société des travaux du Congrès médical de Londres, s'étend longuement, avec son talent ordinaire, sur la question des *aliénés criminels*. Les Anglais, dit-il, ont fait sur ce sujet un grand nombre d'expériences qu'il suffit de connaître pour en profiter. L'histoire des aliénés criminels se divise, chez nos voisins d'outre-Manche, en quatre grandes périodes. Durant la première, ils étaient confondus dans les maisons de détention avec les prisonniers ordinaires; mais ils étaient pour ces derniers tantôt un sujet d'effroi, tantôt un objet de risée; ajoutez que d'autres aliénés criminels, acquittés comme irresponsables, restaient en liberté et commettaient de nouveaux crimes. Plus tard, ceux d'entre ces malheureux qui pouvaient payer leur pension furent séparés des prisonniers et placés dans des asiles avec les aliénés ordinaires; c'est ce qui marque la seconde période. Peu après, on entra dans la période dite de réaction: ce n'était pas assez d'avoir séparé les aliénés criminels des malfaiteurs sensés et responsables de leurs actes; il ne fallait pas les confondre avec les autres aliénés, car les familles de ces derniers réclamaient contre cette promiscuité. L'on en arriva peu à peu à la période de centralisation, en fondant un asile central pour les aliénés criminels. Dans cet asile, que j'ai visité, j'ai vu des malades que j'aurais pris absolument pour des aliénés ordinaires, n'eût été le lieu où ils se trouvaient.

M. MAGNAN. Dans la très intéressante communication de M. Motet, il me semble trouver la condamnation même du projet qu'il voudrait voir accepter en France. Comment, en effet, admettre que des malades, qui, suivant son expression, ressemblent tant aux aliénés ordinaires, soient soignés ailleurs que dans un asile ordinaire? Et, pour ma part, je me résoudrais difficilement à admettre qu'on doive traiter en criminels un paralytique général par exemple ou un dément parce qu'ils auront dérobé quelque objet ou exhibé en public leurs organes génitaux.

MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN

Séance du 12 juin 1880.

Le Dr SCHUCHARDT, d'Andernach, est nommé membre titulaire.

Le Dr HERTZ met sous les yeux de la Société le plan du *nouvel asile construit à Sarreguemines*. On y remarque un lazaret spécial réservé aux maladies fébriles pour chaque sexe; de chaque côté un grand bâtiment indépendant, mi-partie pour les épileptiques, mi-partie pour les gâteux; des constructions affectées aux pensionnaires, aux malades calmes, aux aliénés demi-agités, aux agités; en tout, six corps de bâtiment. — L'installation la plus originale, est celle des locaux destinés à l'isolement, que l'on voit émerger, comme les bourgeons des rameaux, du corps de logis, à des distances régulières. Il en existe dans les sections des aliénés calmes, des agités, des demi-agités, des entrants. Chacun des locaux cellulaires est séparé du corps de logis respectif non seulement par des portes, mais encore par des antichambres murées; l'isolement est donc aussi complet que possible. On a évité de les grouper dans le même but; quand une même construction en possède plusieurs, ils sont disposés en dehors les uns des autres. Chaque compartiment cellulaire comprend un lieu d'habitation, un corridor, un cabinet d'aisances et une issue spéciale dans une cour à part. Un parquet de chêne inséré dans l'asphalte, de grandes fenêtres surmontées d'impostes valvulaires destinées à l'aération, l'éclairage au gaz en rapport avec l'appareil de ventilation, le chauffage à l'aide de poêles abrités par un manteau de maçonnerie, que l'on alimente dans les corridors, la solidité des murailles préservant également du froid et de la chaleur, tels sont les principaux avantages de l'aménagement.

M. RIPPING communique un fait concernant un garçon de quatorze ans qui se prétendait en communication avec la sainte Vierge. Transporté au Sieburg pour y être observé, il fut non reconnu comme aliéné, mais convaincu d'imposture. (Voyez *Vierteljahressch f. gesichtl. medic.* N. F. XXXIV, 1, p. 479.)

M. NASSE présente les conclusions suivantes à l'égard de l'emploi de l'*hyoscyamine dans les psychoses*. Après avoir résumé les travaux de Lawson, Mendel, Savage, Prideaux, Gray sur ce sujet, M. Nasse passe à ses propres essais. Se conformant aux indications de Lawson, il employait l'*hyoscyamine amorphe* de Mark à l'intérieur à la dose de 0,003 à 0,036 par jour. Sur quatre cas de manie chro-

nique avec propension marquée à déchirer et à salir, il n'obtint qu'un succès passager malgré l'administration du médicament pendant sept à onze jours consécutifs. Aucun repos, nulle action sur l'appétit ou sur la gorge, doute à l'égard de la régularité de la mydriase et de l'accélération du pouls. Mêmes résultats négatifs à propos d'un paralytique agité. Ces observations engagèrent d'autant mieux M. Nasse à prolonger ses essais, que Savage et Gay mettent en garde contre le collapsus qui se montre par la prolongation de l'usage et qu'il a lui-même enregistré dans le cas heureux en question, de l'abattement général et de la diarrhée. D'ailleurs, diversité des opinions sur la valeur des diverses hyoscya-mines (amorphe ou cristallisée), ainsi que sur celle de mode d'emploi (interne ou en injections hypodermiques).

Séance du 6 novembre 1880.

Après la réception comme membres titulaires des D^r HUBERTY, de Düren, et VON EHRENWALD, de Ahrweiler, le président communique à la Société l'invitation qu'il a reçue d'assister au Congrès international de médecine. Il souhaite que quelques-uns de ses membres puissent agréer à cette invitation.

Le D^r LÉO lit deux rapports *médico-légaux* concernant l'état mental d'un journalier de trente-deux ans et d'un mendiant de quarante ans, accusés d'attentats à la pudeur sur des enfants, et tous deux à peu près aussi mal partagés psychiquement. Le premier devait être considéré comme à la limite de la santé mentale, tandis que le second avait manifestement franchi les bornes de la normale, et paraissait atteint de faiblesse mentale. Le tribunal ayant demandé un supplément d'expertise psychologique, l'aliéniste commis à cet effet confirma le rapport. Condamnation du premier inculpé, le second étant dirigé sur un asile.

Le D^r BESSER se rallie à la parole d'Helmholtz : « Les idées sont les résultantes de l'effet produit sur notre connaissance par les objets représentatifs. La conception dépend donc et de la nature de l'objet qui fait image et de celle du terrain impressionné. Or, une conception ne peut être absolument vraie, car elle ne peut sans l'altérer reproduire la nature de l'objet réfléchi, représenté. Aussi nos conceptions ne sont-elles que des signes, des symboles. Aussi n'y a-t-il pas de vérité absolue, l'être qui conçoit et l'objet conçu appartenant à deux mondes tout à fait différents. » L'auteur accentue la *stérilité de la psychologie* ; et malgré tout, les questions de la réalité de l'objet, au point de vue du sujet s'imposent à l'esprit. Il prophétise que des processus psycho-sensoriels que nous

ne voyons évoluer que par parties, nous arriverons à saisir une quantité psychique représentant ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom de la connaissance. A ce propos, il recommande la *méthode génétique* qui consiste à étudier le *mode de production des phénomènes*; le connaître, c'est déjà donner au savoir humain une conclusion, tandis que l'essence de la causalité échappe et échappera probablement toujours à l'intelligence. M. B... montre qu'en envisageant les causes, nous parlons des propriétés des choses et désignons celles que nous avons apprises à connaître par leurs manifestations. Ces propriétés, toujours considérées dans la méthode d'étude physico-naturelle dans leurs rapports étiologiques, concernent simplement la désignation du *mode d'action de la chose* sur nous. Tout pivote autour de l'action de l'incitation, ce n'est plus la causalité qui est en jeu, mais *l'enchaînement successif des phénomènes*. Malheureusement, en rassemblant l'ensemble des manifestations ordonnées par étapes temporelles, l'homme a appliqué à la notion des successions de temps, l'idée de cause, et comblé par des conceptions, les lacunes que laisse dans son esprit l'obscurité de la nature de la cause dernière, du mode de mouvement des particules infinitésimales. Cette abstraction de la causalité est l'obstacle au progrès comme tant d'autres. L'auteur termine par *l'analyse d'une sensation chez le nouveau-né*, qui est la répétition du discours prononcé par lui à l'occasion du congrès de Naturalistes de Munich.

L'époque de la prochaine réunion est fixée au 18 juin 1884.

(*Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych-gerichtl. Medicin*, XXXVIII, 1, 1881.) P. K.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Leçons orales sur les phrénopathies ou traité théorique et pratique des maladies mentales*; cours donné à la clinique des établissements d'aliénés à Gand, par J. GUISLAIN. Avec 54 figures intercalées dans le texte, un plan général et le plan de l'hospice Guislain actuel. 2^e édition publiée par les soins du D^r C. INGELI, médecin en chef de l'hospice Guislain à Gand.
- Lorsque la première édition des *Leçons sur les phrénopathies* parut en 1852, l'accueil qui lui fut fait, montra en quelle

estime était tenu le savant aliéniste belge. Morel, tout particulièrement, en salua l'apparition en termes sincèrement admiratifs d'où n'était pas exclue, du reste, une critique courtoise. Assurément, l'homme qui avait fait de l'étude de l'aliénation mentale un véritable sacerdoce, l'observateur profond et sagace doublé d'une âme ardente et généreuse, ne méritait pas moins.

Comme nous le montrent les paroles éloquentes qui servent, pour ainsi dire, d'introduction à son cours, Guislain ne se contenta pas d'être un savant préoccupé uniquement des problèmes ardu de la psychologie morbide, il fut encore et surtout un grand esprit ouvert aux aspirations les plus nobles.

Navré de l'état de délaissement où se trouvaient, dans son pays, les malheureux aliénés, il flétrit en termes indignés l'indifférence des pouvoirs publics. « On ne s'occupe de ces deshérités de l'intelligence, s'écrie Guislain, que dans un but financier; ils sont l'objet d'un trafic infâme et considérés comme des animaux de basse-cour; on négocie leur placement comme s'il s'agissait de pores ou de chevaux. » Longtemps encore cependant les autorités furent sourdes à ces réclamations courageuses.

Si le célèbre médecin de Gand n'obtint pas un régime d'hospitalisation des aliénés tel qu'il eût pu le souhaiter, il n'en est pas moins vrai qu'il fut l'initiateur des réformes qui se sont accomplies depuis en Belgique.

Dans les dernières années de sa vie, Guislain rassemblait des notes destinées à une seconde édition des *Leçons sur les phrénopathies*, dont les exemples commençaient, du reste, à se faire rares. La mort vint avant qu'il eût pu accomplir la tâche qu'il s'était tracée.

Il appartenait à M. le D^r C. Ingeli, son successeur à l'hospice auquel la ville de Gand, par reconnaissance, a donné le nom du grand aliéniste, de se faire l'exécuteur d'un tel projet. Possesseur des notes préparées par Guislain en vue de l'édition nouvelle, il les a intercalées dans le texte, en conservant aux *Leçons sur les phrénopathies*, leur physionomie propre, se contentant d'indiquer les principales conquêtes de la science depuis la mort de l'auteur.

Pour ceux qui ne se rendraient qu'imparfaitement compte des difficultés à vaincre pour se diriger un peu sûrement dans ces graves questions des troubles psychiques, il y a lieu de méditer ces quelques lignes placées au seuil des *Leçons sur les*

phrénopathies : « J'étais seul, sans maître, les difficultés surgissaient de tous côtés, je ne comprenais rien à ce que je voyais, et les mécomptes furent d'abord mes guides de tous les jours. De toutes les préoccupations scientifiques auxquelles je m'étais livré jusqu'alors, l'étude des maladies mentales m'apparut comme la plus ardue. Au moment où je vous parle, je partage encore cette opinion. En effet, dix années de ma vie ont été employées à interroger l'homme vivant et le cadavre; dix autres ont servi à méditer sur ce que je voyais; pendant les dernières années seulement j'ai appris à guérir les aliénés. »

Des aperçus généraux sur l'habitus extérieur de l'aliéné, sur la façon dont il se révèle à l'œil exercé du praticien, les difficultés d'une démarcation possible entre le domaine de la raison et de la folie, forment la substance des premières leçons. L'aliénation mentale est définie par Guislain : un dérangement des facultés mentales, morbide, apyrétique, chronique, qui ôte à l'homme le pouvoir de penser et d'agir librement, dans le sens de son bonheur, de sa conservation et de sa responsabilité. Passant ensuite en revue les différents mots usités pour caractériser les nombreux états d'aliénation, il n'a pas de peine à montrer leur imperfection. Dans cet ordre d'idées, il propose une nouvelle terminologie qui puiserait sa précision dans un radical étymologique toujours le même. Celui qu'il trouve bien préférable à ψυχή est φρήν, qui a l'avantage de se prêter admirablement à la formation d'innombrables dérivés tels que : phrénie, phrénologie, phrénopathie, phrénothérapie, phrénalgie, hyperphrésie, phrénoplexie, aphrénie, idéophrénie, paraphrénie, phrénésie, pour ne citer que les principaux. Toutefois, l'auteur n'exclut pas les anciennes dénominations. L'usage, à peine est-il besoin de le faire remarquer, n'a pas consacré le vocabulaire choisi par le savant aliéniste belge.

L'essai d'une classification des maladies mentales devait tenter Guislain, puisqu'il est avéré que tout traité de psychiatrie doit en contenir une. Il reconnaît six types élémentaires, répondant aux caractères fondamentaux et naturels de l'expression morbide.

1° *Mélancolie*. — Phrénalgie, exaltation des sentiments avec tristesse;

2° *Extase*. — Phrénoplexie, suppression des actes intellectuels avec raideur généralisée;

3° *Manie*. — Hyperphrénie, exaltation passagère du moral;

- 4° *Folie*. — Paraphrénie, anomalies de la volonté impulsive ;
 5° *Délire*. — Idéophrénie, anomalies dans les idées ;
 6° *Démence* — Aphrénie, déchéance, oblitération des actes moraux et intellectuels.

Quelque admirateur que l'on soit du talent de Guislain, il est difficile de prétendre que cette tentative de classification fût heureuse. L'auteur constate du reste que le plus souvent l'aliénation mentale est un état composé de différentes formes élémentaires plus ou moins régulièrement combinées entre elles ; ce sont les *morbi mentis mixti* de Heinroth.

Il n'existe pas de monomanies dans le sens rigoureux du mot. A côté de l'altération partielle saillante, on rencontre d'autres phénomènes annonçant un trouble intellectuel plus général. Mais en pratique, dit Guislain, la maladie se renfermant dans un cercle d'idées restreint, une catégorie de sentiments, constituera une monomanie ou une monophrénie.

Replacé sur le terrain de la clinique, il se montre, comme toujours, observateur plein de finesse et de tact. Ses descriptions sont vivantes, originales, ses présentations de malades on ne peut plus heureuses.

Au nombre des tableaux cliniques les plus réussis et les plus vrais, il faut citer celui du mélancolique à la première période.

« Dans le plus grand nombre des cas, l'état mélancolique s'annonce par des phénomènes précurseurs et incubateurs qui se développent lentement. C'est à peine si l'on s'aperçoit de l'invasion de la maladie. Elle n'offre d'abord rien de spécial ; c'est le simple malaise qu'on constate souvent au début d'autres maladies. C'est par une inaptitude, par une répugnance pour tout travail, par une paresse de l'esprit, qu'elle se manifeste. Le courage abandonne le malade, les impressions le fatiguent, tout lui devient une charge. »

C'est cet état de souffrance qui marquerait, du reste, pour Guislain, le début de la plupart des cas de folie. Une impression douloureuse retentissant sur le moral devient pour lui, l'élément fondamental pathogénique des troubles psychiques. On entre dans la folie bien plutôt par une lésion du sentiment, de la sensibilité morale, du *sens émotif*, que par un trouble de l'esprit. Cette manière d'interpréter les faits a trouvé et devait trouver de nombreux adhérents. On a généralement reconnu la justesse d'appréciation de l'aliéniste belge, et tout au plus a-t-on pu dire qu'il avait un peu forcé la note.

Si l'on se reporte à l'époque où écrivait Guislain, on ne sera pas surpris des erreurs et des lacunes nombreuses constatées au chapitre de l'anatomie pathologique. Par exemple, dans son étude du ramollissement cérébral, il confond les lésions propres à la paralysie générale avec celles d'autres affections cérébrales.

Il avoue du reste, qu'il est loin, malgré de nombreuses et patientes recherches sur le cadavre, d'avoir pu élucider les difficiles questions qui se rattachent à la connaissance de la nature et du siège des maladies mentales.

Dans les leçons consacrées au traitement, sans se déclarer l'adversaire résolu du no-restraint, et rendant toute justice aux efforts de Conolly, Guislain conseille l'emploi intelligent des moyens de coercition, dans certains cas exceptionnels.

En résumé, le public médical ne saurait être trop reconnaissant au D^r Ingeli d'avoir fait revivre l'œuvre du savant, de l'observateur pénétrant et de l'homme de cœur qu'on a pu appeler le Pinel de la Belgique. D^r PAUL GARNIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Du traitement de la névralgie sciatique par l'élongation du nerf; par J. NICOLAS (thèse de Paris, 1881).

De l'élongation des nerfs; par FL. SCHEVING (thèse de Paris, 1881).

Essai sur l'étiologie et la pathogénie de l'éléphantiasis des Arabes; par A. CLARAC (thèse de Paris, 1881).

Contribution à l'étude des modifications de la sensibilité du membre supérieur consécutives aux lésions nerveuses; par G. MIALRET (thèse de Paris, 1881).

Contribution à l'étude de la méningo-encéphalite traumatique; par E. BROUILLET (thèse de Paris, 1881).

De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpêtrière; par G. FERRAND (thèse de Paris, 1881).

Étude sur le tabes dorsal spasmodique; par M. G. FERRAND (thèse de Paris, 1881).

Essai sur les localisations spinales du rhumatisme; par B. METTAS (thèse de Paris, 1881).

De la contraction idio-musculaire en clinique; par D. LABBÉ (thèse de Paris, 1881).

Recherches sur les terminaisons nerveuses motrices dans les muscles striés des insectes; par H. VIALLANES (thèse de Paris, 1881).

Considérations sur les fractures spontanées dans l'ataxie locomotrice; par A. ANGELIN (thèse de Paris, 1881).

Du pied-bot consécutif à la paralysie infantile et de son traitement; par W. ULCOQ (thèse de Paris, 1881).

VARIA

LE SABBAT

Du transport des Sorciers au Sabbat.

Les Sorcieres se rendent au Sabbat de differentes manieres. Les vnes se mettent vn baston blanc entre les iambes, & puis prononcent certains mots, & deslors sont portees par l'air iusques en l'assemblee des Sorciers. Ou bien elles y vont sur vn gros mouton noir qui les porte si viste en l'air qu'elles ne se peuuent recognoistre. Thieunne Paget r'apportoit que le Diable s'apparut à elle la premiere fois en plein mydi en forme d'un grand hôme noir, & que comme elle se fut baillee à luy, il l'embrassa & l'esleua en l'air, & la transporta en la maison du pré de Longchamois, où il la conneut charnellement, & puis la r'apporta au lieu mesme où il l'auoit prise. Antide Colas difait que le soir que Satan s'apparut à elle en forme d'un homme de grande stature, ayant sa barbe & ses habillemens noirs, il la transporta au Sabbat, & qu'aux autres fois il la venoit prendre sur son liêt, & l'emportoit comme vn vent froid, l'empoignant par la teste.

Les autres y vont, tantost sur vn bouc, un taureau ou un chien, tantost sur vn cheual volant (*Fig. 1*), & tantost sur vn ballet, & sortent le plus souuent par la cheminée, aucuns chevauchent un roseau, une fourche, une quenouille : les vns se frottent auparauant de certaine gresse composée de chouses très abhorrentes & dégoustantes, desquelles la plus ordinaire est gresse d'enfans félonement meurtris; les autres ne se frottent rien. Les vns y vont nuds comme font la plus part pour se graisser, les autres vestus; les vns la nuit, les autres le iour, mais ordinairement la nuit.

Il s'en trouve encore qui vont au Sabbat sans beste, n'y

baston. Mais il faut croire aussi que le baston, ni la beste ne profite non plus aux Sorciers que la gresse, ains que c'est le Demon qui est comme vn vent lequel les porte, n'y plus n'y moins que l'on voit un tourbillon defraciner les arbres les plus hauts, et les transporter deux et trois lieues loing de leur place.

Les Sorciers neantmoins vont quelques fois de pied au Sabbat, ce qui leur aduient principalement lors que le lieu,



Fig. 1.

où ils font leur assemblée, n'est pas gueres esloigné de leur habitation. « Il y en a qui portent quelque poille, ou autre vaisseau de cuyure, ou d'argent pour mieux solenniser la feste¹. »

Le Sabbat se tient ordinairement de nuict.

Satan conuoque les Sorciers de nuict, à fin qu'ils ne soyent descouverts, car pour mesme raison ils dansent en leurs assemblees doz contre doz, & voire qu'ils se masquent maintenant pour la pluspart. Toutesfois ces assemblees Diaboliques se font

¹ Bodin. — *De la Démonomanie des Sorciers, &c.*, p. 82.

tellement de nuit, que lors que le coq a chanté, tout vient à disparaître.

Remigius afferme, au dire de Sorcieres iudiciairement conuaincues, le temps le plus ydoine & le plus opportun, non seulement à leurs assemblées nocturnes, ains à tels autres jeux du Diable, comme phantomes, apparitions, spectres & bruits horribles, être durant l'heure précédant la my nuit. L'heure suivante n'est autant fauorable; mais les Sorcieres n'ont dict pour quoy. J'ajouterai qu'il n'est point en la nuit autre heure en laquelle s'apparoissent les ombres & reuenants plus souuent à ceux qui les redoubtent & en ont paour.

Et pour ce qui est du chant du coq, une Sorciere nommée Loma, a reuelé que rien ne pouuoit leur être plus fascheux, voyre funeste que de ouyr le coq chanter ce pendant qu'elles se apprestent. Jehan Poumet & sa femme Désirée, tous deux sorciers, ont dict par deuant le Tribunal que souuentes fois les Diables, approchant l'heure de soy retirer du Sabbat, crioient : Hôla, descampey uitement vous aultres; ja commencent les coqs à chanter. Par quoy se doit sans doute entendre qu'il ne leur est licite continuer leurs œuures passé ce moment. Mais on ne sçait pour quoy ils abhorent tant la voix du coq.

Du iour du Sabbat.

« J'ay estimé autrefois, dit Boguet¹, que le Sabbat se tenoit seulement la nuit du Ieudy : mais depuis que j'ay leu que quelques vns de la mesme secte ont confessé, qu'ils s'assembloyent, les vns la nuit d'entre le Lundy & le Mardy, les autres la nuit d'entre le Vendredy & le Samedy, les autres la nuit qui precedoit le Ieudy, ou le Dimanche, de là j'ay conclu qu'il n'y auoit point de iour prefix pour le Sabbat, & que les Sorciers y vont lors qu'ils y sont mâdez par Satan. »

A ces assemblées, dit Guaccius² ont coustume d'aller les Sorciers dans le silence de la nuit, quand règnent les puiffances des ténèbres; quelques fois pourtant ils se réunissent à mydy, à quoy se rapporte l'écriture : à Dæmon meridiano. En oultre, ils ont d'habitude des jours prefix, divers suivant

¹ Boguet, *loc. cit.*, p. 100.

² *Loc. cit.*, p. 81.

les divers pays. En Italie ils ont esleu la nuit du Jeudy, vers le milieu, selon Sébastien Michel. En Lorraine les Sorcieres s'assemblent en la nuit du Mercredi & en celle du Samedi au Dimanche, selon Remigius. D'autres difent que c'est la nuit du Mardy.

Du lieu du Sabbat.

Les vns ont remarqué que le lieu du Sabbat est tousiours notable, & signalé par le moyen de quelques arbres (aussi soubz un grand noyer), ou croix; mais le lieu des assemblées varie. Icy, les Sorcieres se réunissent en vn pré qui est sur vn grand chemin; là, proche de l'eau, en vn lieu qui est du tout sans chemin. Ailleurs, les Sorciers s'assembloyent soubz un village, qui est vn lieu assez descouert, &c., d'où il se void qu'il ne se faut pas beaucoup arrester au lieu des Sabbats & assemblées des Sorciers, lesquels aussi n'ont pas beaucoup de peines de s'y retrouver, veu que Satan les y conduit & porte.

L'eau est requise au Sabbat, d'autant que pour faire la gresle, les Sorciers battent ordinairement l'eau avec vne baguette, mesmement qu'à faute d'eau, ils vrinent dans vn trou qu'ils font en terre, & puis battent leur vrine.

Du Paët exprès ou tacite que les Sorciers ont accoustumé de faire avec le Diable.

Les Demons ne font aucune sorte de plaisir aux Sorciers & Magiciens, que ce ne soit en vertu du paët, ou conuentiõ qu'ils ont fait avec eux. Cestuy paët se fait en deux façons, à sçavoir expresse ou tacite. Le paët est dict tacite, selon Grillandus, non obstant profession expresse du nouice, quand iceluy, par crainte de veoir le Diable & de parler à luy, est repçeu en la confrairie par un Sorcier profès, vicaire du Dæmon. Le paët exprès est quand le Diable apparoist en forme corporelle par devant tesmoins & repçoit hommage & fidélité. Lors n'est tousiours le Diable veü, mais il est ouï parlant & promettant honneurs & richesses au nouice. Cestuy renonce son Créateur de uive voix ou remet une schédule ès mains du Diable. A tous les paëts faités avec le Dæmon sont onze poinçts communs, comme suit :

Premièrement les Sorciers abjurent le baptesme & leur foy chrestienne & se retirent de l'obéissance de Dieu, répudient le patronage de la bien heureuse Vierge Marie que par dérision impie ils appellent la rousse. Ensuite renient tous les Sacrements de l'Ecclise & foulent aux pieds la Croix (*Fig. 2*) & les ymaiges de la bien heureuse Vierge Marie & d'aultres saints. Icelles toutes fois ne conculquent en la présence du



Fig. 2.

Diabie, ains en aultre lieu, promettant seulement de le faire dès que le pourront. Ensuite s'obligent par serment solennel ès main du Prince à luy être perpétuellement fidelles & soubmis, obéissant à tous ses mandemens. Ensuite, touchant les Escriptures, à sçavoir un grand livre ayant pages noires & obscures, prestent serment de vasselaige éternel. Jurent en oultre qu'ils ne retourneront jamais en la foy du Christ ny ne garderont les divins commandemens, ains ceux qu'il plaira au Prince leur décréter; que tousjours viendront sans retard aux jeux des assemblées nocturnes quand seront de ce requis, y feront ce que feront les aultres sorciers & sorcieres, assistant à leurs sacrifices & communiant à leurs prieres & adorations; qu'ils observeront leurs vœux au mieulx qu'ils pourront & s'efforceront d'amener aultrui en la même créance. En eschange promet le Prince des Dæmons, au nouice sorcier,

d'un visaige soubriant, une perpétuelle félicité & des joies immenses, toutes les voluptés qu'il désirera en ce monde & en l'autre des jouissances plus grandes que ymaginer ne se peut.

Deuxiemement Satan contraint le Sorcier de se rebaptiser au nom du Diable (*Fig. 3*) & de prendre un autre nom, renonçant le premier; ainsi feut Cuno de Roure rebaptisé



Fig. 3.

Barbe de chèvre. Ce qu'il faiët comme est vraysemblable, à fin que le Sorcier de là prenne opinion que son premier Baptême est du tout effacé & ne lui peut plus servir en rien.

Tiercement le confirme en cette opinion luy gravant de ses ongles le front pour d'illec tollir le Chrefme & signe baptismal (*Fig. 4*).

Quartement luy faiët renoncer ses parrains & marraines tant du Baptême que de la Confirmation, luy en assignant de nouveaux.

Quintement donnent au Diable quelque part & morcel de leurs vestemens, pour ce que le Diable s'estudie à s'emparer d'une part de toutes choses; des biens spirituels, la foi & le Baptême; des corporels, le sang; des naturels, les enfans, & des terrestres, les vestemens (*Fig. 5*).

Sixiemement, ils prestent serment au Dæmon en un cercle

gravé en terre; peut estre bien par ce que il veut leur faire



Fig. 4.

accroire qu'il est le seigneur du Ciel et de la Terre, veu



Fig. 5.

que le cercle est le symbole de la Divinité & la Terre
l'Escabeau de Dieu (*Fig. 6*).

Septièmement, demandent au Dæmon estre rayés du livre



Fig. 6.

de vie & incripts au livre de mort (*Fig. 7*). Ainsî estoient



Fig. 7.

les noms des Sorciers d'Avignon incripts en un livre très noir.

Huitièmement promettent des sacrifices, aucuns jurant d'occir magiquement par chacun mois, voyre par chaque quinzaine un petit enfant en luy sugcant le sang (*Fig. 8*).

Neufuïement se rendent tributaires à leur Dæmons patrons de quelque impost une fois l'an, en rachapt des molestations dont sont grevés par le dict pact, & n'est le tribut valable s'il n'est de couleur noire.



Fig. 8.

Dixièmement sont en variable partie du corps, ès épaules soubz les paupières, soubz les leures, soubz les aisselles, au fondement pour les hommes, ès mamelles ou ès parties honteuses pour les femmes, marqués d'un signe auquel devient la peau insensible. La forme de ce signe n'est toujours la même; tantost c'est patte de lieuvre, tantost de crapaux, ou d'aragne, de chaton ou de lire. Et ne sont tous ainsi marqués, ains seulement ceulx que le Diable croit inconstants.

Onzièmement promettent ne jamais adorer l'Eucharistie, injurier la Vierge & les Saincts, briser & conspuer les saintes reliques tant què pourront, ne se servir d'eau bénoïte ny de cierges consacrés, ne jamais faire confession entière de tous leurs péchés; en fin garder silence sempiternel sur leur commerce avec le Diable.

(*A suivre.*)

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

En raison de l'importance de l'Assistance publique à Paris, de la distribution de secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers (hospices, hôpitaux, asiles, etc.), il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à cette administration le service des enfants assistés et des aliénés. Après la guerre 1870-1871, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des aliénés. Il s'en suit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant aux Tuileries. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe. En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours. Voici les extraits des réglemens administratifs qui concernent ce concours :

Conditions du concours. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la Préfecture de la Seine (Bureau du personnel). Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance; 2° un extrait du casier judiciaire; 3° un certificat de vaccine; 4° un certificat de bonne vie et mœurs; 5° un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions de médecine.

Epreuves. — Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit : *Epreuve d'admissibilité* : 1° une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive : 2° une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour l'épreuve écrite, trente points; pour l'épreuve orale, vingt points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les can-

didats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires.

La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

Internes provisoires. — Il est nommé, à la suite du concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1^{er} janvier 1882. — Les internes provisoires pourront se représenter au concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. — L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

Dans le courant de l'année 1880, deux concours ont eu lieu pour des places d'internes dans les asiles d'aliénés de la Seine. Nous reproduisons les questions écrites et orales données à ce concours, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. 1^{er} concours (1880) : *Méninges*; — 2^o concours (1880) : *Nerf de la 5^e paire* (anatomie et physiologie). — Les questions restées dans l'urne étaient : 1^{er} concours : *Nerf pneumogastrique*; — *Moelle épinière*; — 2^o concours : *Moelle épinière* (anatomie et physiologie); — *Artères du cerveau. Circulation cérébrale.*

Questions orales. 1^{er} concours (1880) : *De l'épilepsie. Plaies des artères*; — 2^o concours (1880) : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.* Les questions restées dans l'urne étaient : 1^{er} concours : *De l'insuffisance aortique. Diagnostic de la hernie étranglée. Signes et diagnostic*

de la pneumonie. Corps étrangers de l'œsophage. — 2^e concours : Variole. Signes et diagnostic de la fracture de côtes. Pneumonie franche. Fracture du radius.

Le 3^e concours s'est ouvert le 3 décembre 1881.

Le jury du concours était constitué par MM. Bigot, Bourneville, Dagonet, Danlos, de Lamaestre, Polaillon, A. Voisin. Il vient de se terminer par la nomination de MM. Heulz, Vétauld, Béraud et Boucher, internes titulaires. — MM. Gaudry, Poumeau, Manière, internes provisoires. — Les épreuves orales ont pris deux séances ; les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : 1^o *Signes et diagnostic de la pleurésie; signes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius*; — 2^o *Rougeole; Fractures de la rotule*. — Les autres questions déposées dans l'urne étaient : 1^o Erysipèle de la face; fracture de la clavicule; — 2^o Insuffisance aortique; plaies pénétrantes de la poitrine; — 3^o Signes et diagnostic de la péritonite aiguë; anthrax; — 4^o névralgie faciale; signes et diagnostic des fractures du rocher. — Il y avait quatre places vacantes; vingt et un candidats s'étaient fait inscrire, dix-sept ont répondu à l'appel, lors de la composition écrite; dix seulement ont lu leur composition. Si l'on compare les résultats de cette année avec ceux de l'année dernière, on trouve que les résultats sont notablement meilleurs. Les épreuves ont été généralement bonnes. Il est donc probable que, contrairement aux prévisions de la *Gazette hebdomadaire*, ce concours, bien que spécialisé contre notre avis, attirera proportionnellement autant de candidats que le concours de l'internat des hôpitaux. Les avantages sont d'ailleurs plus considérables (800 fr. d'indemnité, le logement, le chauffage, la nourriture) que ceux qui sont offerts aux internes des hôpitaux.

Les avantages matériels attachés à la situation d'internes dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, et un traitement fixe et annuel de 800 francs.

Médaille d'or de l'internat des asiles. — Le rédacteur en chef de ce journal, qui a demandé en vain que les internes des asiles fussent fournis par l'Assistance publique et appartenissent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de notre époque, et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est-à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage*. M. Herold, préfet de la Seine, a fait examiner cette proposition par une Commission spéciale qui a émis un avis favorable.

FAITS DIVERS

NOMINATIONS. — M. le D^r LABORDE, médecin inspecteur des asiles publics de la Seine, est nommé inspecteur des maisons de santé, en remplacement de M. Georges BERGERON, démissionnaire. — M. le D^r RITTI, médecin inspecteur-adjoint, est nommé inspecteur titulaire. M. le D^r Gérard MARCHANT est nommé médecin inspecteur-adjoint. — M. le D^r LEGRAS, inspecteur-adjoint, est nommé inspecteur titulaire en remplacement de M. le D^r FAURE, décédé. — M. le D^r P. GARNIER est nommé médecin inspecteur-adjoint. — M. le D^r BERTHELOT a été autorisé à passer dans le service des enfants-assistés en bas âge. — M. le D^r Marcel BRIAND est nommé médecin inspecteur-adjoint.

NÉCROLOGIE. — M. le D^r BRIQUET, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé de la Faculté, médecin honoraire des hôpitaux, est décédé le vendredi 23 novembre à l'âge de 85 ans. On lui doit un grand nombre de travaux scientifiques parmi lesquels nous citerons son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1856.

— M. le D^r LINAS et M. le D^r BRIERRE DE BOISMONT sont morts, le premier en _____, le second à la fin de décembre. Nous leur consacrerons un article nécrologique dans le prochain numéro.

ASILES DE LA SEINE. — *Asile de Vaucluse*. M. le D^r BOUDRIE, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, a été promu à la deuxième classe de son grade. — Il a été créé à l'asile de Vaucluse une place de médecin adjoint ; M. le D^r CAMUSET est nommé à ce poste.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, M. le D^r BILLOD, directeur médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, a été chargé d'une mission en Italie, pour y étudier l'organisation de l'enseignement des maladies nerveuses et mentales. M. le ministre ne pouvait faire choix d'un homme plus compétent.

ASILE DE TOULOUSE. — M. le D^r BOUTELLE, médecin en chef à l'asile de Marseille, est nommé directeur de l'asile de Toulouse, en remplacement de M. MARCHANT, décédé.

ASILE DE MARSEILLE. — M. PONS, médecin en chef de l'asile de Bailleul, est nommé médecin en chef à l'asile de Marseille.

ASILE DE BAILLEUL. — M. BAYLE, médecin en chef de l'asile de la Cellette, est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul, en remplacement de M. PONS.

PRIX. *P. Bernard de Civrieux*, 2,000 fr. — L'Académie de médecine a proposé pour sujet de ce prix : *Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice*. — *Prix Falret*, 1,500 fr. — Question : *Des vertiges avec délire*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

APOLINARIO Y MACIAS. — *Lèpre, sclérodémie et asphyxie locale des extrémités*, broch. in-8° de 60 pages, 1881, Montpellier, Boehm et fils.

SERGI. — *Teoria fisiologica della Percezione*, 1 vol. in-8° de 330 pages, 1881, à Milan, Dumolard.

BROUSSE (A.). — *Réflexions sur un cas de syphilis cérébrale* (Hémiplégie gauche, à forme intermittente). Broch. in-8° de 24 pages, 1881. Montpellier, Boehm et fils.

PREVOST (J.-L.). — *Contribution à l'étude des phénomènes nommés réflexes tendineux*. Broch. in-8° de 42 pages, avec une pl., 1881, Genève, H. Georg.

PREVOST (J. L.) et WALLER (A.). — *Nouvelles expériences sur les phénomènes nommés réflexes tendineux*. Brochure in-8° de 6 pages, 1881, Genève, H. Georg.

RIVA (L.). — *La temperature nella paralisi general degli alienati*. Broch. in-8° de 8 pages, Milan.

COULBAULT (L.). — *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie*. Une broch. in-8° de 70 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1881, au bureau des *Archives de Neurologie*.

RIDEL-SAILLARD (G.). — *De la cachexie pachydermique* (myxœdème des auteurs anglais). Broch. in-8° de 80 pages, avec deux planches phot. Prix : 2 fr. 50, Paris, 1881, au bureau des *Archives de Neurologie*.

GOWERS (W. R.). — *Du diagnostic des maladies de la moelle épinière*, traduit de l'anglais par O. JENNINGS. Broch. in-8° de 108 pages, avec 14 pl. dans le texte et une en chromo-lithographie. Prix: 3 fr. Paris, 1881, Berthier.

CHARCOT (J.-M.). — *Ueber die localisation der Gehir und Rückenmarks-Krankheiten*. Deuxième fascicule des Leçons professées à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par BOURNEVILLE et BRISAUD, traduction allemande de BERTHOLD FETZER, ornée de 39 fig. 1881, verlag von Adolf Boiz et Co, Stuttgart.

GOWERS (W.-R) — *Epilepsy and other chronic convulsives diseases, their causes, symptoms et treatment*. Un vol. in-8° de 309 pages, cartonné, 1881, J. A. Churchill, New-Burlington street, London.

SÉGUIN (E.-C.) — *A second contribution to the study of localised cerebral lesions*. Broch. in-8° de 43 pages, avec 11 figures dans le texte, juillet 1881. 182, fifth avenue à New-York, Putnam's.

SÉGUIN (E.-C.). — *Importance of the Early recognition of epilepsy*. Broch. de 26 pages. Printing and lookbinding Co, 201-213, east twelfth street, New-York.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

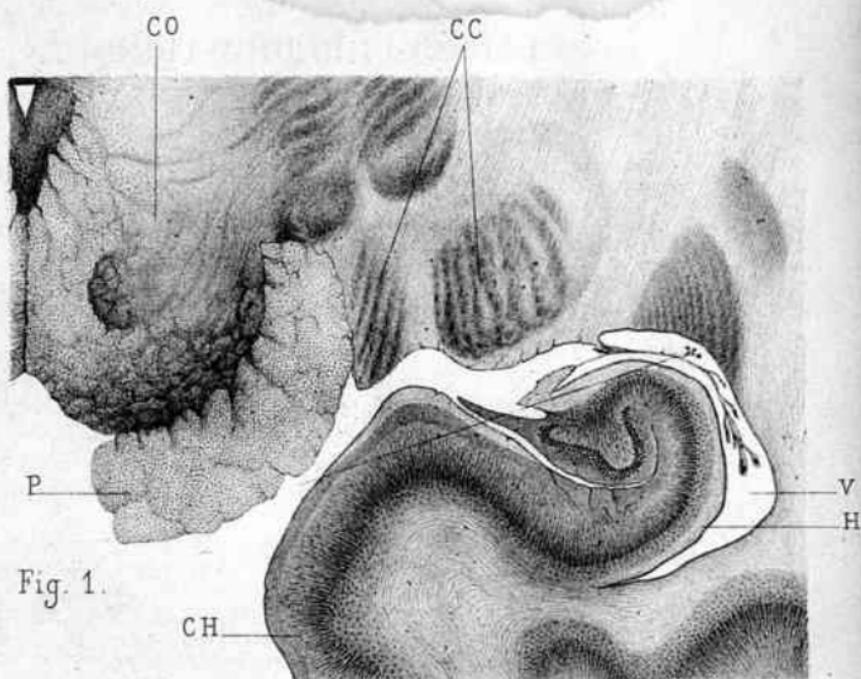
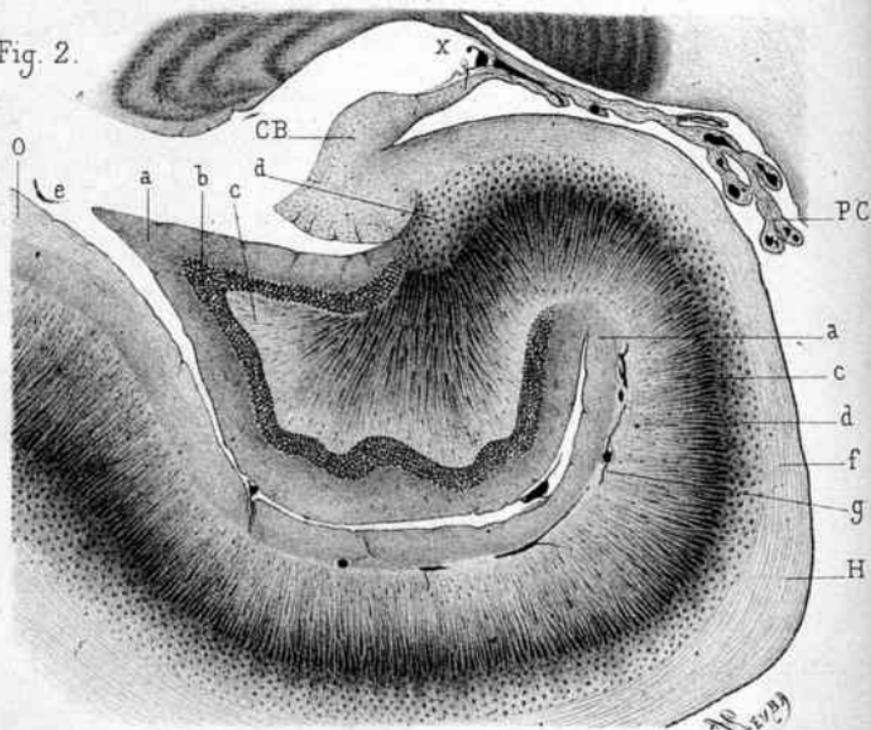
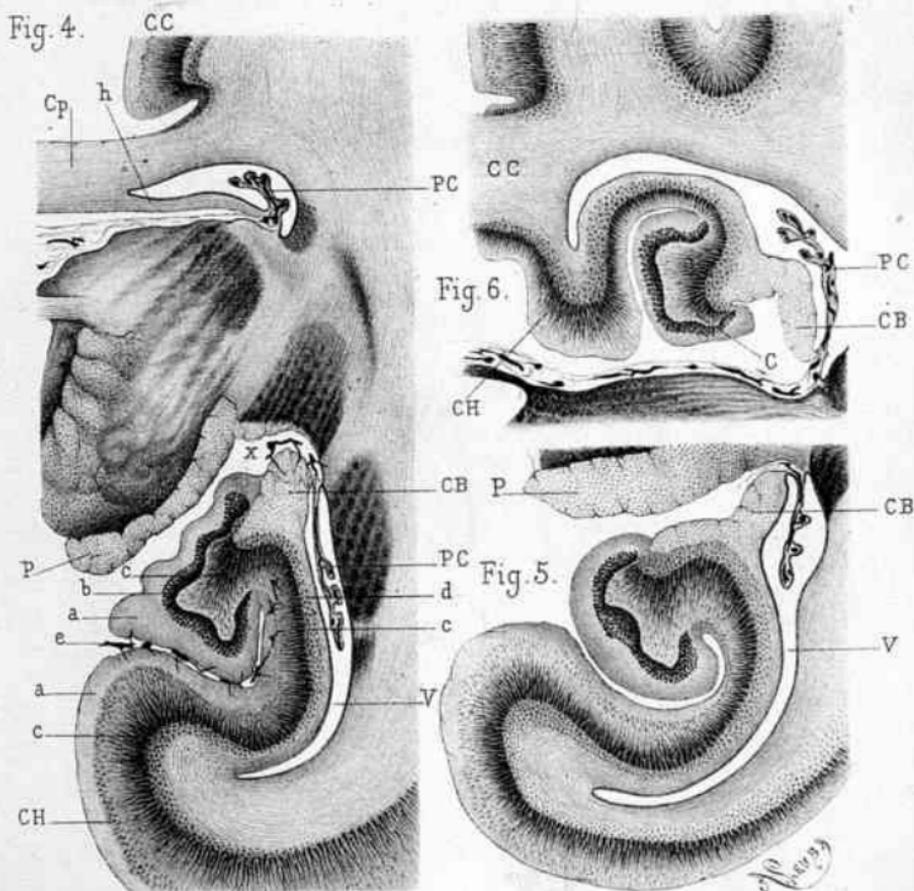
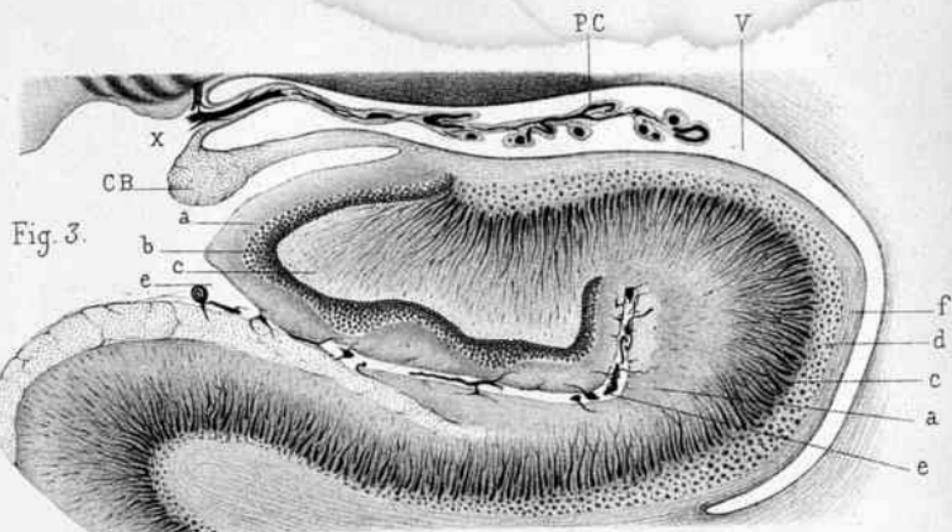


Fig. 2.





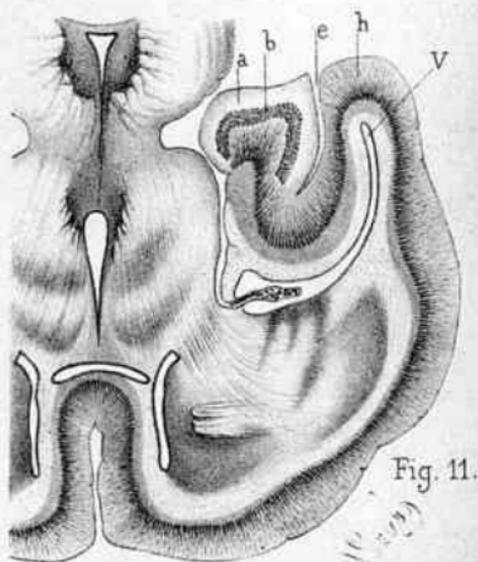
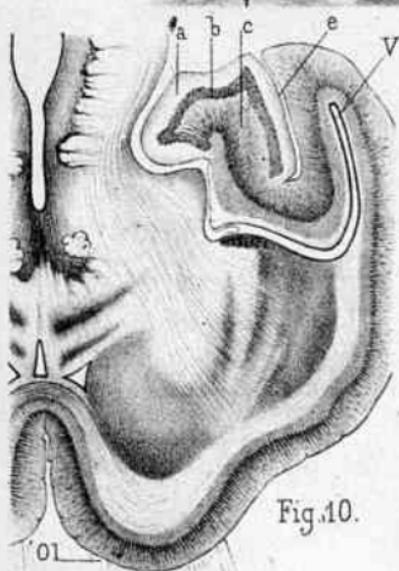
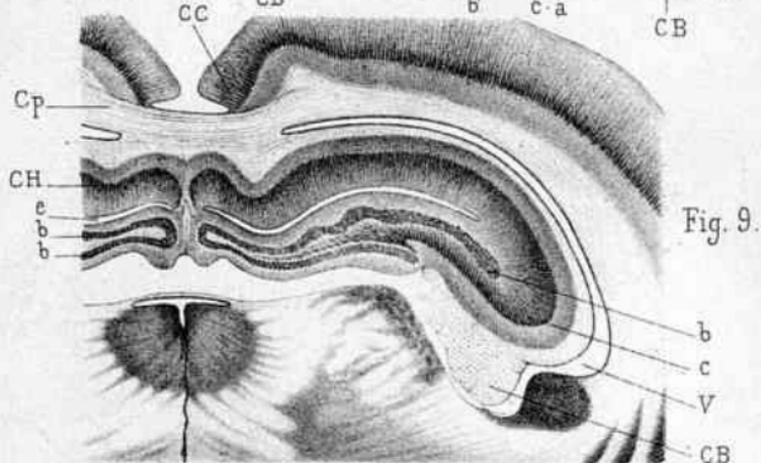
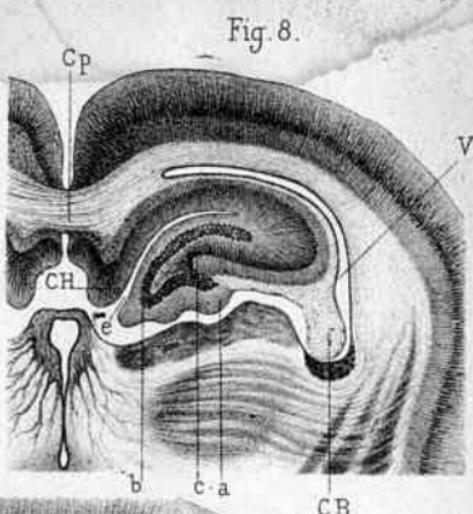
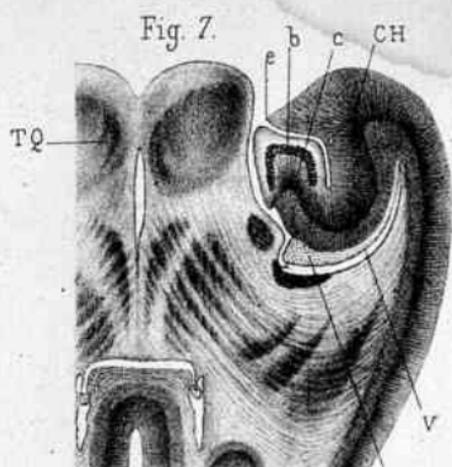


Fig. 12.



Fig. 13.

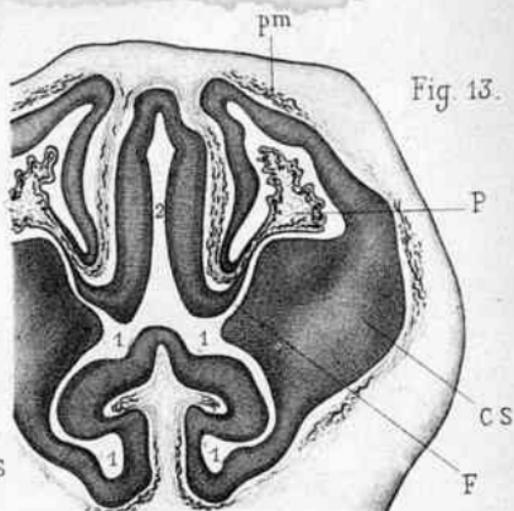


Fig. 14.

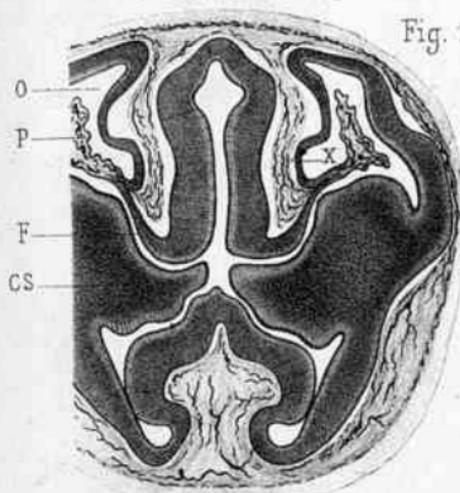


Fig. 15.

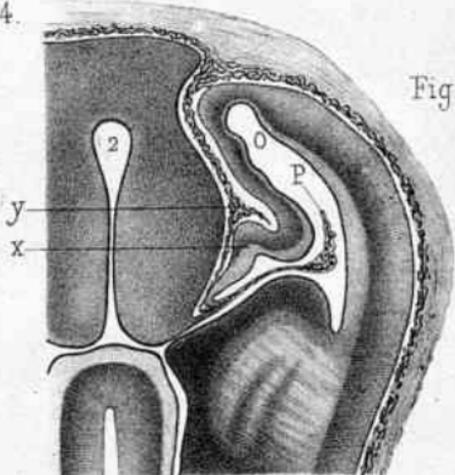


Fig. 16.

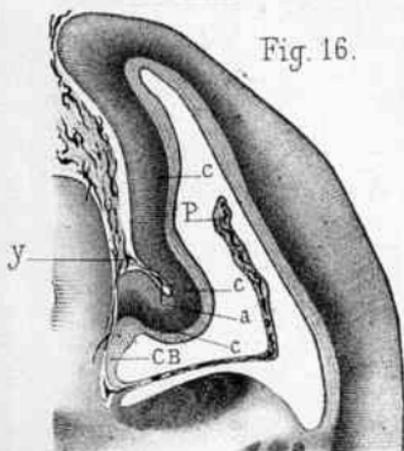
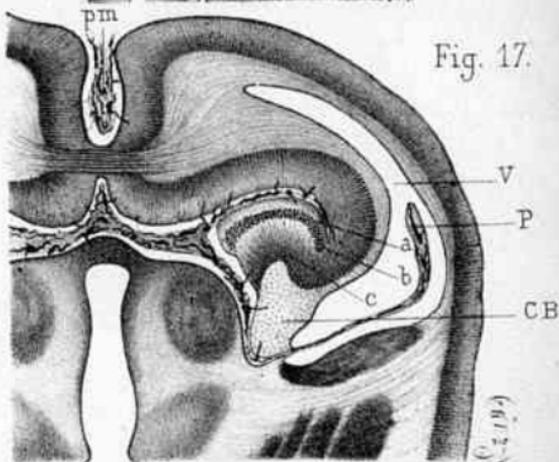


Fig. 17.



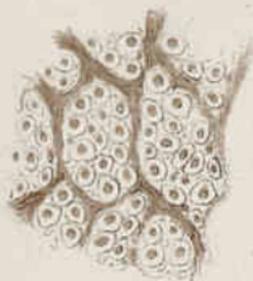


Fig. 1.



Fig. 3.



Fig. 2.



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 8.

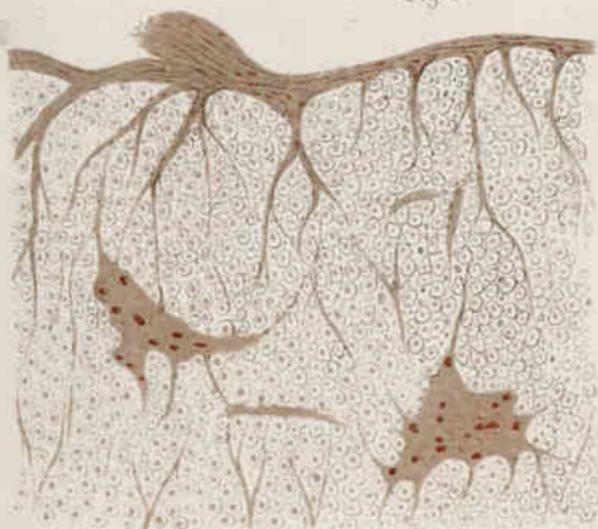


Fig. 7.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPNOTISME CHEZ LES
HYSTÉRIQUES; DU PHÉNOMÈNE DE L'HYPEREXCITABILITÉ
NEURO-MUSCULAIRE (Suite)¹;

Par MM. CHARCOT et PAUL RICHER.

III. — DES DIFFÉRENTS DEGRÉS DE L'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE. — VARIATIONS DU PHÉNOMÈNE.

Il ne faudrait pas croire que toutes les hystériques hypnotisées soient susceptibles de présenter à un égal degré de développement tous les phénomènes que nous venons de décrire comme se rattachant à cet état nerveux spécial désigné sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Il faut s'attendre ici à de nombreuses variations individuelles que pour la plupart il est possible de rattacher au type décrit dont elles ne sont que des atténuations plus ou moins accusées. Cependant on se

¹ Voir le n° 5, p. 32, n° 6, p. 173.

tromperait également si l'on s'imaginait que les sujets sont rares, sur lesquels il est possible de répéter toutes les expériences rapportées plus haut. Il ne s'agit pas là de faits exceptionnels. Si nous en croyons notre expérience personnelle, la proportion serait de 1 sur 4 ou 5 au plus. Il est vrai que les malades soumises à notre observation à la Salpêtrière, sont toutes des sujets atteints de la névrose hystérique dans sa forme la plus accentuée, *l'hysteria major*.

Après avoir montré les principaux caractères du phénomène dans son plus haut degré de développement, il nous paraît utile d'insister un peu sur les variations qu'il peut subir soit d'une malade à l'autre, soit chez une même malade, et d'en fournir quelques exemples.

A. — Des différents degrés de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire chez une même malade. — Influence de la répétition des expériences sur son développement.

Chez une même malade, le degré d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, pendant la léthargie hypnotique, peut varier dans des circonstances diverses.

a) Il varie suivant les régions du corps. Dans les cas réguliers, ceux qu'on peut appeler les cas types, le phénomène existe à un égal degré sur tous les muscles, aussi bien aux membres qu'à la face (il n'est pas question ici de la différence du résultat obtenu : contracture aux membres, contraction à la face). Mais il arrive fréquemment qu'à ce point de vue il existe des différences entre les deux côtés du corps,

entre les membres inférieurs, les membres supérieurs et la face, l'hyperexcitabilité pouvant se montrer en un point et faire défaut en un autre, ou bien exister ici et là, mais à un degré différent.

b) L'hyperexcitabilité varie également chez une même malade d'un moment à l'autre. Il est des jours où, sous l'influence de causes difficilement appréciables, mais dans lesquelles on peut faire entrer les émotions vives, la fatigue physique, l'imminence des attaques, etc., telle malade présente une exaltation ou une atténuation du phénomène.

c) Enfin par la répétition des expériences, ce phénomène est susceptible d'acquérir un plus haut degré de précision et d'intensité. Il s'agit là, ainsi que nous le verrons plus loin, de phénomènes d'ordre réflexe dont l'habitude facilite le développement et qu'elle perfectionne. Nous avons pu constater le fait bien des fois. Il est des sujets qui présentent presque d'emblée, dès les premières séances d'hypnotisme, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire complètement développé. D'autres, et c'est le plus grand nombre, mettent un temps plus ou moins long à l'acquérir. A un premier degré, il consiste en une tendance des réflexes tendineux à provoquer une contracture plus ou moins généralisée. Puis la localisation de la contracture s'établit; il est possible d'obtenir la contracture partielle des différents muscles des membres, et les différents procédés à l'aide desquels on la produit peuvent être classés ainsi qu'il suit, d'après le mode d'apparition de leur efficacité : c'est l'excitation des tendons qui réussit d'abord, puis l'excitation des masses musculaires, en dernier lieu l'excitation des

trons nerveux. Enfin ce n'est que dans les cas les plus développés que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire se montre à la face. Nous nous contenterons de rapporter les deux observations suivantes :

Dans les récentes expériences que nous avons faites à ce sujet, il nous a été donné de saisir en quelque sorte le mode de développement de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire chez une de nos malades que nous soumettions pour la première fois aux pratiques de l'hypnotisme.

Janvier 1881. — Caill..., 20 ans, hystéro-épileptique, hémianesthésique à gauche et achromatopsique du même côté, n'a pas encore été endormie par nous ; elle l'aurait été par d'autres, mais peu souvent, et, dans tous les cas, les expériences d'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'ont jamais été tentées sur elle.

Pendant la veille, les réflexes tendineux sont exagérés aux genoux, mais sans irradiation aux membres supérieurs, ils existent aux coudes ; aux poignets ils se montrent à peine.

Par la fixité du regard, la malade se trouve promptement endormie. Aussitôt nous constatons que les réflexes tendineux du poignet qui, tout à l'heure, existaient à peine, sont maintenant manifestement exagérés. Nous recherchons alors si la malaxation des masses musculaires de l'avant-bras peut être suivie de contracture, mais le résultat est complètement négatif. Nous revenons alors à l'excitation des tendons par percussion. Nous constatons de nouveau que les réflexes tendineux sont exagérés ; le mouvement qui suit le choc est très étendu, il est brusque et rapide, il n'y a aucune tendance à la contracture. Mais bientôt, en répétant les chocs sur le tendon, nous voyons la contracture se développer ; il suffit d'une dizaine de coups portés successivement sur le tendon pour immobiliser le membre dans une attitude forcée de contracture permanente. Cette contracture se détruit facilement par la friction des muscles antagonistes.

Nous tentons alors de nouveau de produire la contracture par la malaxation des muscles, et cette fois, non sans quelque surprise, nous réussissons pleinement. Une fois réveillée par le procédé habituel (souffle sur le visage), Caill.... conserve les réflexes tendineux du poignet plus accusés qu'avant les expériences.

Ne semble-t-il pas que d'après ce que nous venons de rapporter, l'on puisse admettre dans l'hyperexcitabilité musculaire, les trois degrés suivants :

1^{er} degré : simple exaltation des réflexes tendineux ; — 2^o degré : le réflexe tendineux donne lieu à la contracture — contracture réflexe par excitation tendineuse ; — 3^o degré : contracture réflexe par excitation directe des masses musculaires.

Dans une seconde expérience faite le lendemain, nous constatons une aptitude plus grande des muscles à la contracture, se traduisant même pendant la veille. Pendant l'hypnotisme l'hyperexcitabilité, bien que plus développée, présente quelques irrégularités.

Caill... a conservé les réflexes tendineux du poignet assez exaltés surtout du côté gauche. Le réflexe patellaire est toujours très exagéré.

Le choc répété sur les tendons de la face antérieure du poignet gauche amène bientôt la contracture, ce qui n'a pas lieu pour le côté droit. La malade est toujours en état de veille et cette expérience est faite presque à son insu, pendant que son attention est attirée ailleurs. Cette contracture disparaît comme celle du sommeil par la friction des antagonistes.

Caill... est endormie rapidement par la fixité du regard. Sur le bras gauche, contracture facile par l'excitation des tendons, par la malaxation musculaire et par l'excitation des nerfs. La pression du nerf cubital en arrière de l'épitrachée contracture la main dans l'attitude régulière de la griffe cubitale. C'est la première fois que cette expérience est tentée chez cette malade.

Sur le bras droit, l'excitation des tendons et des masses musculaires nous donne des résultats semblables, mais nous constatons que l'excitation du nerf cubital au lieu d'élection n'est point suivie de la contracture habituelle. A chaque froissement du nerf cubital répond un léger mouvement dans les doigts, mais aucune contraction nettement localisée, aucune ébauche de contracture.

Sur le bras gauche au contraire la griffe cubitale s'obtient très facilement, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Le griffe cubitale étant produite à gauche, nous plaçons un aimant près de l'avant-bras droit, dans le but de transférer la griffe de ce côté. Dix minutes et plus se passent sans qu'aucun transfert ait lieu. Le bras droit garde sa flaccidité, et l'on note,

par contre, que la contracture de gauche, au lieu de se détendre s'est accusée davantage. La griffe cubitale qui existait déjà s'est exagérée.

Dans ce cas, il faut admettre que le nerf cubital droit était inexcitable du moins par les procédés habituels. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne s'est développée à la face, chez cette malade que plusieurs mois après les premières expériences que nous venons de rapporter. Les deux figures 3 et 4 de la PLANCHE XII (t. II) ont été prises d'après elle.

Entre autres détails intéressants, l'observation suivante nous montre également une différence entre les deux côtés du corps au point de vue de l'hyperexcitabilité :

E. P..., hystéro-épileptique, anesthésique totale, ovarienne, etc., présente cette particularité dans le mode de production du sommeil hypnotique, que la simple fixité du regard produit chez elle ce que l'on obtient plus fréquemment par l'action d'une lumière très intense. Elle entre d'abord dans l'état cataleptique qui persiste indéfiniment, et alors le sommeil ne peut être obtenu qu'à la condition de lui fermer les yeux. La catalepsie cesse aussitôt et la malade devient léthargique.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire caractéristique de la léthargie présentait, le 20 janvier 1881, les particularités suivantes :

1° La contracture demande pour se produire une malaxation assez énergique des masses musculaires.

2° Elle se montre avec plus de facilité à la suite de l'excitation tendineuse. Mais il faut alors répéter les chocs, et l'on voit la contracture s'accroître graduellement. La simple pression sur le tendon est impuissante.

3° L'hyperexcitabilité est plus développée sur le bras gauche que sur le bras droit. La différence entre les deux côtés est assez notable. Il faut insister beaucoup plus pour obtenir à droite les mêmes résultats qu'à gauche. On y arrive cependant.

4° Lorsque l'excitation est insuffisante, on n'obtient qu'une contraction plus ou moins prolongée ou bien une contracture qui se résout d'elle-même bientôt.

5° La contracture une fois bien établie persiste après le réveil.

B. — L'hyperexcitabilité neuro-musculaire peut cesser partiellement dans une partie du corps, ou inversement peut y être provoquée.

Chez une de nos malades qui présente à un haut degré l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, nous avons vu plusieurs fois dans le cours de nos expériences, cet état musculaire spécial disparaître tout d'un coup pour faire place à un état paralytique localisé à un seul côté du corps et qui persistait au réveil. D'ailleurs nous avons toujours pu, à la suite de quelques manœuvres, ramener la motilité, et, au bout de quelques instants, rendre à la malade toute la liberté de ses mouvements. Voici le récit d'un de ces accidents :

22 décembre 1880. — Pendant le cours d'expériences assez prolongées sur l'hyperexcitabilité des muscles et des nerfs du bras droit, tout d'un coup, sans cause apparente, toute trace d'hyperexcitabilité disparaît dans ce membre et à la fois dans tout le côté droit du corps aussi bien à la face qu'aux membres. Le bras droit retombe inerte le long du corps, Witt..., qui est assise s'affaisse de ce côté, les réflexes tendineux existent néanmoins. Tout le côté gauche a conservé l'hyperexcitabilité neuro-musculaire comme auparavant. Si l'on soulève les paupières, la catalepsie est facile à gauche, mais à droite elle n'a plus lieu.

On réveille la malade par les procédés ordinaires, l'hémiplégie persiste; son bras droit est inerte; elle peut à peine se tenir debout, elle est incapable de marcher, sa jambe droite lui refuse tout service.

De plus Witt... est aphasique. Elle est comme hébétée, elle regarde son bras paralysé qu'elle cherche à soulever avec l'autre main, mais sans manifester le mécontentement qu'un réveil dans un semblable état semblerait devoir lui causer.

Elle fait quelques résistances lorsque nous cherchons à l'endormir de nouveau. On y parvient cependant sans difficulté par la pression des globes oculaires. Le même état hémi-paralytique persiste. Au bout de quelques instants, il se pro-

duit spontanément un tremblement léger dans la mâchoire inférieure.

Ce tremblement augmente peu à peu, puis gagne le bras droit, puis la jambe droite. Les membres du côté gauche conservent leur immobilité, jusqu'au moment où, gagnant en amplitude, les oscillations du tremblement se transforment en violentes secousses qui soulèvent tout le corps.

Ces secousses sont bientôt suivies d'une sorte de stertor qui dure quelques minutes. La paralysie du côté droit n'a pas disparu. Le sommeil persiste avec les mêmes caractères qu'avant cette petite crise.

Croyant voir une indication dans ce qui venait de se passer, nous essayons de provoquer une attaque. Une excitation vive portée sur les zones hystérogènes de l'aisselle n'amène qu'une violente secousse généralisée. Cette manœuvre, répétée plusieurs fois, est bientôt suivie du réveil. Et cette fois Witt... a recouvré en même temps que la connaissance le mouvement et la parole. Elle n'a qu'un souvenir confus de ce qui s'est passé, et s'étonne d'une sensation de fatigue qu'elle éprouve dans tout le côté droit.

Nous rapprocherons du fait qui précède, l'expérience suivante dans laquelle, pendant l'état somnambulique, alors que, suivant la règle, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire avait entièrement disparu, cette disposition musculaire spéciale a pu être rappelée dans un seul membre :

26 janvier 1880. B... est plongée par la friction sur le sommet de la tête dans le sommeil sans hyperexcitabilité neuro-musculaire ou état somnambulique. L'excitation mécanique directe ou indirecte des muscles n'amène plus leur contracture. Les réflexes tendineux n'en sont pas moins conservés. La résolution musculaire est parfaite. La catalepsie n'est plus possible par l'ouverture des yeux. L'état de la motilité est le même par tout le corps.

Nous recherchons l'état de la contractilité électrique que nous trouvons normale. Mais au bout de quelques instants de faradisation, nous nous apercevons que le membre sur lequel nous opérons est redevenu hyperexcitable. En effet, l'excitation

mécanique des nerfs et des muscles amène la contracture de la façon que l'on sait, mais cela au bras gauche seulement. Tout le reste du corps n'offre pas trace d'hyperexcitabilité.

Lorsque les paupières sont ouvertes, le bras gauche devient cataleptique, ce qui n'a lieu en aucune façon pour le bras droit.

C. — Variations individuelles de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

D'une malade à l'autre, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire peut présenter de grandes différences au double point de vue de la précision et du degré de développement de ses caractères. Les différents degrés que l'on observe successivement chez une même malade, lorsque le phénomène est en voie de développement, peuvent se montrer isolément chez des malades différentes, et l'on conçoit fort bien que, suivant les dispositions spéciales du sujet, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire puisse s'arrêter aux diverses phases de son évolution. Nous rapporterons ici deux observations dans lesquelles les caractères du sommeil hypnotique se sont montrés peu développés :

L. D., seize ans, hystéro-épileptique, a de grandes attaques convulsives avec arc de cercle et attitudes passionnelles, a en outre des accès de somnambulisme naturel. Ovarienne à gauche principalement.

Entrée le 6 février 1881, à l'hospice où elle n'a fait qu'un très court séjour.

9 février 1881. L'anesthésie se trouve réduite à une plaque de la largeur des deux mains environ et qui occupe le sommet de la tête, plus étendue à gauche qu'à droite; en avant elle coupe le front obliquement, descendant jusqu'au niveau du sourcil gauche. Il n'y a pas d'achromatopsie. Les réflexes ten-

dineux sont exagérés aux genoux; ils sont fort peu accusés aux poignets et aux coudes, un peu plus cependant aux membres du côté gauche.

La malade est assise sur une chaise et on la prie de fixer avec persistance la tête brillante d'une grosse épingle que l'on maintient à peu de distance de ses yeux et un peu en haut.

Au bout de cinq minutes environ, on remarque quelques mouvements cloniques dans les muscles de la face, surtout du côté gauche, les conjonctives sont rouges, les sourcils se contractent. La fixité du regard augmente, le clignotement disparaît. A ce moment les membres sont insensibles à la piqûre; lorsqu'on les soulève, ils retombent inertes; il n'y a pas de catalepsie. Les réflexes tendineux aux deux bras sont manifestement exagérés. Le même état persiste un quart d'heure environ avec quelques frémissements de tout le corps et des muscles de la face de temps en temps; l'objet brillant est toujours maintenu devant les regards de la malade.

Puis tout d'un coup, pendant que l'on continue à piquer les membres du sujet, on s'aperçoit que la sensibilité a reparu partout; chaque piqûre donne lieu à un mouvement réflexe, indice que l'impression est perçue par le centre nerveux. Alors on retire l'objet qui sert à maintenir la fixité du regard, pensant que l'expérience était terminée. Mais aussitôt les yeux se ferment et la malade tombe dans un état de résolution tel que nous n'en avons jamais observé de semblable. La malade est endormie. Tout son corps s'affaisse sur lui-même au point qu'elle glisse sur sa chaise, et qu'on a peine à l'y maintenir assise. La tête retombe lourdement sur la poitrine, oscillant d'un côté sur l'autre suivant qu'on cherche à la redresser.

Dans cet état les réflexes tendineux sont fort exagérés. Le choc sur le tendon rotulien donne lieu à un soubresaut de tout le corps; aux coudes et aux poignets le choc tendineux est suivi d'un mouvement bien plus étendu que pendant la veille. En somme, nous trouvons ici *exagération et généralisation des réflexes tendineux*, mais nulle tendance à la contracture. La contracture n'est produite ni par la percussion répétée des tendons, ni par la malaxation des masses musculaires.

La sensibilité persiste, et le pincement ainsi que la piqûre donnent naissance à des mouvements réflexes; la malade retire son membre, et la douleur se peint sur sa physionomie, qui autrement est impassible et sans expression.

L'ouverture des yeux n'a pas lieu sans quelque difficulté, à cause du spasme des paupières et de la convulsion des globes oculaires. On y arrive cependant, mais le regard ne paraît pas bien fixe et au bout de peu d'instants les paupières se ferment d'elles-mêmes. Pendant que les yeux sont ouverts, l'état musculaire ne change pas, pas de catalepsie possible, même état des réflexes, même résolution,

Bientôt la malade est prise de secousses des bras, analogues à celles du début de son attaque. La crise paraît imminente. Nous nous empressons alors de la réveiller par le souffle sur le visage et sur les yeux. Il faut insister un peu pour y parvenir.

La malade se dit très fatiguée; elle ne peut se tenir debout, ses jambes refusent de la porter. Elle a une tendance invincible au sommeil et se rendort d'elle-même. On la fait alors porter à son lit où elle ne tarde pas à s'éveiller spontanément.

Nous la revoyons environ une demi-heure après. Elle est parfaitement réveillée, et ne ressent d'autre malaise qu'une grande fatigue. Nous constatons que les réflexes tendineux sont bien plus exagérés qu'avant l'expérience, tout en l'étant à un degré moindre que pendant le sommeil.

Cette expérience d'hypnotisme est la seule qui ait été faite sur cette malade. C'était la première fois qu'elle y était soumise, et nous ne pûmes la répéter, car elle sortit de l'hospice le lendemain même.

Ici, des phénomènes musculaires qui servent à caractériser l'hypnotisme, un seul persiste, c'est l'exagération des réflexes tendineux qui se montre d'une façon très manifeste. Il n'y a aucune aptitude des muscles à la contracture quand les yeux sont fermés, et lorsqu'ils sont ouverts, aucune tendance à l'état cataleptique. Enfin la résolution musculaire s'est montrée là à un degré peu ordinaire, et la fatigue qui a suivi l'expérience est un fait tout à fait exceptionnel.

Dans l'observation suivante à l'exagération des réflexes tendineux s'ajoute une certaine tendance à la

contracture, bien qu'aucune localisation précise soit possible. Ce n'est en somme qu'une sorte d'état rudimentaire de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, et l'état cataleptique qui suit l'ouverture des yeux ne peut être provoqué.

18 février 1881.—V..., hystéro-épileptique hémianesthésique à gauche, analgésique du côté droit. Pas d'achromatopsie.

Exagération des réflexes tendineux aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs, plus accusés à gauche qu'à droite. A la jambe gauche la trépidation épileptoïde peut être provoquée par le procédé ordinaire (soulèvement de la pointe du pied).

Cette malade n'a jamais été endormie. Nous la prions de fixer du regard un objet brillant et rapproché. Au bout de peu d'instant elle pousse quelques soupirs, puis bientôt les yeux se ferment, la tête se renverse, elle est endormie.

La résolution musculaire est complète. Les réflexes tendineux ont subi une exaltation notable. Le mouvement réflexe est plus étendu.

La malaxation des masses musculaires ne détermine aucune contracture. Il en est de même aux poignets pour l'excitation mécanique portée sur les tendons, percussion, friction ou malaxation. Mais le choc rotulien donne un résultat différent. A la suite de plusieurs coups portés successivement la jambe se roidit dans l'extension et la contracture envahit en même temps les quatre membres. Cette contracture cède facilement par la friction.

Le spasme des paupières empêche l'ouverture des yeux, les pupilles se cachent convulsivement sous la paupière supérieure et ne se laissent pas découvrir. La catalepsie n'est pas possible. — Le réveil est facilement obtenu par le souffle sur le visage.

Les deux exemples qui précèdent nous montrent le sommeil hypnotique à un degré fort incomplet, sorte d'état rudimentaire. Les phénomènes psychiques sont nuls, l'état cataleptique n'existe pas, pas plus que l'aptitude des muscles à la contracture localisée. En

outre de la somniation et de la perte de connaissance, l'exaltation des réflexes tendineux, simple ou accompagnée de tendance à la contracture, est le lien qui rattache ces faits incomplets à l'état de léthargie hypnotique entièrement développé dont nous avons donné la description. Mais, entre ces deux extrêmes, l'on conçoit qu'il existe de nombreux degrés intermédiaires qui constituent comme autant de variétés. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE NERVEUSE

DE LA CACHEXIE PACHYDERMIQUE. (Myxœdème des auteurs anglais). — OBSERVATION NOUVELLE AVEC ALIÉNATION MENTALE TRANSITOIRE¹;

Par le Dr H. BLAISE, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Nous avons pensé qu'il était utile de donner un compte rendu complet des dernières observations publiées par les auteurs anglais et américains, ces observations n'étant pas relatées dans les recueils français. Comme on le voit, le nombre des cas de myxœdème dont la description a été faite est encore assez restreint. Bien que l'on puisse citer déjà une vingtaine d'observations, les documents sont encore

¹ Voir le n° 7, p. 60.

insuffisants et ne permettent pas de donner une description complète de la maladie. Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de publier le cas suivant qu'il nous est donné d'observer dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Grasset.

OBSERVATION (personnelle).

Honorine A..., lingère, âgée de trente-quatre ans et née à Montpellier, entre à la clinique des vieillards (service de M. GRASSET), au mois de novembre 1880.

Son père a joui d'une bonne santé habituelle ; sur ses vieux jours, il est devenu asthmatique (catarrhe chronique et emphyseme) et a succombé à l'âge de soixante-cinq ans. Sa mère est morte à soixante-sept ans des suites d'une attaque. Elle n'a qu'un frère, âgé de quarante-quatre ans, qui s'est toujours bien porté.

A..., d'un tempérament lymphatique, a présenté dans son enfance des engorgements ganglionnaires au cou et des croûtes dans les cheveux. Régulée à onze ans, sa menstruation était régulière, mais abondante. Elle perdait d'habitude pendant cinq à six jours ; souvent même, la période menstruelle durait jusqu'à huit jours. Ses règles ne s'accompagnaient pas de troubles nerveux, et, pendant leur évolution, elle se livrait sans inconvénient à ses occupations journalières. Elle n'a jamais eu d'enfant.

Elle prétend n'avoir commis aucun excès ; cependant, elle passait, dans son quartier, pour une fille déréglée et commettant de fréquents excès vénériens. Elle ne présente d'ailleurs aucune trace de syphilis. Son caractère, très turbulent jusque vers l'âge de douze ans, est devenu doux et facile à partir de cette époque. D'autre part, elle a mené jusqu'à l'âge adulte une vie très active. Son intelligence paraissait vive et sa parole était rapide, à tel point que souvent on ne saisissait pas ce qu'elle disait.

Notre malade, qui n'a jamais quitté Montpellier, a toujours eu un embonpoint extraordinaire depuis l'établissement de ses menstrues. A l'âge de treize ans, on lui en donnait dix-huit. Mais ce n'est guère que vers l'âge de vingt-sept à vingt-huit

ans qu'elle a commencé à prendre les proportions démesurées que nous lui voyons aujourd'hui. Cependant, son affection paraît avoir débuté vers l'âge de vingt et un ans. A cette époque, elle a eu une éruption de petits boutons, gros comme une tête d'épingle, limitée aux membres supérieurs, et qui dura environ cinq à six jours. Deux ou trois mois après cette éruption, ses cheveux commencèrent à tomber : tous les matins, le peigne en enlevait des quantités très notables. Cette chute se prolongea pendant neuf mois environ, s'accompagnant de celle des cils et des poils dans toutes les régions qui en sont pourvues. En même temps, elle souffrait de fortes douleurs au niveau des pommettes et de gastralgie avec vomissements fréquents de matières alimentaires survenant assez loin des repas. A partir de ce moment, elle eut de la dysménorrhée et resta quatre mois sans être réglée. Mais bientôt, sous l'influence d'un traitement tonique et ferrugineux (vin de quinquina, pilules de Blaud, bains ferrugineux, nourriture substantielle, lait d'ânesse pendant un mois), l'état général ne tarda pas à s'amender. Le teint redevint frais, coloré, et, malgré quelques douleurs gastralgiques, Honorine se trouvait dans un état de santé relativement bon, se livrant sans difficulté à ses occupations journalières. Elle garda sensiblement les mêmes dimensions et n'éprouva rien de bien particulier jusque vers l'âge de vingt-sept ans. Mais alors les différentes parties de son corps, ou plutôt de ses téguments, se mirent à grossir progressivement, en même temps qu'elle éprouvait des sensations bizarres, du côté de la peau, sensations douloureuses, de brûlure, de piqûres d'épingle, de froid, d'eau qui lui courait dans les jambes, de torsion et de pression des chairs. En même temps aussi, elle avait des maux de tête fréquents avec douleurs siégeant particulièrement au niveau des os malaires. Son caractère se modifia, devint inquiet. La parole devint lente, grasse, et revêtit bientôt un timbre spécial. Cette modification dans la parole s'accompagnait d'une certaine lenteur dans les idées, de fatigue intellectuelle rapide.

Les sens spéciaux eux-mêmes étaient compris dans ce tableau morbide. Le goût d'abord, et presque aussitôt l'odorat et l'ouïe, présentèrent des altérations fonctionnelles. Ces perversions sensorielles, d'abord peu accentuées, arrivèrent à leur maximum trois mois environ avant son entrée à l'asile, qui eut lieu fin janvier 1878. Elle trouvait mauvais goût et mauvaise odeur

aux aliments les mieux préparés. Elle entendait des propos injurieux, des propos obscènes qui s'adressaient à elle et que prononçaient les personnes qui l'entouraient. Dans les premiers temps, son jugement suffisait à rectifier l'erreur de ses sens; elle comprenait que ces personnes étaient incapables de proférer sur son compte de pareils propos, et elle arrivait, mais non sans peine, à se persuader qu'elle était le jouet d'illusions. Mais peu à peu sa volonté prit le dessous et elle ne tarda pas à accorder une croyance entière aux indications erronées de ses sens. C'est alors qu'elle interpellait vivement dans la rue des personnes qu'elle accusait de mal parler d'elle et de l'insulter, tandis que la conversation de ces personnes avait roulé sur un sujet qui lui était complètement étranger. Il lui semblait que son corps exhalait une odeur repoussante. Certaines personnes lui apparaissaient menaçantes en même temps qu'elles lui reprochaient d'avoir tué l'enfant d'une de ses voisines. De nouvelles sensations bizarres se déclaraient du côté des téguments, trouvant dans une certaine mesure leur raison d'être dans les modifications que subissaient ces derniers. C'est ainsi qu'Honorine prétendait avoir un masque sur la figure, ou bien sa tête s'était transformée en une tête de chien. Quelque temps auparavant, elle avait constaté que la chaleur du soleil et le froid vif l'impressionnaient plus lentement que par le passé. Elle avait aussi constaté que l'épaississement progressif des téguments des mains avait diminué la délicatesse du toucher. Le sommeil était troublé par des rêves pénibles, par des apparitions terrifiantes. Les cheveux se remirent à tomber. En même temps, la malade éprouvait des troubles digestifs avec douleurs gastralgiques après le repas, suivies de vomissements fréquents. La constipation était habituelle.

Les perversions sensorielles devinrent bientôt l'origine d'un délire continu avec prédominance des idées de persécution. Internée à l'asile sur ces entrefaites, elle resta quelque temps dans le même état psychique, prenant les gardiennes pour des hommes déguisés en femmes qui voulaient l'assassiner, poussant fréquemment des cris dans sa terreur, considérant le personnel médical comme des juges qui l'avaient condamnée. Elle ne se rendait d'abord aucun compte du lieu où elle se trouvait. Ce n'est qu'au bout de quelques mois qu'elle parvint à se reconnaître et à distinguer qu'elle avait affaire à des médecins et à des infirmières. Le gonflement des téguments aurait progressé

à l'asile jusque vers la fin de l'année 1878. Particulièrement marqué à la face, surtout au côté droit, il devint tel, dit la malade, qu'on voyait l'eau à travers ses paupières, tant elles étaient transparentes. L'infiltration, par sa propagation aux muqueuses et particulièrement à la muqueuse buccale, finit par rendre douloureux l'acte de serrer les mâchoires. La parole devint plus grasse, comme empâtée, fortement nasillarde. Les lèvres épaisses, fortement renversées en dehors, laissaient la salive s'échapper avec facilité de la bouche. Mais bientôt ce gonflement se mit à rétrocéder, particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds, en même temps que s'amendait l'état psychique et que disparaissaient progressivement les perversions sensorielles et les idées délirantes. Pendant tout ce temps, Honorine avait une constipation opiniâtre, troublée de distance en distance par de véritables débâcles : cinq à huit selles dans la même journée ; on aurait dit une véritable action purgative. Enfin, l'état psychique finit par s'améliorer à un point tel que la guérison fut complète, et que notre malade obtint sa sortie de l'asile en octobre 1880. Le traitement avait consisté dans l'administration de préparations toniques et ferrugineuses : lait de quina, sirop de raifort ioduré, fer sous diverses formes, bains sulfureux.

Etat actuel. — Du côté des sens spéciaux, il n'existe plus aucune perversion sensorielle. On constate simplement un peu de diminution de l'acuité visuelle. L'état mental est excellent : la malade est raisonnable. Pour tout ce qui est en dehors de l'état psychique ou sensoriel, il existe, d'après notre malade, une amélioration très notable. La parole est beaucoup moins lente, mais elle conserve le caractère empâté, rauque et nasillard. Honorine n'est pas fatiguée par l'exercice intellectuel et entretient sans difficulté une conversation suivie. Il reste cependant un peu de lenteur dans les mouvements et les idées, peu marquée d'ailleurs.

Du côté des téguments, il existe une amélioration très notable, particulièrement au niveau des pieds. Ces derniers ne diffèrent pas sensiblement de ceux d'une personne ordinaire, si l'on néglige un état de sécheresse particulier de la peau. L'amélioration a également porté sur la paume des mains, dont la peau est devenue moins épaisse et plus souple. L'œdème de la face aurait également diminué, particulièrement au niveau des paupières.

Si l'on compare la physionomie générale de notre malade à

celle qu'elle a présentée avant le début de la maladie et dont on peut juger d'après une photographie faite entre vingt et vingt et un ans, on constate un changement considérable, très marqué, surtout en ce qui concerne la face. Ainsi, bien qu'Honorine présentât, dès l'âge de vingt et un ans, une face très développée, comme tout le reste du corps d'ailleurs, il existe un rapport normal entre le développement de toutes les parties. De plus, on ne retrouve nullement cette apparence d'œdème, si nette actuellement au niveau des paupières, à tel point que ces dernières présentent une semi-transparence, un peu variable, du reste, suivant les jours. Au premier abord, l'aspect de la face fait croire à un œdème brightique. Mais le doigt ne détermine pas de cupule à la pression; le gonflement est surtout marqué au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur et de la parotide, avec prédominance à droite. Le front présente des rides profondes. Les lèvres sont encore fortement épaissies, renversées en dehors; la muqueuse en est luisante, mais pâle et anémiée. Les cils ne sont revenus qu'incomplètement et le bord libre des paupières est rouge. Les sourcils sont assez fournis; il existe même un peu de barbe naissante sur les joues de chaque côté et sur la lèvre supérieure. Enfin, la face a peu d'expression: on dirait un masque. Le rire ne détermine qu'une forte grimace, qui donne une physionomie étrange à la malade. Depuis quatre à cinq ans, les cheveux ont recommencé à tomber, mais peu abondamment. A la partie médiane et antérieure de la tête, il existe une calvitie presque absolue. D'autre part, la malade a remarqué que, dans ces dernières années, les cheveux avaient changé d'aspect et de consistance: ils seraient devenus plus laineux, moins fermes et plus ternes. La muqueuse de la bouche est épaissie, comme boursoufflée. Les dents ont toujours été et sont encore en assez bon état (il ne manque qu'une incisive); elles déterminent sur la face interne des joues une empreinte permanente très marquée. La luette est grosse, comme œdématiée et pend sur la base de la langue.

La peau et le tissu cellulaire du cou sont aussi fortement épaissis; l'extension de la tête détermine à la nuque des plis très profonds. Sur le tronc, le système pileux est assez développé et la peau présente le même aspect général que sur le reste du corps. Les mamelles sont pendantes, lourdes, volumineuses, nullement fermes au toucher.

L'œdème spécial est encore assez net sur les bras et les avant-bras, mais il a presque totalement disparu sur les mains. Au niveau de ces dernières, la peau est particulièrement sèche et rugueuse, gercée, presque écailleuse, surtout autour des articulations métacarpo-phalangiennes et dans les parties sus-jacentes. Aux membres inférieurs, le gonflement est plus marqué, à l'exception des pieds. On n'y voit aucune trace d'insertion musculaire et il existe un défaut de proportion très manifeste entre le volume des membres aux différentes hauteurs. Ainsi, à partir de la saillie du mollet, la jambe va s'amincissant beaucoup moins qu'à l'état normal.

D'ailleurs, dans quelque partie du corps que l'on envisage le tégument, ce dernier présente une fausse apparence d'œdème sans cupule à la pression du doigt, nulle part mieux marquée qu'à la face; une coloration blanchâtre, un peu cireuse dans certaines régions; un état de sécheresse et de rudesse très marqué. La sécrétion sudorale est fortement diminuée: la malade ne sue, d'une façon un peu notable, que sous les aisselles. La sensibilité cutanée ne paraît pas actuellement émoussée, au moins d'une façon appréciable. Les organes internes paraissent sains. A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de souffle anémique à la base, qui se propage dans les vaisseaux du cou. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures est normale. Cette urine ($d = 1013 - 1020$), même fraîche, présente une légère réaction alcaline et laisse déposer, au bout d'un certain temps, un précipité muqueux assez abondant, qui ne présente au microscope aucun caractère bien particulier. Cet état de l'urine est dû probablement à un peu de catarrhe vésical. La quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures paraît diminuée. L'analyse n'a révélé que 14 grammes dans les urines rendues du 25 au 26 février. Il n'existe d'ailleurs aucune trace d'albumine. Le thermomètre a donné les résultats suivants :

22 février (3 h., soir), la température ambiante étant 19° c.

Aisselle.....	{ droite.. } 39°,4.
	{ gauche. }
Pli du coude.....	{ droit..... } 35°,4.
	{ gauche... } 35°,6.
Face antérieure de l'avant-bras	{ droit..... } 31°,6.
	{ gauche... } 31°,7.

25 février (4 h. soir), T. Ax. dr., 36°,9.

26 février (10 h. matin), T. Ax., 36°,5.

27 février (matin), T. Ax., 36°,8.

28 février (3 h. soir), T. Ax., 37°,2.

En présence de ces chiffres, il serait difficile de conclure à un véritable abaissement de la température périphérique. — En prévision d'antécédents syphilitiques, on avait institué, quelque temps après son entrée à la clinique, un traitement spécifique. Pendant environ trois semaines, Honorine prit de la liqueur de Van Swieten et de l'iodure de potassium. Mais ce traitement, loin d'amener une amélioration, paraissait augmenter la faiblesse générale. Aussi, et comme d'autre part il n'existait pas de raison bien probante pour l'existence d'une syphilis antérieure, ce traitement fut remplacé par des préparations toniques et ferrugineuses (vin de quinquina, peroxychlorure de fer, etc.). Il en résulta promptement une amélioration réelle dans l'état général de la malade.

Cette observation présente plusieurs particularités remarquables : l'intensité des phénomènes nerveux ; la marche de l'affection, procédant, pour ainsi dire, par deux poussées successives que sépare un intervalle de temps assez notable, sont des faits qui nous paraissent mériter une attention spéciale. D'autre part l'histoire de notre malade paraît justifier complètement la théorie de Ord. Elle indique en effet une subordination complète des troubles nerveux aux lésions cutanées. Les troubles nerveux vont croissant à mesure que se développent les lésions cutanées, à tel point qu'il survient une véritable aliénation mentale avec délire des persécutions. Puis, on voit ces troubles psychiques et nerveux s'amender progressivement et arriver à une guérison complète, à mesure que s'améliore l'état des téguments. Une particularité non moins intéressante est l'efficacité de la médication tonique et ferrugineuse qui, toutes les fois qu'elle a été mise en

usage, a donné d'excellents résultats. Il existe évidemment ici plus qu'une simple coïncidence. Des effets analogues ont été obtenus d'ailleurs dans d'autres cas, en particulier par MM. Bourneville et d'Olier sur leur malade. Enfin l'amélioration qui se trouve notée dans plusieurs observations ne paraît nulle part aussi marquée que chez notre malade.

Nous avons adopté la dénomination de « *cachexie pachydermique* », créée par M. Charcot, parce qu'elle nous paraît de beaucoup la meilleure. L'état de cachexie que présentent tous les malades, est un élément tout aussi important, tout aussi caractéristique que l'altération tégumentaire. Comme dans toutes les cachexies, l'affection porte non seulement sur un système, mais sur l'ensemble de l'économie et les médications actives sont celles qui modifient avantageusement l'ensemble de l'organisme. Enfin, comme on l'a déjà fait remarquer, l'expression cachexie pachydermique ne préjuge rien sur la nature de l'affection et a l'avantage de rappeler la forme particulière des extrémités des membres.

Les observations de cachexie pachydermique publiées jusqu'à ce jour permettent de connaître la maladie dans ses traits principaux. Mais les documents sont encore insuffisants pour édifier une histoire clinique complète. Cependant, les observations nouvelles ont considérablement élargi le cadre primitif de la maladie.

W. Gull pensait que l'affection était propre à l'âge adulte et à la femme. Mais les observations publiées successivement par Savage, Charcot, Bourneville et d'Olier, Th. Inglis, montrèrent que les hommes pouvaient eux aussi être atteints. D'autres faits ont établi

que l'affection pouvait débiter chez l'enfant. Enfin, si la cachexie pachydermique est beaucoup plus commune chez la femme et présente son maximum de fréquence après trente ans, il n'existe aucun cas ayant débuté chez le vieillard.

L'étiologie est encore très obscure. Dans aucun cas, l'affection n'était héréditaire. Du côté de l'hérédité, certaines observations parlent d'antécédents nerveux, tels qu'apoplexie ou folie. Comme antécédents personnels, on ne peut guère signaler que des causes banales : chagrins domestiques, émotions, fatigues excessives. Chez plusieurs femmes, il y avait eu un nombre considérable de grossesses ou de fausses couches. La maladie peut survenir chez des personnes ayant toujours joui d'une bonne santé. Enfin on ne connaît absolument rien de l'influence des diathèses, des climats et des saisons.

Quand la maladie est confirmée, ce qui frappe à première vue, c'est l'aspect œdémateux de la face, qui suscite immédiatement l'idée d'une néphrite chronique. Cet œdème est particulièrement marqué au niveau des paupières, des lèvres et des joues. Les paupières sont gonflées, ridées, souvent comme transparentes. Les lèvres sont épaissies, renversées en dehors, particulièrement la lèvre inférieure. Le nez est charnu, épaté, avec narines largement dilatées. Sur le reste de la face, l'œdème est plus ou moins marqué ; au niveau du front, on l'a vu n'exister que par plaques. Il peut aussi être plus accentué d'un côté que de l'autre, ce qui entraîne une asymétrie faciale plus ou moins notable. Loin de prédominer aux parties déclives, il est ordinairement plus net sur les côtés. Nulle part la

peau ne conserve l'empreinte du doigt. Les rides sont très accusées, particulièrement au niveau du front. La peau de la face présente une teinte cireuse, sur laquelle tranche habituellement une vive coloration des pommettes. Enfin la physionomie est sans expression, ou présente une expression particulière : elle dénote alors la tranquillité, la tristesse ou l'hébétude. Dans certains cas, on pourrait croire que la figure du malade est recouverte d'un masque.

Dans plusieurs observations on a signalé la chute des cheveux et des poils au début de la maladie. On a même constaté de véritables troubles trophiques du système pileux. Les cheveux et les poils perdent leur éclat, deviennent laineux, plus fragiles. Des troubles trophiques analogues ont même été constatés du côté des ongles, qui deviennent cassants, rabougris et peuvent se détacher.

La langue est habituellement large, épaisse et peut même paraître trop grande pour la bouche. La muqueuse buccale et pharyngienne est d'ailleurs gonflée, mais non congestionnée, par suite de son infiltration par l'exsudat muqueux. Dans quelques cas, les dents se trouvaient en mauvais état, étaient fragiles, cariées, tombaient.

Au cou, l'infiltration mucoïde détermine des rides profondes sur la nuque. En avant, l'état du corps thyroïde est très intéressant. Presque constamment diminué de volume, quelquefois il n'atteint pas le quart de ses dimensions ordinaires et, dans certains cas, il a été impossible d'en trouver trace à la palpation. D'ailleurs la recherche du corps thyroïde est rendue difficile par le gonflement des téguments. Du côté des membres,

l'infiltration cutanée et sous-cutanée détermine la plupart du temps des déformations caractéristiques. Les membres sont transformés « en véritables colonnes pesantes, arrondies, sans grâce ». Les mains sont larges, grossières, les doigts élargis en forme de massue; le tout rappelle plus ou moins la forme d'une bêche ou l'extrémité d'un pachyderme. Les pieds présentent une déformation analogue et une apparence œdémateuse. Mais, ici comme partout ailleurs, il ne s'agit pas d'un œdème ordinaire, mais de cet œdème spécial, solide, dont nous avons déjà décrit les caractères. Cet œdème peut être d'ailleurs plus marqué d'un côté que de l'autre au niveau des membres.

Sur le tronc, on observe toujours ce même gonflement, plus ou moins marqué. Les téguments sont tendus, font corps avec les parties profondes, et il est très difficile d'y faire un pli. Les mamelles sont dures, gonflées. Dans plusieurs observations, on a signalé la présence de tumeurs molles, quelquefois même tremblottantes, qui s'étaient développées dans la peau de la face, du crâne et du tronc. Du côté des organes génitaux, on a noté un gonflement de la vulve et du museau de tanche; mais ce fait doit être rare. La muqueuse inférieure du rectum peut être gonflée au point de gêner la défécation (D^r Ord, Bourneville).

Sur toute l'étendue du corps, la peau est sèche, rugueuse, écailleuse même sur certaines parties, particulièrement au niveau des mains et des pieds. Les malades suent peu ou même pas du tout; la sécrétion sébacée est tarie. Il existe des sensations anormales du côté des téguments : fourmillements, picotements, sensation de froid, de brûlure, de torsion des chairs.

La sensibilité cutanée est très souvent émoussée. Les malades sont en général très frileux. La température des téguments et de l'aisselle est habituellement au-dessous de la normale. Cette diminution de la température paraît coïncider avec une diminution dans les échanges organiques : toutes les fois qu'on a procédé à l'analyse des urines, on a trouvé une diminution dans la quantité d'urée excrétée dans les 24 heures.

Les organes internes restent d'ailleurs parfaitement sains et les urines ne contiennent pas d'albumine. Quant aux troubles digestifs signalés dans plusieurs observations, ils ne relèvent pas forcément de l'infiltration mucoïde de la muqueuse gastro-intestinale; on pourrait très bien les rattacher, dans la plupart des cas, à l'anémie profonde, à la cachexie concomitante. La constipation est habituelle, entretenue peut-être par la diminution des sécrétions intestinales. La menstruation est difficile et irrégulière; on signale ordinairement de l'aménorrhée. Signalons aussi une certaine gêne de la respiration pouvant aller jusqu'à une sensation de dyspnée véritable.

La voix a un timbre spécial; elle est comme enrhouée, nasillarde, M. Ord l'a comparée à la voix pharyngée du début de l'amygdalite. Les réponses sont lentes, monotones, comme traînées. Particulièrement gêné le matin (Th. Inglis), le langage rappelle quelquefois le débit d'un hémiplégique ou l'articulation embarrassée de l'épileptique. Cet état du langage s'accompagne de lenteur corporelle et de torpeur intellectuelle. Les actes les plus simples sont exécutés avec lenteur, on dirait même souvent avec effort. La préhension peut être faible, difficile; les mains sont

inhabiles, particulièrement pour ce qui concerne les travaux délicats, tels que le travail à l'aiguille. La démarche est quelquefois décidée, précipitée même et ne présente alors rien de bien particulier ; mais souvent aussi elle est lente, hésitante, vacillante ; sans qu'il y ait hésitation proprement dite, le malade n'ose pas s'aventurer à traverser une rue : il y a là quelque chose qui rappelle l'agoraphobie. Inglis compare la démarche d'un de ses malades à celle d'un canard. On peut observer aussi une certaine difficulté à garder l'équilibre, ou à se relever après une chute. Ces phénomènes peuvent coexister d'ailleurs avec une diminution de la force musculaire et de l'excitabilité galvanique des muscles. Dans le cas cité par Hammond, il y avait des symptômes d'ataxie locomotrice avec anesthésie plantaire, ce qui rendait la marche très difficile, particulièrement avec les yeux fermés.

Les facultés psychiques peuvent être intactes ; mais, même dans ce cas, on observe habituellement une torpeur intellectuelle plus ou moins marquée. Cette lenteur dans les actes et les réponses, sur laquelle nous venons d'insister, n'est elle-même que le résultat de la lenteur avec laquelle s'accomplissent toutes les facultés intellectuelles. Les malades paraissent indifférents à ce qui se passe autour d'eux. Peu soucieux d'exercer leur esprit ou leur corps, ils restent plongés dans un état de somnolence presque continu. Le moindre effort intellectuel semble être une source de fatigue. Cependant, lorsqu'on les met en colère, ils sortent de cet état d'inertie : la parole et les actes prennent une vivacité inaccoutumée. Ils deviennent capables d'efforts extraordinaires, témoin ce malade de M. Charcot qui sou-

levait sept boisseaux de pommes de terre de chaque main. Quelquefois les facultés psychiques sont sérieusement atteintes. La mémoire est imparfaite, particulièrement en ce qui concerne les faits récents, ou même toutes les facultés intellectuelles sont affaiblies, obtuses, dégradées : le malade répond difficilement aux questions les plus simples, il échoue devant l'opération la plus simple de l'arithmétique (Hammond). Enfin on peut voir survenir un véritable état d'aliénation mentale avec ou sans illusions et hallucinations des sens spéciaux. C'est ainsi qu'on a observé de la mélancolie, un état de manie avec violence et incohérence du langage pendant la nuit, et même un véritable délire des persécutions.

Tous les malades sont pâles, languissants. Les troubles variés des téguments et du système nerveux s'accompagnent d'une anémie profonde, d'une cachexie véritable. Aussi serait-il fort intéressant de faire des analyses du sang et de compter les globules. C'est une lacune à combler, ainsi que l'a fait remarquer Thaon.

Si, dans tous les cas de cachexie pachydermique, on observe une triade symptomatique constante : anémie profonde, lésions tégumentaires et troubles nerveux, on peut dire aussi que, sur ce fond morbide commun, on peut rencontrer des formes très variées. Ceci s'applique tout particulièrement aux troubles du système nerveux. Véritable prothée, la maladie peut réaliser la symptomatologie du système nerveux tout entier. Troubles de la motilité, troubles de la sensibilité générale et spéciale, symptômes de l'ataxie locomotrice, troubles psychiques depuis les plus légers jusqu'aux plus graves, tout a été observé. Le système nerveux tout entier peut

donc être en cause dans la cachexie pachydermique. Doit-on en conclure, comme l'ont fait quelques auteurs, à l'existence de lésions portant sur ce système? L'existence de ces lésions peut paraître très vraisemblable, mais il ne faut pas oublier qu'elles n'ont encore été constatées par personne. Il faut attendre à cet égard le résultat de nouvelles autopsies. En tout cas, ces lésions ne sont pas indispensables pour expliquer la majeure partie des troubles nerveux et particulièrement les troubles psychiques. Malgré les immenses progrès réalisés par le microscope, n'est-on pas obligé, en clinique mentale, d'invoquer à chaque pas l'altération fonctionnelle? D'autre part, doit-on, avec Ord, subordonner absolument tous les troubles psychiques aux lésions cutanées? Accepté dans toute sa rigueur, ce principe serait faux. Il est incontestable que les troubles psychiques observés peuvent être indépendants des lésions tégumentaires, puisqu'on les a vus constituer les premiers symptômes de la maladie. Mais il nous semble non moins raisonnable d'admettre que, dans certains cas, les altérations tégumentaires puissent devenir l'origine d'idées délirantes. Ne voit-on pas souvent des aliénés en pleine période de calme, être pris tout à coup d'idées délirantes, particulièrement d'idées de persécution, à l'occasion d'un embarras gastrique, par exemple. Ils trouvent à toutes les substances ingérées un goût mauvais, atroce, et s'imaginent par suite que ces aliments sont falsifiés ou qu'une main criminelle a dû y répandre du poison. Il en résulte des idées nouvelles d'empoisonnement, de persécution, qui disparaissent lorsque la muqueuse digestive revient à l'état normal. Des faits identiques

se passent dans la cachexie pachydermique. L'infiltration des téguments externes ou internes entraîne des troubles fonctionnels analogues, suivis des mêmes troubles psychiques. Sans doute, il faut un élément de plus pour que la lésion périphérique provoque une idée délirante. Il faut que l'impression périphérique mauvaise aboutisse à un cerveau disposé à la recevoir et à la transformer d'une manière spéciale, incorrecte. Mais, il n'en est pas moins vrai que c'est à l'occasion de cette impression périphérique que se manifesterait l'idée délirante. Des faits de ce genre ont d'ailleurs été notés, non seulement dans la cachexie pachydermique, mais encore dans des maladies telles que la sclérodermie, qui entraînent une altération profonde des téguments. Ne trouve-t-on pas ici l'exemple de cette influence réciproque et intime qu'exercent l'un sur l'autre le tégument et les centres nerveux, et qui reste comme le souvenir de leur communauté d'origine?

La cachexie pachydermique est une espèce nosologique nettement définie et que l'on distingue facilement des états morbides tels que les affections cardiaques ou rénales, la polysarcie, la sclérodermie, etc. M. Charcot affirme même « que la physionomie des malades est si caractéristique qu'une fois qu'on la connaît, on la saisit, pour ainsi dire, au vol et l'on n'hésite pas à porter le diagnostic ».

Quelle place doit occuper le nouvel état morbide dans le cadre nosologique? Ici nous reproduirons entièrement les idées émises par notre savant maître dans une leçon clinique faite à l'occasion de notre malade. M. le professeur Grasset pense que la cachexie pachydermique trouve sa place naturelle à côté du groupe

des sclérodermies, ou mieux, à côté de la sclérodermie œdémateuse. En effet, si la cachexie pachydermique s'éloigne assez de la sclérodactylie et de la sclérodermie ordinaire, il n'en est plus de même pour ce qui concerne la sclérodermie œdémateuse. Dans la sclérodermie œdémateuse, comme dans la cachexie pachydermique, la lésion prédomine dans le tissu conjonctif sous-cutané; elle ne diffère que par la nature de l'œdème. Dans les deux cas la peau présente des altérations: dureté, desquamation en divers points, coloration spéciale, troubles anesthésiques, abaissement de la température, diminution des sécrétions sébacées et sudoripares. Enfin, dans la sclérodermie, on a pu observer comme dans la cachexie pachydermique des hallucinations et des troubles psychiques allant jusqu'à un véritable délire systématisé. La sclérodermie œdémateuse serait pour M. Grasset comme le trait d'union entre la sclérodermie ordinaire et la cachexie pachydermique. Dans l'état actuel de la science, cette opinion nous paraît la plus vraisemblable.

La marche de l'affection est ordinairement lente; il est souvent difficile de préciser le début. Dans quelques cas rares, le début a été brusque: la maladie s'est annoncée par des frissons violents (cas de M. Charcot) ou par une hématurie (cas de Ord). Presque toujours l'évolution est progressive. On a pu cependant observer de l'amélioration et même une amélioration très notable. La malade peut succomber aux progrès de la cachexie ou à une maladie intercurrente. L'affection n'est peut-être pas incompatible avec une longue existence. En tout cas, les données manquent: jusqu'ici on n'a encore suivi que deux malades jusqu'à la mort.

Nous voici arrivés au traitement: « Il est remarquable, dit Thaon, que toutes les médications internes échouent ou soient mal tolérées; est-ce dû à l'accumulation des médicaments, qui est bien vite atteinte, par suite de l'imperméabilité de la peau fermée à toute excrétion? ou bien est-ce dû à l'état de dyspepsie, si fréquent chez ces malades? Il n'en est heureusement pas toujours ainsi. Dans quelques cas les préparations toniques et ferrugineuses ont donné des résultats très satisfaisants. » Notre observation semble particulièrement remarquable sous ce rapport. En dehors du fer, du quinquina, les bains d'air chaud, les frictions, les massages, les bains sulfureux pris à domicile ou mieux dans une station thermale, comme Aix en Savoie, sont parfaitement indiqués. Thaon insiste « sur les avantages du séjour dans un climat sec, tempéré, tonique et bien ensoleillé, tel que celui de Nice. Dans ces conditions les malades peuvent sortir tous les jours; ils peuvent rester exposés à l'air le plus longtemps possible; ils peuvent prendre de véritables bains de soleil qui agissent sur l'hémoglobine du sang et sur les nerfs, autant par les rayons caloriques que par les rayons chimiques¹. »

¹ Depuis que ce travail nous a été adressé, de nouveaux faits ont été publiés; M. Blaise en a fait le résumé, que nous publierons prochainement. (*Note de la rédaction.*)

CLINIQUE NERVEUSE

NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

Par Ch. FÉRÉ.

Dans cette courte étude, nous avons seulement voulu appeler l'attention sur quelques particularités peu connues ou rares de la grande hystérie. Nous n'avons en vue qu'une description épisodique, et nous nous renfermerons dans l'exposition de quelques faits que nous avons eus sous les yeux dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière.

I. — FORME RARE DE L'ATTAQUE

Nous ne reviendrons pas sur la description classique désormais, donnée par M. Charcot, de l'attaque d'hystéro-épilepsie avec ses trois phases épileptoïde, des contorsions et des attitudes passionnelles ou de délire; nous rappellerons seulement que la deuxième période est ordinairement caractérisée par des contorsions plus ou moins variables, par de grands mouvements constitués par des alternatives de flexion et d'extension du tronc suivant l'axe longitudinal du corps; l'arc de cercle à convexité ventrale est un épisode des plus communs de cette période. La

malade qui fait le sujet de l'observation qu'on va lire nous montre une période de grands mouvements qui diffère sensiblement du type ordinaire.

V... (Caroline), âgée de vingt-quatre ans, est entrée le 5 décembre 1880 à la Salpêtrière, salle Sainte-Laure, n° 6 (service de M. CHARCOT).

Antécédents héréditaires. — V... est issue d'une union illégitime. Sa mère n'avait que quinze ans quand elle devint enceinte, et aurait eu une fièvre cérébrale (?) pendant sa grossesse ; elle était rhumatisante et sujette à des *attaques convulsives* et à des *étourdissements* ; elle est tombée dans le feu et porte à la face et sur le corps des traces de brûlures ; elle se mord la langue dans ses accès qui se sont répétés à peu près tous les jours, au moins pendant une certaine période. — Le père, qui a disparu depuis plusieurs années, n'aurait jamais eu d'accidents nerveux. Il en serait de même des trois frères qui sont connus de la malade. — Une tante maternelle se porte bien et n'a pas d'attaques.

Antécédents personnels. — Dès les premiers jours qui ont suivi sa naissance, V... aurait eu des convulsions (pas de sillons dentaires). Elle aurait eu, toute jeune encore, une angine couenneuse suivie de rougeole, et vers sept ou huit ans une scarlatine.

A l'âge de neuf ans, un jour que son père battait sa mère, elle eut une grande peur et c'est alors qu'elle commença à avoir des crises nerveuses. Pendant quatre ans, elle eut tous les jours des attaques nerveuses qui ne se produisaient pas à des heures fixes, mais en toute circonstance nuit et jour. Ces attaques, avec perte de connaissance dès le début, commençaient par le bras gauche qui, allongé le long du corps et la main fermée et fléchie, se tordait en arrière et en dehors. Il n'est pas établi que pendant ces accès elle se fût mordu la langue, mais elle pissait au lit à toutes les fois.

Vers dix ans, un an après les premières attaques, elle aurait eu une fièvre cérébrale. Elle a été réglée à treize ans. A partir de ce moment, elle cessa d'avoir des attaques tous les jours ; ses crises changèrent de caractère et devinrent semblables à celles qu'elle a aujourd'hui. Elle est prévenue qu'elle va être prise. Si, dans la rue, elle se sent malade, elle a le temps de se

réfugier quelque part, de dégrafer ses vêtements, de choisir sa place pour tomber. Ses attaques, d'abord rares, devinrent bientôt extrêmement fréquentes et se répétèrent vingt à vingt-cinq fois par jour depuis l'âge de treize ans jusqu'à vingt-trois.

Depuis que cette nouvelle espèce d'attaques se produit, elle éprouve une douleur continue dans le bas-ventre des deux côtés; mais quand l'attaque va venir, la douleur augmente, principalement du côté gauche, et en même temps, elle a une sensation de boule qui remonte de l'épigastre vers la gorge. En tout temps elle a des battements, quelque chose qui cogne, dans les deux tempes, sans recrudescences au moment des attaques. Elle était toujours bien plus souffrante au moment de ses règles.

Elle vint à Paris, il y a deux ans, entra à l'Hôtel-Dieu où elle resta un mois ou deux. Sous l'influence de l'éther, de la morphine, du bromure de potassium, ses attaques ont diminué considérablement de fréquence depuis cette époque. Elle fut envoyée à la Salpêtrière, où elle ne resta que quelques mois dans un service d'aliénées, bien qu'elle n'eût jamais eu qu'un délire inoffensif à la suite de ses attaques. Au bout de cinq ou six mois, elle quitta l'hospice. Elle vécut pendant neuf mois avec un jeune homme qu'elle finit par quitter à cause de ses accès, elle rentra chez sa mère; mais au bout de quelque temps (décembre 1880), elle tomba sur la voie publique, fut portée à l'Hôtel-Dieu et c'est de là qu'elle est revenue à la Salpêtrière où elle est entrée le cinq décembre 1880.

État actuel. — Elle est d'une intelligence très médiocre, a peu de mémoire, mais elle est laborieuse, aide aux travaux du ménage; — et paraît sincère. Elle est très irritable, sujette à des accès de colère, ou boude facilement. Elle mange très peu et offre quelque dépravation du goût. Elle recherche les mets vinaigrés; elle aurait bu un jour un litre de vinaigre. Elle est du reste assez bien constituée et ne présente aucun vice de conformation; elle est d'une bonne santé habituelle.

Elle est toujours réglée très abondamment; quelquefois elle perd pendant quinze jours. De temps en temps, elle a des métrorrhagies intercalaires.

Depuis que ses attaques sont moins fréquentes, elle souffre davantage dans le ventre.

Quatre ou cinq jours avant d'être prise, elle se sent mal à son aise et, vers le soir surtout, elle est agitée, elle dort mal et

son sommeil est troublé par des rêves. Il nous est arrivé un jour, pendant qu'elle était dans cet état, de provoquer un accès par pression sur un de ses points hystérogènes, elle s'est trouvée déchargée du coup, s'est trouvée mieux ensuite et n'a pas eu d'attaque spontanée : le 8 mars, à la fin de ses règles, elle était agitée ; j'ai provoqué une série d'attaques par la pression sur son point vertébral, elle n'a pas eu de nouvelle série jusqu'au 5 avril.

Toutes les nuits, elle rêve ; mais les rêves n'ont aucun caractère effrayant et ne sont pas uniformes ; le plus généralement, il s'agit de sa famille.

Depuis un an environ, ses attaques ne se produisent que presque toutes les trois semaines ou un mois, le plus souvent avant ou pendant ou après ses règles ou ses métrorrhagies ; ainsi elle a une série de cinq attaques le 2 janvier, ses règles viennent le 3 et ce jour là encore elle a quatre attaques ; elle a une métrorrhagie le 30 du même mois, elle avait eu quatorze attaques la veille et quatre ce jour là, mais elle avait eu d'autres séries le 6 et le 8 ; au mois de février, elle a ses règles le 3, et elle a une série le 6 et le 7, et est tranquille tout le reste du mois ; au mois d'avril, elle a une série le jour des règles.

Elle a commencé à avoir des rapports sexuels vers dix-huit ans, et n'a jamais remarqué qu'ils eussent aucune influence sur ses convulsions ; pendant sa dernière aventure, les attaques n'étaient pas plus fréquentes que maintenant ; les attaques se produisent toujours le jour, elle n'en a jamais eu la nuit.

Sensibilité générale. — Dans l'intervalle des attaques, elle est hémi-anesthésique gauche, elle ne sent ni le contact, ni la piqûre, ni le froid, mais elle sent la pression sur les parties profondes, et le sens musculaire est conservé. L'anesthésie cutanée n'est d'ailleurs pas limitée exactement à la ligne médiane : il existe une plaque sensible de la largeur de la main à la limite des régions dorsale et lombaire, s'étendant latéralement le long des dernières côtes pour aller se confondre avec une autre plaque un peu moins étendue située en dehors et au-dessous du sein gauche ; autour du nombril, il existe encore une plaque semblable de la largeur de la paume de la main.

Vision. — En raison du peu d'intelligence de la malade, qui ne sait pas reconnaître même les lettres, il est difficile d'ap-

précier au juste son acuité visuelle et l'étendue de son champ visuel qui paraît toutefois rétréci surtout du côté gauche. Elle voit toutes les couleurs des deux yeux, mais elle est incapable de différencier les nuances d'une même couleur¹.

Les deux conjonctives sont insensibles, les cornées ont conservé leur sensibilité.

Ouïe. — Elle entend moins bien la montre du côté gauche.

Odorat. — Conservé des deux côtés; sensibilité tactile conservée dans les deux narines. (Examen avec l'éther.)

Goût. — Égal des deux côtés; insensibilité du voile du palais. (Examen avec la coloquinte.)

Pendant les attaques l'insensibilité est totale et complète.

A toutes les périodes, on peut mettre le doigt au contact de la cornée, sans que la pupille change de direction, ce dont on se rend très bien compte en tenant l'autre œil ouvert. Cette insensibilité paraît même quelquefois persister au moment où la malade a déjà repris connaissance, quand elle s'assoit et demande à boire; un jour, au moment où elle saisissait le verre, j'ai pu lui mettre le doigt sur la cornée sans que l'œil se ferme et sans que le regard change de direction.

Points hystérogènes : 1° sur la 6° côte gauche vers le bord externe du thorax; — 2° sur les apophyses épineuses de la 12° dorsale et de la 1^{re} lombaire.

La pression sur la région ovarienne gauche arrête les attaques qui sont prévenues par la pression du bandage à ressort.

V... tombe en catalepsie au bruit du gong. Elle s'endort assez difficilement par la fixité du regard; du reste dans l'hypnotisme, elle n'offre pas d'hyperexcitabilité réflexe notable; mais les réflexes tendineux sont exagérés; pas de somnambulisme provoqué. Elle s'endort les yeux convulsés en haut; on ne peut pas découvrir la pupille, et par conséquent provoquer de catalepsie dans cet état.

Description de l'attaque. — Que l'attaque soit spontanée ou provoquée, elle se présente toujours avec le même caractère. Si elle est debout au moment où elle est prise, elle s'affaisse, puis s'étend de tout son long. — Si elle est couchée, les paupières se mettent à battre très rapidement; le tronc et la tête se

¹ Nous ferons remarquer à ce propos que certaines hystériques qui semblent avoir perdu la vision d'une couleur, peuvent cependant voir certaines nuances de cette couleur; ce sont tantôt les nuances claires, tantôt les nuances sombres dont la vision aurait persisté.

tournent le plus souvent vers la droite, quelquefois vers la gauche. Le bras droit est dans la flexion, le gauche dans l'extension est animé d'un petit mouvement de trépidation; puis la partie inférieure du corps se tourne du même côté. Elle enfonce le nez dans l'oreiller, s'arrête un instant, puis le corps tout d'une pièce se porte brusquement du côté opposé en tournant autour de son axe longitudinal, puis reprend avec la même brusquerie sa position primitive, et ainsi de suite. Elle fait ainsi une douzaine de demi-rotations avec une grande rapidité et une grande violence; quelquefois elle se heurte le visage avec une telle force sur son oreiller qu'elle a des épistaxis. Quand ce mouvement de roulis s'arrête, elle reste un instant d'aplomb sur le dos, puis le tronc se lève assez posément, se fléchit sur le bassin pour faire avec les membres supérieurs étendus un angle de 45° environ; elle rejette brusquement en arrière, la tête sur l'oreiller; elle recommence cette espèce de mouvement de tangage deux ou trois fois. Revenue dans la position horizontale, elle se frappe trois ou quatre fois la poitrine avec ses deux poings, ensuite elle allonge les deux bras sur les côtés du corps et frappe sur le matelas aussi trois ou quatre coups.

Quelquefois le bras droit reste immobile dans la demi-flexion et le bras gauche bat seul le matelas.

Cette série de mouvements terminée, elle pousse quelques cris, fait entendre une sorte d'aboiement, et fait quelques fortes inspirations.

Le plus souvent elle recommence immédiatement son mouvement de roulis sans passer par la phase épileptoïde du début, et fait aussi des séries de mouvements analogues à ceux que nous venons de décrire et se succédant avec une régularité d'automate. Enfin les grands mouvements cessent, elle se met à se gratter violemment la tête avec ses deux mains, s'ébouriffe, se tourne de côté et d'autre, crie : « Ah! ah! ah! », regarde autour d'elle sans voir ce qui se passe et sans avoir recouvré ses sens; on peut quelquefois lui porter le doigt sur la cornée sans que son œil se dévie; puis, couchée sur le côté, en chien de fusil, elle appelle : « Maman! Léon! Léon! (son amant)... mon Dieu... Eh! Odile (sa sœur), Odile, Odile. Oh! Maman. — Cochons de Prussiens, saleté... », fait des gestes de répugnance et d'horreur. Tout d'un coup, elle s'assoit, se gratte la tête à deux mains, regarde fixement, demande « à boire, à boire », tou-

jours sans avoir repris ses sens, comme le montre l'insensibilité de la cornée.

On lui présente un verre d'eau qu'elle boit avidement. Elle se met à genoux sur son lit, arrange ses oreillers, se couche sur le côté droit et s'endort bientôt.

Les attaques se sont présentées par séries de 4 à 14 depuis qu'elle est soumise à notre observation et toutes se ressemblent.

Dans les séries d'attaques, c'est-à-dire lorsqu'on est prévenu qu'une autre attaque va se produire, on peut constater qu'à l'instant qui précède le premier battement des paupières, la pupille est étroite, elle se dilate dès que les mouvements commencent et la dilatation reste à son maximum jusqu'à la fin de l'attaque ; elle revient ensuite lentement à l'état normal.

Cette observation présente plusieurs faits intéressants à noter. Les attaques dont V... a été atteinte de neuf à treize ans semblent bien avoir été des attaques d'épilepsie auxquelles la malade était d'ailleurs prédisposée par l'hérédité ; au moment de l'établissement de la menstruation, ces attaques se sont transformées et ont pris les caractères des attaques d'hystéro-épilepsie. Jamais, depuis qu'elle est réglée, elle n'a eu d'attaque ressemblant à celles qu'elle avait étant enfant. Cette substitution est bien propre à montrer le rôle de l'évolution des organes génitaux dans le développement de la névrose qui nous occupe.

Nous ne ferons que signaler l'irrégularité de l'hémi-anesthésie, qui est interrompue par des plaques sensibles, dont deux s'étendent autour de points hystérogènes, et la troisième indépendante.

Mais nous appellerons plus particulièrement l'attention sur les caractères spéciaux de la deuxième phase de l'attaque, de la phase des grands mouvements. On remarque en effet que ces mouvements, au lieu de se faire comme d'ordinaire, dans le sens de l'axe

longitudinal du corps qui semble se mouvoir soit en avant soit en arrière autour d'un axe transversal passant par le milieu du bassin, se font principalement en sens inverse, c'est-à-dire que la malade roule autour de son axe longitudinal. Ces variétés de l'attaque sont intéressantes à noter, parce qu'elles peuvent donner l'explication de certaines épidémies de convulsions en apparence bizarres que l'on ne peut rattacher à leur véritable cause, si on n'admet qu'un type unique et immuable.

II. — ZONA HYSTÉRIQUE.

On a cru pouvoir rattacher à l'hystérie certaines éruptions vésiculaires mal limitées de la peau¹, qu'on pourrait, si cette relation était bien démontrée, rapprocher des troubles vaso-moteurs, des rongeurs qui constituent quelquefois de véritables prodromes de l'attaque². Mais nous voulons seulement appeler l'attention sur une manifestation cutanée qui ne nous paraît pas avoir été encore signalée, nous voulons parler du *zona hystérique*. C'est la malade qui fait le sujet de l'observation précédente qui en a été atteinte.

Le 26 février 1881, V... se plaint d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine, sans toux, sans fièvre, sans fréquence du pouls. L'auscultation ne révèle aucun bruit morbide, la percussion donne un son normal au niveau de la région douloureuse. Il semble qu'il s'agisse d'une pleurodynie, on

¹ Castex. — *France médicale*, 1877.

² Richer. — *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, 1881, p. 19. — Bourneville et Regnard : *Iconographie photographique*, t. I, 1876, p. 63, 119, 431 ; t. III, 1879, p. 19.

applique un vésicatoire volant large comme la paume de la main.

Le 27 la pleurodynie a disparu, et on voit se développer une zone de sensibilité de 2 centimètres de largeur environ autour du soulèvement épidermique. Cette zone se confond en bas avec la zone ordinairement sensible.

Le 1^{er} mars la sensibilité persiste encore sur la surface du vésicatoire et dans la zone périphérique, mais la malade se plaint de douleurs brûlantes tellement vives qu'elles lui arrachent des larmes et siégeant dans la région lombo-abdominale droite, partant de la zone hystérogène dorso-lombaire et s'étendant obliquement suivant la direction des nerfs intercostaux vers la paroi abdominale antérieure. On n'y voit aucune rougeur, mais la moindre pression, le contact de la chemise exaspère les douleurs.

Le 2, mêmes douleurs qui empêchent tout sommeil. La région douloureuse présente deux plaques rouges, l'une allongée de douze centimètres environ de longueur sur trois de large, située au dessus de la crête iliaque et se dirigeant obliquement vers l'apophyse épineuse de la troisième lombaire; l'autre, moins longue, située au dessous de la dernière fausse côte et présentant la même direction. Cette plaque offre sur certains points une surface irrégulière comme chagrinée, mais il n'y a nulle part de vésicules.

Le 3, on voit se développer au centre des plaques rouges, sous forme de traînées longitudinales, des groupes de vésicules transparentes. L'éruption est devenue confluyente les jours suivants et a suivi l'évolution ordinaire du zona; les vésicules se sont réunies par groupes pour former de petites bulles irrégulières qui ont laissé des ulcérations superficielles qui se sont cicatrisées dans l'espace de trois semaines environ. Il reste des cicatrices blanchâtres, et aujourd'hui encore (25 juin) la douleur persiste dans la région occupée par l'éruption.

Il s'agit donc ici d'un zona développé sur le trajet des nerfs qui ont leur origine au niveau de la zone hystérogène dorso-lombaire. Il est en outre à remarquer que pendant le mois où le zona s'est développé, la malade n'a pas eu d'attaque. La zone hystérogène semble avoir déterminé la localisation du

zona, et ce dernier paraît avoir eu une action suspensive sur les manifestations convulsives de l'hystérie.

On pourrait peut-être se rendre compte de la production de la névralgie et du zona au niveau d'une région habituellement sensible ou douloureuse par une congestion rachidienne localisée (*ubi dolor, ibi fluxus*) qui amènerait par la distension des veines une compression des nerfs au niveau de leur sortie du canal vertébral. D'ailleurs on peut voir le zona se développer dans d'autres circonstances où la congestion spinale peut être incriminée à bon droit; après avoir passé une après-midi entière à visiter un musée de peinture toujours debout et dans une position particulièrement fatigante un malade, qu'il nous a été donné d'observer de près, fut pris d'une douleur vive au niveau des apophyses épineuses des première et seconde vertèbres lombaires: dans la nuit suivante le développement des douleurs intenses avec sensation de cuisson sur divers points du trajet de la branche ilio-scrotale gauche, et le surlendemain ces points douloureux étaient le siège de groupes de vésicules d'herpès; le tout a évolué comme un zona des mieux caractérisés et les douleurs persistent encore au bout de deux ans sur le trajet des nerfs.

III. --- ANESTHÉSIE ET RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Les auteurs de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* rapportent deux observations dans lesquelles ils ont vu l'anesthésie et les attaques disparaître à la dernière période de la phthisie pulmonaire¹; mais,

¹ Bourneville et Regnard. — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, 1876-1880, t. I, II et III.

il est impossible d'après ces deux faits de décider si c'est l'épuisement général du sujet qui amène la disparition des troubles nerveux, si la fièvre suffit pour amener ce résultat, ou si l'amendement des symptômes propres à l'hystérie est sous l'influence de toute autre cause. Une hystérique anesthésique a eu l'année dernière une pleurésie qui a duré cinq semaines, et pendant laquelle elle est restée sensible depuis les premiers jours jusqu'à la fin ; ce fait semble indiquer qu'un épuisement considérable n'est pas nécessaire pour produire une sédation des troubles hystériques.

La coïncidence de l'hystérie et du rhumatisme articulaire aigu n'est point rare ; Briquet l'avait déjà notée et il pensait que le rhumatisme agissait comme cause prédisposante à cause du traitement antiphlogistique qu'il nécessitait¹. Nous avons observé une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui nous paraît intéressante au point de vue de l'étude de l'influence de la fièvre sur l'anesthésie hystérique.

C... (Virginie), dix-huit ans, est entrée à la Salpêtrière (service de M. CHARCOT) le 27 novembre 1880.

Antécédents héréditaires. — Son père est devenu épileptique pendant qu'il était au service militaire, il a des grandes et fréquentes attaques. La mère, morte poitrinaire à vingt-neuf ans, ne paraît pas avoir été nerveuse, mais elle semble avoir eu plusieurs attaques de rhumatisme. Il est né onze enfants de ce mariage, six sont morts ; il reste cinq filles, notre malade est la seconde ; pas de renseignements sur les autres, sauf sur l'aînée qui se porte bien. Oncle maternel rhumatisant.

Antécédents personnels. — A trois ans, elle aurait eu des convulsions. Etant enfant, elle a eu des douleurs de croissance.

¹ Briquet. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1856, p. 155.

Réglée à onze ans. A douze ans, elle a eu une première attaque de rhumatisme généralisé qui l'a tenue deux mois au lit.

Presque immédiatement après ses premières règles, à onze ans, elle a eu une première attaque qu'elle ne peut pas bien définir : elle aurait eu une perte de connaissance qui aurait duré une demi-heure, elle ne sait pas si elle a eu des convulsions, elle ne paraît pas s'être mordu la langue, ni avoir uriné dans ses vêtements. A partir de ce moment, elle a eu des attaques analogues tous les quinze jours ou tous les huit jours.

C'est seulement à partir de quatorze ans qu'elle se souvient d'attaques analogues à celle qu'elle a aujourd'hui, précédées de sensation de boule qui remonte du ventre au cou, battements dans la tempe gauche, chute, convulsions, etc. ; et dès cette époque on aurait constaté l'anesthésie.

Il y a un an, elle fut contrariée à propos d'un mariage qu'elle voulait faire et auquel son père s'est opposé. Elle quitta la maison et vint à Paris où elle vécut avec son amant. Quelques jours après son arrivée, elle fut prise des grandes attaques dont nous sommes témoins depuis son entrée à la Salpêtrière.

État actuel (15 janvier 1881). C... est une blonde assez bien constituée, elle est maigre et un peu pâle. Elle est sujette à des battements de cœur et on constate un souffle doux à la pointe et au premier bruit.

C... est anesthésique totale, elle ne sent ni le contact, ni la piqure, ni le froid, ni le chaud, mais elle a conservé le sens musculaire, elle se tient très bien debout les yeux fermés. Elle entend un peu moins bien la montre du côté gauche.

Vue. — L'acuité visuelle — O à gauche, elle est de sept dixièmes de la normale à droite. Le champ visuel est très rétréci des deux côtés, mais surtout à gauche où il n'a guère que dix degrés en moyenne (périmètre de Landolt), tandis qu'à droite il a à peu près trente degrés sur toute la circonférence ; il s'agit d'un rétrécissement à peu près régulièrement concentrique, un peu plus prononcé du côté nasal. La vision des couleurs est complètement abolie à gauche, où C... ne voit que gris et blanc sale. A droite, elle voit toutes les couleurs et toutes les nuances, sauf le violet qui est vu gris et le jaune clair qui est vu blanc sale.

L'état de la sensibilité oculaire est en rapport avec celui de la vision. A gauche comme à droite on peut toucher la conjonctive sans provoquer aucun réflexe, ni mouvement des pau-

pières ou de l'œil, ni sécrétion de larmes; mais tandis qu'à droite, il est impossible de toucher la cornée, sans que l'œil se retire immédiatement et sans que les paupières se ferment, à gauche, on peut conduire au contact de la conjonctive, puis de la cornée, une bande de papier qui ne produit de réflexion, et ne détermine l'occlusion des paupières et la rétraction de l'œil que lorsqu'elle arrive dans le champ pupillaire. Si, au lieu de se servir d'un objet mince, on prend pour cette exploration un objet d'une certaine épaisseur, on peut ne pas obtenir le même résultat à cause de l'ombre portée, c'est la rétine qui sent et non la cornée.

Lorsqu'on provoque le transfert soit par l'aimant, soit par une pile sèche, la cécité des couleurs passe à droite avec l'insensibilité cornéenne.

La région ovarienne gauche est spontanément douloureuse et sensible à la pression.

Points hystérogènes. — 1° sur la 12° côte gauche, sur la partie latérale du tronc; 2° sur la 7° gauche sous le sein; 3° au-dessus du sein droit sur la 4° côte; 4° sur les apophyses épineuses des 6° et 7° vertèbres dorsales.

C..., assez peu intelligente, a le caractère difficile; elle ne s'entend avec aucune de ses camarades, ou si cela lui arrive quelquefois c'est pour tramer quelque complot dont elle se tire à temps pour n'être pas trop compromise. Elle est très difficile à mener et cherche continuellement à tromper.

Ses attaques ont toujours lieu pendant le jour, elles varient considérablement de fréquence suivant les mois. Elle en a eu 16 pendant le mois de novembre, 79 pendant le mois de décembre, 17 pendant le mois de janvier.

Attaques. — L'attaque est annoncée par une recrudescence de la douleur ovarienne, par une sensation de boule qui part de l'épigastre vers la gorge et redescend une ou deux fois; avec battements dans les tempes principalement à gauche, et sifflements prédominant aussi dans l'oreille gauche.

Elle tourne la tête à gauche en raidissant le cou qui se gonfle. A ce moment, on voit que la pupille s'est rétrécie. Les paupières se mettent à battre sans arriver à l'occlusion complète. Les pupilles se dilatent largement, les deux bras s'étendent le long du corps et se raidissent, les poings sont fermés les pouces en dehors, la main légèrement fléchie et dans la rotation en dedans. Les deux bras battent le matelas, la tête revient dans

la rectitude et la malade fait entendre des cris saccadés. Le bassin fait quelques mouvements rythmiques de propulsion pendant que la paroi abdominale est projetée par secousses; puis le bassin se soulève, la tête se renverse fortement en arrière, et la malade ne porte plus sur son lit que par le vertex et les talons, le corps forme un axe à convexité ventrale dont la flèche a 30 ou 40 centimètres. Elle reste ainsi quelques secondes, puis retombe à plat sur le dos. Elle s'assoit, regarde fixement pendant quelques minutes, puis tout rentre dans l'ordre, ou l'attaque recommence pour former une série plus ou moins longue. Pendant cette phase de *regard fixe*, qui constitue chez C... la phase du délire ou des attitudes passionnelles, on remarque que la pupille, sous la même lumière, se rétrécit et se dilate alternativement à des degrés variables et pour un temps plus ou moins long, comme si elle se contractait pour s'accommoder pour la vision d'objets situés à des distances variables dans une hallucination. Quand le regard est absolument fixe, on peut appuyer le doigt sur la pupille sans qu'elle se dévie d'un côté ou de l'autre, comme du reste pendant toute la durée de l'attaque.

Les attaques ne sont jamais isolées, elles se reproduisent toujours par séries de nombre variable; mais les attaques qui les constituent sont toujours identiques. Les séries ne laissent après elles aucune hébétude, la malade peut reprendre ses occupations, elle est seulement courbaturée.

Le 24 janvier, C... se plaint de douleurs dans le côté gauche de la poitrine, elle ne tousse pas et on n'entend aucun bruit morbide dans tout le côté, cependant elle est oppressée.

25. Même état. — Trente ventouses sèches.

26. Douleurs dans l'épaule gauche, dont les mouvements sont devenus douloureux sans que l'insensibilité de la peau ait disparu.

27. Les douleurs s'étendent au coude gauche et à l'épaule droite sans gonflement. La langue est sale, l'appétit nul, mais pas d'élévation de température. — Purgatif.

30. Les douleurs sont restées à peu près stationnaires, peu intenses, toujours sans gonflement ni rougeur; dyspnée, bruits du cœur tumultueux; le souffle de la pointe paraît avoir augmenté. — Ventouses sèches.

31. C... a été soumise la veille à l'électrisation statique qui a cessé à deux heures et demie, elle avait recouvré sa sensibilité

totale. — Ce matin elle est encore sensible sur la moitié droite du corps. Les douleurs ont un peu diminué; C... se lève.

2 février. Les douleurs se sont considérablement accrues et généralisées à toutes les articulations des membres. Autour des cous-de-pied il existe un gonflement œdémateux très manifeste; Les genoux sont aussi gonflés et il en est de même des poignets et des coudes. Aux poignets et aux articulations de la main et des doigts, il existe non seulement du gonflement, mais de la rougeur. Le moindre mouvement exaspère les douleurs, mais la peau est restée insensible, on peut la transpercer complètement au niveau des articulations les plus atteintes sans provoquer la moindre douleur. C... peut être hypnotisée et cataleptisée comme d'ordinaire.

Les battements du cœur sont très tumultueux et irréguliers. T. rectale 39°, 9 le matin, 40°, 1 le soir. — Salicylate de soude, 6 grammes.

3. Même intensité des douleurs articulaires, même insensibilité cutanée. Oppression très intense, irrégularité des bruits du cœur. T. 40° le matin, 40°, 5 le soir. — Vésicatoire sur la région précordiale. — Salicylate de soude, 6 grammes. Lait.

4. Même état. T. 40°, 1 le matin, 40°, 4 le soir. — Même traitement, purgatif.

5. T. 40° le matin, 40°, 3 le soir. — Par l'application de l'aimant, on a obtenu le transfert des troubles visuels.

6. T. 40°, 1 le matin, 39°, 8 le soir.

7. T. 39°, 3 le matin, 39°, 2 le soir.

8. T. 39°, 2 le matin, 39°, 3 le soir.

9. T. 39°, le matin, 39°, 2 le soir. Epistaxis, douleur ovarienne gauche, menace d'attaque, application de la ceinture; les douleurs sont un peu moins vives.

10. La malade sent que l'attaque est imminente (boule, bourdonnements d'oreilles, battements dans les tempes) malgré l'état du cœur, on administre de l'éther avec précaution jusqu'à résolution complète pour éviter les attaques; la malade revient bien sans accident. Les douleurs ont notablement diminué, les pieds et les genoux sont même presque libres; mais la rougeur et le gonflement persistent encore aux articulations des doigts. L'insensibilité de la peau est toujours la même. La malade, quoique très affaiblie, a un peu d'appétit. T. 38°, 4 le matin, 39° le soir.

11. Le mieux persiste ; les douleurs se sont encore atténuées, la rougeur a à peu près complètement disparu aux mains où il existe encore du gonflement. On peut s'assurer que non seulement la sensibilité de la peau, mais encore la sensibilité spéciale n'ont pas été modifiées par le rhumatisme articulaire aigu ; la vue, l'ouïe et l'odorat n'ont subi aucune modification. T. 38° le matin, 38°, 2 le soir.

A partir de ce moment la température ne monta plus au dessus de 38°, et la période aiguë de l'attaque de rhumatisme put être considérée comme terminée ; mais il resta des douleurs subaiguës qui persistèrent pendant tout le mois de mars, alternativement dans toutes les articulations, et le 8 avril, les épaules étaient encore un peu sensibles dans les mouvements.

Nous n'avons pas insisté sur tous les détails de cette attaque de rhumatisme articulaire qui n'a rien présenté de particulier dans sa marche, nous avons voulu surtout montrer qu'il s'agissait bien d'un cas aigu avec douleurs vives, et une élévation considérable de la température ; les douleurs articulaires ont persisté pendant plusieurs semaines sans modifier l'anesthésie générale et spéciale ; nous verrons plus tard que les douleurs de l'accouchement ne la modifient pas davantage. D'autre part, nous voyons pendant la période fébrile des menaces d'attaque, qui ont eu un commencement d'exécution, — et lorsque les douleurs persistaient encore, le 24 mars, C... a eu trois attaques. L'élément spasmodique n'est donc pas non plus modifié sensiblement par la fièvre. Ce fait semblerait donc indiquer que si la marche de l'hystéro-épilepsie est modifiée par certaines affections fébriles intercurrentes, ce n'est pas l'élément fébrile qui est la cause de cette modification ; ce n'est pas non plus l'élément douleur, cette cause reste à chercher. (*A suivre.*)

à la garde-robe. Il est tombé sur le sol et est resté dans cet état, ayant gardé, dit-on, toute sa connaissance (?), jusqu'à ce que sa femme, étonnée de ne pas le voir se lever, l'ait ramené. Il se réleva restant dans le même état. Il mourut le lendemain, à l'âge de 54 ans.

RECUEIL DE FAITS

Les lésions limitées au lobule de l'insula sont très rares. Les lésions limitées au lobule de l'insula sont très rares. Les lésions limitées au lobule de l'insula sont très rares.

LÉSION ANCIENNE DU LOBULE DE L'INSULA;

Par BOURNEVILLE et BONNAIRE.

Les lésions limitées exclusivement au lobule de l'insula sont très rares; le plus souvent la lésion intéresse, à des degrés divers, les circonvolutions voisines. Aussi ne connaît-on pas encore les symptômes cliniques qui répondent aux lésions du lobule de l'insula. Dans le cas qu'on va lire — et que nous publions à titre de document — la lésion avait détruit entièrement toutes les digitations du lobule de l'insula.

OBSERVATION. — *Attaque apoplectique.* — *Hémiplégie gauche;* — *Contracture;* — *Phénomènes réflexes.* — *Alcoolisme.* — *Epilepsie;* — *Marche des accès;* — *Démence;* — *Mal perforant;* — *Mort.*

Autopsie: *Destruction du lobule de l'insula du côté droit;* — *Atrophie de la couche optique et du corps strié correspondants;* — *Dégénération secondaire;* — *Lésions tuberculeuses des poumons.*

Carr... (François), âgé de cinquante-quatre ans, charpentier, est entré le 4 juin 1868, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa belle-sœur. — Père, cultivateur, mort on ne sait de quoi. Mère, morte quand notre malade était en bas âge. Deux sœurs en bonne santé, mariées, sans enfants. Pas d'épileptiques, pas d'aliénés, etc., dans la famille.

Notre malade s'est marié à 34 ans; il ne faisait pas d'excès de boisson, mais fumait beaucoup. Dix-huit mois après son mariage, il a été brusquement frappé d'hémiplégie gauche: étant

¹ C'est ce qui explique l'insuffisance des renseignements qu'on va lire.

à la garde-robe, il est tombé sur le sol et est resté dans cet état, ayant gardé, dit-on, toute sa connaissance (?), jusqu'à ce que sa femme, étonnée de son absence, vint à son aide. Il serait resté quinze jours au repos forcé, après quoi, il recommença à marcher en traînant la jambe et en se soutenant sur une canne.

Les accès d'épilepsie se sont déclarés environ six ans après l'attaque paralytique. Durant cet intervalle, notre malade gagnait sa vie à ouvrir les portières des voitures sur la voie publique, et s'adonnait en même temps à la boisson. Par suite de la multiplicité des accès, il dut renoncer à son travail et entrer à Bicêtre. A l'hospice, il persévéra dans ses habitudes d'alcoolisme, et l'on dut le faire passer de l'hospice des vieillards, dans la section des épileptiques.

Il y a quatre ans, il avait encore de la mémoire, reconnaissait tout son monde, avait une conversation suivie. Aujourd'hui, sa mémoire a totalement disparu, et il reste indifférent aux choses du dehors. En même temps que les facultés mentales, le physique s'est notablement affaïssi depuis cette même époque, et il s'est produit, paraît-il, un amaigrissement considérable. A part l'état parétique dépendant de l'ictus primitif, le malade n'a présenté d'autres symptômes de lésion encéphalique durant ce laps de temps, que des atteintes intermittentes de *céphalalgie*. On ne trouve d'ailleurs aucun antécédent morbide chez lui. Il a deux filles de son mariage, âgées l'une de 22 ans et l'autre de 17, toutes deux de bonne santé.

1880. *Septembre*. — *Érysipèle phlegmoneux* de la paroi thoracique, consécutif à un *anthrax*. Incision et pansement de Lister.

1881. 10 *juin*. — Le malade présente un état d'agitation considérable, cherche à sortir du lit, prononce des paroles incohérentes. Il a eu deux accès hier (chloral, 4 gr.).

11 *juin*. — Un accès hier. Ce matin l'*excitation maniaque* est remplacée par un état de *torpeur* très prononcé ; la respiration est rapide et embarrassée, avec un léger degré de stertor. On ne trouve de symptômes localisés ni dans la poitrine, ni dans l'abdomen. Pas de troubles de la sensibilité (ventouses sèches sur le thorax ; ventouses scarifiées à la nuque ; lotions vinaigrées ; sinapismes aux membres inférieurs ; potion cordiale). T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,4.

12 juin. — La stupeur a diminué. Lorsque l'on explore, par la piqûre, la sensibilité d'un des membres paralysés, on voit le membre correspondant du côté sain s'agiter de violents mouvements réflexes. T. R. 38°, 6. Lavement purgatif; potion de Todd; café).

21 juin. — Un accès; Car... n'en avait pas eu depuis le 10; amélioration.

Examen physique (22 juillet). — *Tête*: crâne symétrique; calvitie complète; la suture sagittale se dessine sous la peau, en forme de crête. L'occipital est déprimé au niveau de son articulation avec les pariétaux, le cuir chevelu présente une cicatrice en Y répondant exactement aux traits de suture. Le visage est asymétrique par suite de la paralysie faciale qui occupe le côté gauche. On note l'effacement du sillon naso-jugal, la déviation du nez, l'abaissement de la commissure buccale, en même temps que l'affaissement de la joue et du menton. La langue se dévie du côté paralysé.

Thorax et *abdomen* normalement conformés.

Membres supérieurs. — Le bras gauche est raide avec contraction; l'avant-bras et le poignet sont en pronation forcée avec demi-flexion: les doigts sont repliés sans raideur dans le creux de la main, tandis que le pouce se trouve en légère adduction. Du côté droit, l'attitude est normale.

La mensuration comparative des deux membres donne les résultats suivants:

	A DROITE.	A GAUCHE.
A 25 cent. au-dessous du coude.	25 cent.	20 cent.
Au niveau du coude (demi-flexion)	24 —	23 —
A 20 cent. au-dessous du coude.	21,5	18,5
A 5 cent. au-dessus du poignet.	17	15,3

Membres inférieurs. — A droite, le membre est dans l'extension et repose sur son bord externe. A gauche, il est également en extension, mais tend à croiser celui du côté opposé en se plaçant au-dessus. L'émaciation est appréciable à l'œil nu; la saillie rotulienne se détache nettement, et au-dessus du genou se dessine un méplat, dû à l'amaigrissement de la cuisse. Sur la jambe existent plusieurs cicatrices, d'origine traumatique. Le pied présente sur sa face dorsale, au niveau des métatarsiens, un empatement œdémateux et sur la peau on voit un lacis veineux très développé. La face plantaire, au niveau de la tête du premier métatarsien est le siège d'un *mal perforant*. L'ulcère af-

fecte les dimensions d'une pièce de 1 franc; le stylet s'y enfonce à une profondeur de 6 millimètres sans déterminer de douleur; tout autour existe la couche de squames épidermiques habituelle, au-dessus de laquelle la sensibilité reste normale. Voici les mensurations comparatives des deux membres :

	A DROITE.	A GAUCHE.
A mi-cuisse.	38 cent.	37 cent.
A 10 cent. au-dessus de la rotule.	33	32
Au genou (extension)	32	31
A la jarretière.	26,5	25
A mi-jambe	26	24
Au-dessous des malléoles.	22	22
Au cou-de-pied.	33	31
Articulation médio-tarsienne.	24	25
A l'avant-pied ¹	24	24,5.

Les réflexes tendineux sont normaux du côté droit tant au coude et au poignet qu'au niveau du tendon rotulien. A gauche, la percussion des tendons extenseurs au coude et au poignet ne détermine rien d'anormal, mais au genou l'exagération des oscillations de la jambe est très manifeste. Un choc très léger sur le tendon rotulien produit une forte secousse initiale, suivie d'une série d'oscillations décroissantes. L'extension brusque et forcée du premier orteil s'accompagne de la trépidation du membre. Après trois ou quatre essais de cette sorte, la trépidation, d'abord passagère, devient permanente, assez violente, et n'est plus influencée par l'extension de l'orteil. Elle dure environ 10 minutes et disparaît peu à peu.

La sensibilité générale est intacte des deux côtés; toutefois, il y a exagération des réflexes du côté gauche. Fonctions digestives normales; les battements du cœur, réguliers, sont sourds à l'auscultation; le second bruit est très effacé; pas de souffle. La poitrine est mate en arrière; dans ses deux tiers supérieurs, le murmure vésiculaire se perçoit difficilement.

L'affaissement intellectuel est considérable; le malade parle avec netteté, mais répond sans raison aux questions qu'on lui adresse. Depuis son entrée dans le service, il n'a pas travaillé; il passe son temps à fumer et à se promener dans la cour; il marche à l'aide d'une canne que ses compagnons lui enlèvent quelquefois, parce qu'il s'en sert pour les frapper; il raconte

¹ Les mesures plus élevées pour le pied gauche s'expliquent par l'existence d'un peu de gonflement.

souvent qu'il a été occupé chez le général Morin, où il astiquait les harnais, et demande sans cesse la même occupation ici. A une époque de son séjour, il s'était ingénié à boire son urine pour guérir ses accès d'épilepsie et à se faire tirer violemment le bras paralysé par d'autres malades, afin de guérir sa paralysie.

23 juillet. — Le malade, qui depuis quelque temps était revenu à son état normal, retombe aujourd'hui dans la *stupeur* et l'adynamie; l'oppression est intense (50 respirations par minute). Les pommettes sont rouges. Le pouls est petit, rapide, assez régulier, à 130.

A l'auscultation, on perçoit des râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine; le murmure vésiculaire s'entend difficilement. Il existe de la matité dans toute l'étendue du thorax. Les vibrations vocales sont exagérées.

La sensibilité est normale des deux côtés; les réflexes sont plus prononcés du côté gauche. (Vomitif; vésicatoire; potion avec rhum et extrait de quinquina.) — Soir : T. R. 39°, 2.

24 juillet. — L'état adynamique s'accroît. Les lèvres et la langue se recouvrent de fuliginosités; la dyspnée augmente. On entend dans le poumon gauche à la partie supérieure un souffle bronchique profond, masqué en partie par de nombreux râles sous-répétants. A droite, mêmes râles. Le malade comprend les questions qu'on lui adresse et y répond à peu près exactement. T. R. 39°, 2.

25 juillet. — Mort à trois heures de l'après-midi.

AUTOPSIE vingt-quatre heures après la mort. Absence de rigidité cadavérique.

Thorax. — Il existe quelques adhérences pleurales récentes en arrière et à gauche. Tout le poumon droit est friable, dense, crépité légèrement et surnage. A la coupe, il s'écoule une sérosité abondante et non purulente. Le parenchyme est farci d'une multitude de noyaux caséeux dont le volume varie de celui d'un mil à celui d'une lentille. Le poumon gauche présente dans son lobe inférieur, au niveau de la gouttière costo-vertébrale, un foyer de la largeur de la main; le parenchyme est déprimé, d'une teinte feuille-morte à la surface; il existe en outre trois ouvertures vraisemblablement artificielles et produites par la pression du doigt qui a dû rompre les adhérences pleurales. Elles donnent accès dans une vaste caverne à parois déchiquetées. Le reste du lobe est induré; son tissu est comme

carnifié, ne crépite pas, et plonge quand on le jette dans l'eau. Les vaisseaux sanguins, voisins de la caverne, sont obstrués par des caillots récents. Le contenu du foyer est constitué par un putrilage gris ardoisé, avec un liquide sanieux, noirâtre et fétide qui s'écoule par les bronches. Le lobe inférieur renferme de plus, en outre de quelques noyaux de *gangrène* analogues au précédent, mais plus petits, un semis de nodules de broncho-pneumonie caséuse, identiques à ceux du poumon droit. Le lobe supérieur est intact. Les ganglions péribronchiques sont volumineux, indurés et anthracosés. — *Cœur* : 430 gr. Surcharge grasseuse, principalement sur la face antérieure. Pas de lésions valvulaires. Le ventricule gauche renferme un caillot fibrineux avec des traces de stratification. L'oreillette contient un caillot noir, volumineux et récent.

Abdomen. — *Foie*, 300 gr. normal. *Rate*, 130 gr., diffluent. — *Reins* : 550 gr. chacun ; l'altération sénile est très marquée, surface granuleuse ; cicatrices rayonnées dues à d'anciens kystes superficiels ; surcharge grasseuse des calices et bassinets. — *Estomac* : la muqueuse est saine. L'organe renferme des produits noirâtres, semblables au putrilage pulmonaire. — L'*intestin* et la *vessie* sont intacts.

Tête. — Le *cuir chevelu* est très épais et très adhérent ; la calotte crânienne est dure et épaisse ; la dure-mère est fortement fixée aux sutures de la voûte d'une part, et à la pie-mère de l'autre. Le *liquide céphalo-rachidien* est assez abondant.

Encéphale, 1,160 gr. La surface est un peu lavée ; les *artères*, les *nerfs* de la base sont sains. Le *tubercule mamillaire droit* est d'un tiers plus petit que le gauche, et de coloration normale. Le *pédoncule cérébral droit* est notablement atrophié, aplati et moins large que le gauche ; il en est de même de la moitié droite de la *protubérance*. La *pyramide antérieure droite* est représentée par un cordon aplati de teinte grisâtre et sur le même niveau que l'olive correspondante. En somme, *la moitié droite de l'isthme de l'encéphale est moitié moins volumineuse que celle du côté opposé*. Sur une coupe, la surface de section du pédoncule cérébral droit est de deux tiers moindre à droite qu'à gauche. Les *tubercules quadrijumeaux* sont normaux. L'*hémisphère cérébral droit* pèse 140 grammes de moins que le gauche, et sa longueur est moindre d'un centimètre. Le cerveau pèse 970 grammes. — Le *cervelet* est sain ; ses deux hémisphères sont égaux.

Hémisphère cérébral gauche. — La décortication est facile; les circonvolutions se dessinent nettement; il n'y a rien d'anormal, tant à la surface que dans les *noyaux gris centraux* (Fig 9).

Hémisphère droit. — A travers les méninges on aperçoit une dépression considérable au niveau du *lobule de l'insula* et du lobe sphénoïdal. Partout la pie-mère se détache aisément, sauf sur les points dont nous venons de parler, où elle est épaissie et d'une couleur brune, rougeâtre, un peu ochreuse. La dé-

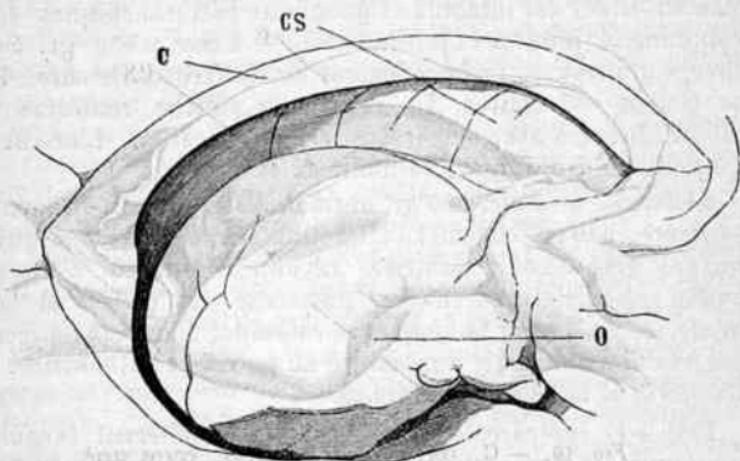


Fig. 9. — C, corps calleux. — C. S., corps strié.
O., couche optique.

pression superficielle est comblée par un réservoir du liquide céphalo-rachidien. La pie-mère enlevée, l'hémisphère se montre aplati. On trouve un foyer atrophique qui a détruit : 1° toute la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale (le reste de cette circonvolution n'est qu'amaigri); 2° la partie inférieure de la frontale et de la pariétale ascendantes, le pli qui unit l'extrémité inférieure de ces deux circonvolutions; 3° la plus grande partie du lobule du pli courbe (PL. VI, P₂). Le *lobule de l'insula*, dans sa totalité, est détruit, il ne reste plus aucune trace des digitations; la première temporo-sphénoïdale et la partie postérieure de la seconde circonvolution offrent la même altération.

Le parenchyme est remplacé par une sorte de membrane d'aspect gélatineux, de consistance mollasse et de coloration rougeâtre, sur le lobule de l'insula, de telle sorte que, entre

l'extérieur et la paroi ventriculaire, il n'existe plus qu'une mince couche de substance blanche. Les circonvolutions du voisinage sont atrophiées, sans changement de couleur. (Pl. VI.)

Le *corps strié*, considérablement réduit dans son volume, n'existe plus que sous forme de deux petits noyaux du volume d'un gros haricot. La *couche optique* est diminuée d'au moins les deux tiers de son volume et déformée. La paroi du ventricule latéral est amincie; et sur le plancher de cette cavité, on

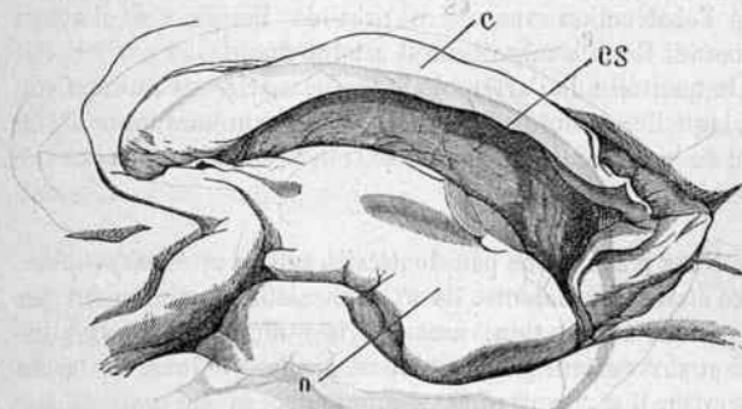


Fig. 10. — C., corps calleux. — C. S., corps strié.
O., couche optique.

voit se lever un faisceau de vaisseaux sanguins. (Fig. 10). Sur la coupe des masses centrales grises, on ne découvre pas de foyer. — La capacité du ventricule est sensiblement accrue.

Considéré dans son ensemble, l'hémisphère cérébral droit est moins long, moins épais et moins haut que l'hémisphère gauche. Déjà la différence de poids (140 gr.) que nous avons indiquée le faisait pressentir, mais les chiffres suivants en donnent une idée exacte :

	DROIT.	GAUCHE.
Longueur des hémisphères.	14 c. 5	15 c. 3
Hauteur	9 c. 5	10 c. 5
Épaisseur	3 c.	5 c.

En résumé, la lésion a porté sur la totalité du lobule de l'insula et sur toute la partie des circonvolutions que l'on a désigné longtemps sous le nom de *circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius*.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous offre un exemple remarquable de l'enchaînement régulier des altérations qui se développent dans l'axe cérébro-spinal consécutivement à une lésion cérébrale en foyer, ayant causé une *hémiplegie* et secondairement une *sclérose fasciculée* descendante de la moelle.

I. Il est probable, dans notre cas, que c'est sous l'influence des efforts de défécation du malade qu'un caillot est venu produire l'obstruction vasculaire près de l'origine de l'artère sylvienne. Cette localisation est rendue manifeste par ce fait que le territoire de l'artère de la troisième circonvolution frontale, laquelle, comme on sait, se détache prématurément du tronc de la cérébrale moyenne, se trouve englobé dans la zone ischémisée.

II. Nous n'avons que peu de détails sur les *accès d'épilepsie* : on les disait très violents. Ils s'annonçaient généralement par une période d'excitation, accompagnée d'une céphalalgie intense et survenaient principalement pendant le jour. A la fin de la crise, il n'y avait ni écume buccale, ni évacuations involontaires; maintes fois ils ont été compliqués d'excitation maniaque, en général passagère, et à laquelle succédait parfois, ainsi que nous l'avons observé nous-mêmes en juin dernier, un état de torpeur qui persistait deux ou trois jours. Il serait difficile, en présence de cette pénurie de données cliniques, d'affirmer s'il s'agit dans ce cas d'épilepsie vulgaire ou d'épilepsie jacksonienne. En faveur de cette dernière hypothèse, on pourrait invoquer l'intensité des phénomènes cephaliques, qui précédaient et suivaient la crise. Mais, d'autre part, les accès survenus six ans après l'apoplexie sont allés sans cesse en augmentant, ainsi que cela a lieu le plus souvent dans l'épilepsie vulgaire. Voici d'ailleurs, leur marche de 1871 à 1881 :

1868-1870, pas de renseignements.	1876..... 46 accès.
1871..... 35 accès.	1877..... 85 —
1872..... 43 —	1878..... 112 —
1873..... 17 —	1879..... 111 —
1874..... 48 —	1880..... 454 —
1875..... 51 —	1881 (7 mois). 39 accès.

III. L'*intelligence* diminuait en même temps que les sentiments affectifs; sa femme était morte et, néanmoins, il la réclamait non pas par affection, mais pour avoir quelques douces. Cette déchéance intellectuelle vient appuyer l'idée d'une épilepsie vulgaire, car, dans l'épilepsie hémiplegique, l'*intelligence*, en général, ne subit pas d'atteinte; elle reste la même. La *santé physique* se maintenait en apparence: le malade allait et venait, ne toussait pas et ne paraissait pas avoir d'oppression; sa voix restait forte; rien en un mot ne faisait sentir l'existence des lésions pulmonaires, à marche chronique, que nous avons rencontrées à l'autopsie. — Le développement de lésions organiques graves, sans réaction appréciable, n'est pas chose rare chez les malades, comme le nôtre, atteints de démence ou de débilité mentale.

IV. Nous croyons inutile de revenir sur les caractères et le siège de la lésion. Toutefois, nous devons signaler l'*absence d'aphasie*, avec une lésion de la *partie postérieure de la troisième circonvolution frontale DROITE*, ce qui vient à l'appui de la théorie qui localise la *faculté du langage* dans la région correspondante de l'hémisphère GAUCHE. Nous devons signaler aussi cette *atrophie*, ou si l'on préfère, cet amaigrissement général des circonvolutions de toute la face convexe de l'hémisphère droit, conséquence d'une lésion survenue à *trente-six ans*. Quel est le rôle de la lésion du lobule de l'insula dans cette atrophie?

V. La *dégénération secondaire* partie du foyer périphérique, qui avait détruit le lobule de l'insula, les parties avoisinantes des circonvolutions (et en particulier de la frontale et de la pariétale ascendantes), et produit une atrophie considérable de la couche optique et du corps strié (*Fig. 9 et 10*), s'est propagée à la moelle en atrophiant sur son passage une partie de la couronne rayonnante de Reil et des noyaux gris centraux. D'autre part, il est facile de suivre à l'œil nu les traces de la *sclérose descendante* à travers l'étage inférieur de la *protubérance*, du *pédoncule cérébral* et la *pyramide antérieure* du bulbe, etc. Pour ce qui est de l'existence de la sclérose fasci-

culée dans les cordons latéraux, elle était rendue évidente, pendant la vie, par les phénomènes d'*épilepsie spinale*, l'exagération des *réflexes tendineux* et la *contracture*.

VI. Nous signalerons enfin, comme dernière particularité, la coïncidence du *mal perforant plantaire* avec l'*hémiplegie* sur le côté gauche. L'apparition de cette ulcération sur un membre condamné à une inaction fonctionnelle relative, et par conséquent en dehors des causes externes généralement considérées comme déterminantes du mal perforant, nous permet de ne considérer cette lésion, dans le cas actuel, que comme un simple trouble trophique d'origine centrale. On pourrait donc invoquer ce fait comme preuve à l'appui de la théorie qui considère le mal perforant comme une affection de nature essentiellement nerveuse¹.

EXPLICATION DE LA PLANCHE VI

L, I, foyer ancien ayant détruit le lobule de l'insula.

*F*², partie atrophiée de la troisième circonvolution frontale.

*F*¹, circonvolution frontale ascendante dont la partie inférieure est atrophiée.

*P*¹, circonvolution pariétale ascendante dont l'extrémité inférieure est atrophiée.

*T*¹, lésion de la première circonvolution temporo-sphénoïdale.

*T*², deuxième circonvolution temporale dont l'extrémité postérieure est lésée.

*P*², lobule du pli courbe.

L. O, lobe orbitaire (face inférieure du lobe frontal).

M, membrane résultant : 1^o des replis de la pie-mère qui enveloppaient entre autres la première circonvolution temporale et le lobule pariétal inférieur; — 2^o des débris de ces mêmes circonvolutions.

¹ Voir sur ce sujet : Duret, *Archives de Physiologie*, 1874; — Charcot et Pitres, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877; — Grasset, *Des localisations dans les maladies cérébrales*; — H. de Boyer, *Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux*; — Ferrier, *De la localisation dans les maladies du cerveau*; travaux où sont consignées la plupart des observations connues relatives aux lésions du lobule de l'insula.

REVUE CRITIQUE

CARACTÈRE, MŒURS, ÉTAT MENTAL DES HYSTÉRIQUES¹

Par le Dr HENRI HUCHARD, médecin de l'hôpital Tenon.

Tous les auteurs qui ont décrit l'hystérie, s'étendent avec un soin jaloux sur la description complète des accidents convulsifs, des troubles sensitifs et moteurs, des phénomènes viscéraux, que la grande névrose peut produire; mais aucun d'eux n'insiste d'une façon particulière sur l'état des facultés mentales ou affectives; aucun d'eux ne nous montre l'hystérique au point de vue moral et intellectuel avec les tendances et les traits si saillants de son caractère. Et cependant, il n'y a pas de question qui puisse davantage intéresser le clinicien et le médecin légiste, il n'y en a pas qui puisse également devenir un sujet d'étude plus important pour le psychologue et le moraliste, en raison du rôle que les hystériques peuvent jouer dans les sphères petites ou grandes de la société où elles sont trop souvent méconnues. On a donc eu absolument tort de laisser dans l'ombre cette étude si intéressante; et c'est pour combler cette lacune, qu'il nous a semblé utile de réunir dans une vue d'ensemble tout ce que l'on sait sur ce sujet, en nous inspirant non seulement de nos recherches personnelles, mais aussi des observations rapportées par nos devanciers, Tardieu, Moreau (de Tours), Lasègue, Legrand du Saulle, Charcot, Bourneville, etc.

Les hystériques peuvent présenter pendant leur existence des troubles intellectuels ou de simples aberrations de caractère sans avoir ni attaques, ni autres manifestations de la névrose; d'autres fois aussi, les perversions intellectuelles ou mentales peuvent précéder pendant un temps plus ou moins

¹ Extrait d'un ouvrage sur les NÉVROSES, qui doit incessamment paraître.

long les manifestations somatiques ; plus souvent elles leur succèdent, soit immédiatement, soit longtemps après.

I. Un premier trait de leur caractère est la *mobilité*. Elles passent d'un jour à l'autre, d'une heure ou d'une minute à une autre, avec une incroyable rapidité, de la joie à la tristesse, du rire aux pleurs ; versatiles, fantasques ou capricieuses, elles parlent dans certains moments avec une loquacité et une animation étonnantes, tandis que dans d'autres elles deviennent sombres et taciturnes, gardent un mutisme complet, restent plongées dans un état de rêverie, de dépression mentale dont on peut difficilement les faire sortir ; elles sont alors prises d'un sentiment vague et indéfinissable de tristesse avec sensation de serrement à la gorge, de boule ascendante, d'oppression épigastrique, et éclatent en sanglots, ou elles vont cacher leurs larmes dans la solitude qu'elles réclament et qu'elles recherchent ; d'autres fois, au contraire, elles se mettent à rire d'une façon immodérée, sans motif sérieux. Elles se comportent en un mot, dit M. Ch. Richet, « comme les enfants que l'on fait rire aux éclats alors qu'ils ont encore sur la joue les larmes qu'ils viennent de répandre ».

Leur caractère change comme les vues d'un kaléidoscope, ce qui a pu faire dire avec raison par Sydenham, que ce qu'il y a de plus constant chez elles c'est leur inconstance. Hier elles étaient enjouées, aimables et gracieuses, aujourd'hui elles sont de mauvaise humeur, irascibles et susceptibles, se fâchant de tout et de rien, indociles par système, taquines par parti pris, maussades par caprice, mécontentes de leur sort ; rien ne les intéresse, elles s'ennuient de tout. Elles éprouvent une antipathie très grande contre une personne qu'hier elles aimaient et estimaient, ou au contraire d'une sympathie incompréhensible pour telle autre ; aussi poursuivent-elles de leur haine certaines personnes avec autant d'acharnement qu'elles avaient autrefois mis de persistance à les entourer d'affection. — Bergeret d'Arbois nous montre une hystérique qui fait condamner à plusieurs mois d'emprisonnement, et même à cinq ans de réclusion, des innocents pour lesquels elle avait conçu un violent sentiment de haine¹. — C'est encore là l'histoire si souvent renouvelée du malheureux mari qu'hier elles aimaient tendrement, et qu'au-

¹ *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1863.

jourd'hui elles ne peuvent plus voir ; elles se plaignent alors de ne plus recevoir les preuves d'une affection qu'elles repoussent, portent contre leur mari des accusations sans nombre et sans nom ; de là, dans le foyer domestique, des troubles et des discussions sans cesse alimentées par leur esprit d'agression, par leur imagination féconde et désordonnée, de là aussi ces demandes, ces procès en séparation de corps, où les hystériques accusent, se défendent pendant des heures avec une lucidité parfaite, avec un accent de conviction et de sincérité bien propre à émouvoir les juges en leur faveur.

Parfois, leur sensibilité est exaltée au plus haut point pour les motifs les plus futiles, alors qu'elle est à peine touchée par les plus grandes émotions : elles restent presque indifférentes, impassibles même à l'annonce d'un vrai malheur, elles deviennent tout à coup d'une extrême susceptibilité, versent d'abondantes larmes, s'abandonnent au désespoir le plus profond pour une simple parole mal interprétée, et transforment en offense la plus légère plaisanterie. Cette sorte d'*ataxie morale* s'observe encore pour leurs intérêts les plus chers : celle-ci assiste avec l'indifférence la plus complète à l'inconduite de son mari, celle-là reste froide devant le danger qui menace sa fortune. « Tour à tour douces et emportées, dit Moreau (de Tours), bienfaisantes et cruelles, impressionnables à l'excès, rarement maîtresses de leur premier mouvement, incapables de résister à des impulsions de la nature la plus opposée..., présentant un défaut d'équilibre entre les facultés morales supérieures, la volonté, la conscience, et les facultés inférieures, instincts, passions, désirs. »

Cette extrême mobilité dans leur état d'esprit et dans leurs dispositions affectives, cette instabilité de leur caractère, ce défaut de fixité, cette absence de stabilité dans leurs idées et leurs volitions, rendent compte aussi de l'impossibilité où elles se trouvent, de porter longtemps leur attention sur une lecture, sur une étude, sur un travail quelconque.

Tous ces changements se produisent avec la plus grande rapidité ; chez elles, les impulsions ne sont pas, comme chez les épileptiques, privées absolument du contrôle de l'intelligence, mais elles sont vivement suivies de l'acte. C'est ce qui explique ces mouvements subits de colère et d'indignation, ces enthousiasmes irréfléchis, ces affolements de désespoir, ces explosions de gaieté folle, ces grands élans d'affection, ces

attendrissements rapides ou ces brusques emportements pendant lesquels, agissant comme des enfants gâtés, elles trépignent du pied, brisent les meubles et éprouvent le besoin irrésistible de frapper.

Lorsque les hystériques sont réunies, comme dans un service d'hôpital par exemple, leurs mœurs présentent des caractères importants à étudier : elles se recherchent volontiers, forment des groupes isolés, fuyant avec un certain orgueil la société des épileptiques pour lesquelles elles n'ont pas assez de mépris ; mais elles deviennent vite jalouses entre elles, ourdissent de petits complots les unes contre les autres, portent *l'esprit de dénonciation* jusqu'à s'accuser des moindres faits, puis, leurs amitiés éphémères sitôt mortes que nées, elles se séparent bien vite et se querellent ou se disputent pour les motifs les moins sérieux. Comme elles ont aussi le *caractère enfantin* et qu'elles sont exposées entre elles à une sorte de contagion ou d'imitation nerveuse, on les voit organisant de mesquines conspirations d'indiscipline ou de rébellion ; on les voit encore toutes prises d'un fou rire à propos de rien, d'un homme qui passe, de la pluie qui tombe, d'une mouche qui vole ; puis ce sont des récriminations, des reproches, des lamentations, des larmes sans fin. Dans un service renfermant des épileptiques et des hystériques, on reconnaît souvent celles-ci par l'habitude qu'elles ont de mettre des fleurs au chevet de leur lit, de s'orner la tête de rubans (ordinairement rouges ou bleus), de porter une cravate aux couleurs éclatantes ; et, comme il est dit que tout est contraste dans leur caractère ou leurs manières d'être, il est intéressant de les voir avec ces parures et ces fleurs sur la tête, marcher par une pluie battante à l'approche de leur délire ou de leurs accès convulsifs, pieds nus, les vêtements en désordre et les cheveux au vent¹.

II. Un second trait de leur caractère est un esprit d'*opposition*, de *contradiction*, de *controverse*. Elles mettent autant d'insistance à nier qu'à affirmer, à refuser aujourd'hui ce qu'elles ont demandé, réclamé, exigé hier ; elles éprouvent un secret plaisir à combattre avec une assurance qui n'a d'égalé que

¹ M. Bourneville a judicieusement insisté sur ces derniers détails dans *l'Iconographie photographique de la Salpêtrière* (1876-1880).

leur absence de conviction, l'opinion contre laquelle elles se seraient révoltées autrefois, ou encore à provoquer autour d'elles l'étonnement et la stupéfaction par des thèses plus ou moins extraordinaires et paradoxales qu'elles soutiennent.

Elles sont surtout affectées de ce subdélire ou de cet *état malicieux* (ainsi désigné par M. Dally)¹, qui les porte à organiser des intrigues, des querelles, des brouilles, à créer des embarras, à écrire des lettres anonymes pour semer la discorde, à simuler des maladies pour le singulier plaisir de faire naître dans leur entourage de grandes inquiétudes. — Une jeune fille ne veut pas absolument manger; sa famille éplorée joint les supplications aux prières, quand on s'aperçoit qu'un jour elle prend des aliments en cachette. — Une autre annonce qu'elle a résolu de mourir tel jour à telle heure; comme on a l'air de ne pas croire à sa parole, elle s'irrite et reste pendant trois jours consécutifs faisant la morte, avec une force de volonté telle qu'elle résiste aux excitations les plus vives employées pour la tirer de cette espèce de coma. Bientôt elle se lève enchantée, fière et radieuse du tour qu'elle a joué et de l'étonnement qu'elle a dû produire; elle avoue plus tard qu'elle a simplement joué la comédie.

C'est qu'elles aiment porter tout à l'extrême, ne sachant pas vivre avec simplicité; c'est qu'elles exagèrent tous leurs sentiments, l'indifférence comme l'enthousiasme, l'affection comme l'antipathie, la tendresse comme la haine, la joie comme le désespoir, et qu'elles dramatisent tout sur la grande scène du monde où elles sont et restent toujours de vraies comédiennes. Elles veulent qu'on s'occupe d'elles, qu'on les plaigne, qu'on s'intéresse à leurs petites comme à leurs grandes misères. Aussi n'épargnent-elles aucune ruse, aucune invention pour arriver à ce résultat.

Ce besoin de *simuler*, d'attirer l'attention sur leurs actes, d'étaler une certaine mise en scène, ce désir de faire parler d'elles, d'affecter des poses théâtrales, sont tellement irrésistibles qu'ils les poussent souvent à se déchirer, à se mutiler et même à jouer la comédie du suicide. — Le malheureux atteint de spleen ou de désespoir, qui veut attenter sérieusement à ses jours, fait ses préparatifs en silence, loin de tout regard indis-

¹ Dally. — *De l'état et du délire malicieux* (Ann. med. psych. 1877, p. 356).

cret; l'aliéné frappé de manie aiguë se donne la mort avec une sorte d'instantanéité irréfléchie; c'est pour fuir souvent des ennemis et un danger imaginaires, que l'alcoolique se précipite par une fenêtre ou se jette à l'eau; et le lyémanique poursuivi et harcelé sans cesse par ses idées de suicide, reste longtemps sans en rien dire à personne, hésitant et troublé encore dans l'accomplissement de l'acte qui doit mettre fin à son existence... L'hystérique agit autrement, elle déclare souvent bien des jours et des mois à l'avance qu'elle est lasse de la vie, elle annonce *urbi et orbi* qu'elle veut se tuer, et tout en cherchant avec un certain art à déjouer la surveillance de son entourage, elle ne manquera pas de laisser percer son dessein par certaines paroles ou certains sous-entendus assez adroitement imaginés, elle aura bien soin d'être vue au milieu de ses préparatifs, ou s'arrangera toujours de manière à recevoir un prompt secours au moment opportun. — Une des malades de la Salpêtrière a l'idée, sans trop savoir pourquoi, de se précipiter du haut du puits de Grenelle et l'on arrive naturellement à temps pour la retenir; un autre jour elle prend un flacon de chloroforme et s'enferme dans les lieux d'aisances pour s'empoisonner, dit-elle; puis elle se pratique une saignée avec des ciseaux; enfin une autre fois elle prend sans cause vingt pilules de belladone et annonce avec une satisfaction mal feinte ou mal contenue qu'elle a voulu attenter à ses jours. C'est bien la même malade qui dans sa jeunesse s'est opérée la section du mamelon. — Une autre hystérique effrayait tous les soirs son entourage par ses menaces répétées de se jeter par la fenêtre. Sa famille affolée, qui avait tort de la prendre au sérieux, l'attache afin de la mettre dans l'impossibilité d'exécuter son projet. Sur ces entrefaites, le D^r Hammond arrive, la délivre de ses liens et de ses entraves, puis il lui déclare qu'elle est libre; elle court à la fenêtre, regarde un instant, et revient à son lit en adressant au médecin quelques éphithètes malsonnantes. Elle n'a jamais recommencé¹.

Le rôle du médecin est donc de ne pas trop ajouter foi à ces menaces; mais il ne faut pas non plus qu'il mette la comédienne trop ouvertement et en face du monde au défi d'accomplir un acte longtemps annoncé d'avance, car l'hystérique est sou-

¹ Hammond. — *Maladies du système nerveux*. Trad. française, 1879.

vent *vaniteuse et orgueilleuse* ; elle est essentiellement la femme prompte aux coups de tête, sujette à tout faire « par toquade », et poussée par cet orgueil incompréhensible ou par un faux amour-propre, elle voudra mettre sérieusement à exécution le projet qu'on a traité trop légèrement. — La marquise de Prie, la trop célèbre maîtresse du duc de Bourbon, après avoir été exilée de la cour et dépitée de son abandon, annonce qu'elle va se donner la mort, tel mois, tel jour, telle heure ; elle convie ses amies à des danses, donne des fêtes, paraît gaie, animée, pleine d'entrain ; le soir elle parle encore en présence de son nouvel amant de sa détermination formelle, qui est accueillie par des sourires d'incrédulité. Celui-ci, croyant à une mystification, lui donne le poison de sa propre main, et il ne se rend à l'évidence que lorsqu'il est devenu impossible de lui porter secours (Taguet).

Quel est le plus souvent le but de ces tentatives de suicide ? Une malade observée par M. Taguet¹ va nous l'apprendre : Cette jeune femme était unie à un mari pour lequel elle ressentit d'abord une réelle affection. Au bout d'un certain temps, elle prend un malin plaisir à lui faire de la peine et toutes ses actions concourent vers ce but singulier : elle lui déclare qu'elle est lasse de son amour, et pour aiguillonner sa jalousie, lui annonce qu'elle va courir les aventures galantes ; elle n'en fait rien et reste vertueuse. C'est alors qu'elle imagine la simulation du suicide : on laisse à sa disposition quatre pilules purgatives qu'on lui dit renfermer de fortes doses d'opium, les pilules disparaissent, il n'y eut pas naturellement d'effet purgatif puisqu'elles n'avaient pas été ingérées, et la malade simule assez grossièrement une intoxication par l'opium ; un jour elle force la serrure d'un placard, fait disparaître un flacon renfermant deux grammes de morphine pour injections sous-cutanées et vient annoncer avec une certaine fierté et une certaine ostentation qu'elle a absorbé tout le flacon, ce qui était faux ; elle essaie enfin de se pendre aux rideaux de son lit, après avoir pris la précaution d'ouvrir la porte de sa chambre, afin qu'on pût la voir et la secourir. — Or, fait important à constater, cette malade renouvelait ses menaces et ses tentatives chaque fois que son mari venait la visiter, et qu'elle se voyait observée par les médecins. Quelle est la conclusion à tirer de ces faits ? C'est que, —

¹ Taguet. — *Annales méd. psych.*, 1877.

comme pour l'anorexie hystérique, qui est plutôt le résultat d'un état mental que d'un état gastrique, — l'entourage est l'obstacle à la guérison, c'est que l'isolement de la malade et le changement de milieu doivent être impérieusement, formellement réclamés, parce qu'ils sont les seuls moyens curatifs dont nous disposons en pareille circonstance.

III. Les hystériques sont donc remarquables par leur esprit *de duplicité, de mensonge, de simulation*. « Un trait commun les caractérise, dit Tardieu, c'est la simulation instinctive, le besoin invétéré et incessant de mentir sans cesse, sans objet, uniquement pour mentir, cela non seulement en paroles, mais encore en actions, par une sorte de mise en scène, où l'imagination joue le principal rôle, enfante les péripéties les plus inconcevables et se porte quelquefois aux extrémités les plus funestes ¹ ». « Elles portent encore, dit Morel, la manie analytique du soupçon jusque dans ses dernières limites. Elles se noient dans les suppositions les plus bizarres, les plus fausses, les plus ridicules et les plus injustes. L'amour de la vérité n'étant pas, d'un autre côté, la vertu dominante de leur caractère, elles n'exposent jamais les faits dans leur réalité, et trompent aussi bien leurs maris, leurs parents que leurs confesseurs et leurs médecins². »

Exagérant leur mal, inventant même des maladies dont elles ne sont pas atteintes, elles éprouvent une satisfaction secrète à tromper les personnes qui les entourent, et surtout les médecins, lorsque ceux-ci paraissent s'occuper d'elles et s'intéresser scientifiquement à leur affection. — Chomel, qui ne voulait plus s'occuper des hystériques parce qu'il avait été souvent trompé par elles, aimait à raconter l'histoire suivante : Une malade entre dans son service, présentant des phénomènes nerveux dont la bizarrerie et l'étrangeté l'intéressent vivement ; il rédige soigneusement son observation, prend des notes, reste près d'elle pendant plus d'une heure, puis quand l'interrogatoire lui semble épuisé, il lui demande si elle n'a plus rien à dire : « Oui, monsieur, répond-elle, c'est que de tout ce que je vous ai dit, il n'y a pas un mot de vrai. » Cette boutade, hâtons-nous de le dire, nous étonne de la part

¹ Tardieu. — *Étude médico-légale sur la folie*, Paris, 1880.

² Morel. — *Études cliniques*.

d'une hystérique, qui ne convient pas volontiers de ses mensonges, qui a l'esprit de ruse et de dissimulation porté parfois jusqu'à ses dernières limites, et qui montre toujours une certaine ténacité et une persévérance extraordinaire dans la narration des faits qu'elle invente.

Il n'est pas de supercherie qu'elles n'imaginent pour satisfaire leur besoin souvent irrésistible de se rendre intéressantes, de faire parler d'elles et de se poser sur une sorte de piédestal. C'est ainsi qu'elles exagèrent leurs mouvements convulsifs, qu'elles se plaignent de maux incroyables et qu'elles peuvent s'astreindre, par une persistance qui contraste singulièrement avec la mobilité et l'inconstance de leur caractère, à des actes souvent monstrueux, ou à des pratiques repoussantes :— Une jeune fille hystérique est prise de vomissements dont l'aspect rappelle absolument celui de l'urine ; tous les matins on la sonde et dans la journée les vomissements ne reparaisent plus, puis comme on pense à la possibilité d'une supercherie, on fait surveiller la jeune malade, et on ne tarde pas à la surprendre buvant ses urines en cachette tous les matins¹.

Ces faits de simulation ne sont pas rares : « On les rencontre à chaque pas dans l'histoire de l'hystérie, dit M. Charcot², et l'on se surprend quelquefois à admirer la sagacité ou la ténacité inouïe que les femmes qui sont sous le coup de la grande névrose mettent en œuvre pour tromper, ... surtout lorsque la victime de l'imposture doit être un médecin. Dans l'espèce, il ne paraît pas démontré que la parurie erratique des hystériques ait été jamais simulée de toutes pièces et pour ainsi dire créée par les malades. En revanche, il est incontestable que, dans une foule de cas, elles se sont plu à dénaturer, en les exagérant, les principales circonstances du cas, et à lui imprimer le cachet de l'extraordinaire, du merveilleux. Voici, en général, comment les choses se passent : l'anurie ou l'ischurie avec les vomissements existent seuls pendant un certain temps, et le phénomène est réduit par conséquent à sa plus grande simplicité. Mais bientôt, principalement si les accidents semblent exciter l'intérêt et la curiosité des médecins, de l'urine pure sera expulsée par les vomissements, en quantité considérable ; il

¹ Duponchel. — *De la folie hystérique*. Thèse de Paris, 1874.

² *Leçons sur les maladies du système nerveux*. T. I, p. 128.

en sortira par les oreilles, par le nombril, par les yeux et même par le nez, ainsi que cela eut encore lieu dans un fait récent. Enfin, si l'admiration est poussée à son comble, il s'y joindra peut-être des vomissements de matières fécales.»

Les médecins ne sont pas les seuls trompés par ces supercheries. Que de fois aussi les hystériques se sont-elles jouées de la crédulité publique en annonçant à des populations ignorantes, superstitieuses et trop souvent avides du surnaturel, des apparitions miraculeuses, ou des faits extraordinaires qui avaient le tort de n'exister que dans leur imagination et dans leur esprit inépuisable d'invention et de mensonge ! Et pour citer un exemple des plus récents, n'a-t-on pas vu dernièrement une hystérique simuler les plaies et les blessures des véritables stigmatisées¹ !

C'est ainsi que se posant en victimes ou en héroïnes, elles inventent mille histoires mensongères où le vrai et le faux est mêlé avec un art si parfait que la justice peut être facilement déroutée : — En 1873, M^{lle} de M..., âgée de dix-huit ans, accuse le vicaire de la paroisse de l'avoir violée ; elle raconte que tel jour, telle heure, alors qu'elle se trouvait en prière à l'église, le vicaire s'approcha d'elle après avoir fermé toutes les portes et la pria de l'accompagner dans la sacristie ; là le vicaire lui fait une déclaration brûlante et comme elle résiste, il fait mine de se porter un poignard au cœur ; elle s'évanouit, dit-elle, et lorsqu'elle a repris ses sens, elle était violée. A la cour d'assises, les médecins légistes l'interrogent sur le *modus faciendi*, et comme elle répond par des détails enfantins, on l'examine et on la trouve absolument vierge, sans trace de violence extérieure. — Une jeune fille très pieuse se fait un jour avec une paire de ciseaux plus de six cents incisions sur tout le corps, puis elle prétend que ces blessures sont l'œuvre d'un individu qui a voulu lui infliger le dernier outrage. Pressée de questions par M. Toulmouche (de Rennes), elle finit par avouer qu'elle s'est volontairement pratiqué ces nombreuses blessures, et cette singulière comédie a précédé de peu une attaque d'hystérie des mieux caractérisées².

¹ Ball. — *La stigmatisée de S...* (*L'Encéphale*, 1881.)

² Toulmouche. — *Consultations médico-légales sur deux cas assez rares d'aberration mentale.* (*Ann. d'hyg. pub. et de méd. légale*, Paris, 1853). — Voyez aussi Legrand du Saule : *Etude médico-légale sur l'hystérie et sur le degré de responsabilité des hystériques*, etc. (*Gaz. des hôp.*, 1859, p. 145.) — Bulard, thèse de Montpellier, 1858. — Duponchel et Chabrun, thèses de Paris, 1874 et 1878 ; etc.

Quelquefois elles s'accusent elles-mêmes, ce qui détourne davantage les soupçons, elles imaginent de toutes pièces un crime dans un but qu'on ne peut concevoir ni définir, elles en indiquent les circonstances et les péripéties avec un luxe et une précision de détails qui ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit du magistrat, et cependant tout le récit est faux d'un bout à l'autre. Telle, il y a peu de temps, cette jeune fille qui se dénonce et s'accuse d'avoir tué un jeune homme sur le bord d'une pièce d'eau où il était ensuite tombé. On ne retrouve pas le cadavre et l'on acquiert bientôt la certitude qu'il s'agissait d'une hystérique et d'une histoire inventée par elle.

— D'autres fois encore elles se plaisent à mystifier toute une population : Tout à coup, dit M. Legrand du Saulle, il survient dans un pays de grandes divisions entre diverses familles qui cessent de se fréquenter parce qu'elles ont reçu des lettres anonymes. C'est que dans ce pays, il y a souvent une femme hystérique au courant des histoires de tout le monde et qui est entrée dans la voie des lettres anonymes, éprouvant un certain plaisir à semer partout la discorde. — M. Lasègue raconte l'histoire suivante qui, pendant quelques années, a ému plusieurs têtes couronnées : Une femme écrit au roi Victor-Emmanuel pour lui dire qu'elle est fille naturelle de sa sœur la princesse de Carignan; comme preuve, elle parle d'une cassette cachée sous le lit de la femme qui lui servait de mère, un jésuite venait voir cette femme, et un jour cassette et jésuite disparaissent. Ne recevant pas de réponse, elle écrit lettres sur lettres, donne son adresse, on fait des recherches en France, on ne découvre rien; mais un envoyé du roi, convaincu de la véracité du récit, l'emmène à la cour d'Italie. Elle revient en France où l'on finit par savoir qu'elle est femme d'un coiffeur, et un jour M. Lasègue la voit en proie à une attaque d'hystéro-épilepsie suivie d'aphasie¹.

31 Lorsque les hystériques sont entrées dans cette voie périlleuse elles ont déjà un pied dans l'aliénation mentale, et au point de vue médico-légal, elles n'ont déjà plus l'entière responsabilité de leurs actes.

IV. Si leurs impressions, disons-nous, sont mobiles, fugaces et changeantes, on peut voir aussi, par une singulière contradic-

¹ Lasègue. — *Les hystériques, leur perversité, leurs mensonges.* (Ann. médico-psych. t. VI, 1881.)

tion qui n'est pas rare dans l'histoire de l'hystérie, avec quelle constante persévérance, avec quelle fixité elles reviennent toujours à une même idée qu'elles ont imaginée tout d'abord et à laquelle elles s'attachent comme à une chose réelle ; témoin cette histoire d'amours toujours la même et toujours répétée de la même façon par la fameuse hystérique Gen... observée à la Salpêtrière ; témoin encore, pour ne citer que celui-là, le cas du malheureux Urbain Grandier qui, accusé par les religieuses Ursulines de Loudun de venir les visiter pendant la nuit, expia sur le bûcher des crimes imaginaires.

C'est que les hallucinations laissent parfois une impression profonde et durable dans leur esprit, puisque les hystériques croient à la réalité de leurs rêves pendant un temps assez long. Le fantôme mal dessiné d'abord de ces hallucinations prend une forme et bientôt un nom : dans le procès célèbre qui a agité l'opinion publique en 1835, Marie de M... a persisté avec une énergie rare dans ses accusations de viol portées contre M. La R...¹. Elle décrit avec les moindres détails les sensations tactiles, les attouchements dont elle a été victime dans son rêve, et les termes dont elle se sert, contrastent souvent avec la pureté de sa vie et la chasteté de son cœur : tant il est vrai que l'hallucination et l'excitation qui l'accompagne suggèrent chez les malades, au dire de Brierré de Boismont « des expressions qui ne leur sont pas familières ».

Ces *idées fixes* qui constituent, suivant l'expression si ingénieuse d'Esquirol, une sorte de catalepsie de l'intelligence, peuvent donner lieu à différents accidents chez les hystériques : ainsi nous avons vu que certaines malades refusent toute alimentation, non pas seulement parce qu'elles ont perdu la sensation de la faim, mais aussi parce qu'elles s'imaginent que le travail digestif détermine des douleurs trop vives ; une autre se condamne à un mutisme absolu parce que l'exercice de la voix détermine, dit-elle, un peu de douleur, et elle reste ainsi muette pendant des mois ; une troisième croit remarquer que la marche et la station provoquent des sensations douloureuses, et alors pour les éviter, elle a résolu de ne plus marcher pendant de longs mois ; une hystérique tient les yeux fermés pendant des journées entières, laissant tomber ou contractant

¹ Lire la relation extrêmement intéressante de ce procès dans le cahier XLVI des *Causes célèbres de tous les peuples*, par Fouquier.

convulsivement ses voiles palpébraux, et se refusant absolument à les ouvrir. On pourrait citer un grand nombre de faits semblables où les hystériques se condamnent par parti pris, par obstination, par une sorte d'opiniâtreté malade, à ne plus manger, à ne plus marcher, à ne plus voir. Elles ont décidé ainsi, pendant des mois et même des années, de ne plus vivre de la vie commune, presque calmes et indifférentes au milieu des émotions ou des tristesses de leur entourage; celui-ci a beau prier, supplier, insister, « l'excès d'insistance appelle l'excès de résistance ». (Lasègue.)

C'est là une preuve d'une grande force de volonté, dira-t-on. Non, c'est de la force d'inertie, c'est plutôt une aberration ou une *perversion de la volonté*. Les hystériques ne veulent pas aujourd'hui ce qu'elles voulaient hier, elles veulent ce qu'elles ne devraient pas vouloir, et si elles sont parfois capables de grandes énergies, elles ne savent pas montrer de suite dans leurs volitions pas plus que dans leurs sentiments. Vous les voyez concevoir de grands projets, prendre de belles résolutions : elles vont travailler, elles travaillent déjà avec ardeur ; sur votre conseil, elles abandonnent la lecture des romans qui les absorbait encore tout à l'heure, elles renoncent à leur vie contemplative, à leur manie si fréquente d'écrire et de composer des vers, elles se livrent à des travaux manuels, elles s'occupent de leur maison et reprennent au foyer domestique la place qu'elles avaient presque abandonnée; en un mot tout marche à souhait pendant plusieurs jours..., quand aussitôt s'éteint misérablement ce trop beau feu de paille, quand tout à coup s'écroule cet échafaudage trop fragile de grandes promesses. Le travail suppose un effort *persévérant* de la volonté; elles sont pour un jour bien capables de cet effort, mais elles ne peuvent y persévérer; aussi ne *sont-elles pas travailleuses* et se plaisent-elles à vivre le plus communément dans une insouciantie oisiveté. Elles reviennent bien vite à leurs anciennes habitudes, déclarant qu'elles ne peuvent vivre ainsi, se disant bien malheureuses, et tout est et sera toujours à recommencer, parce que leur défaillante volonté fléchit sans cesse sous le joug toujours plus puissant de leurs petites comme de leurs grandes passions.

V. Les hystériques présentent-elles cette tendance aux plaisirs sexuels, cette imagination lascive ou cet excès de sensualité qu'on s'est plu de tout temps à leur attribuer? Le fait existe,

mais il est plus rare qu'on le pense, et l'on cite bon nombre de ces femmes chez lesquelles la sensibilité génésique est même tellement émoussée qu'elle paraît presque absente. Les désirs ou appétits vénériens sont nuls, et l'acte génital peut être accompli par elles avec une réelle indifférence, et même avec une certaine répugnance. Ce qui a pu faire dire le contraire, c'est qu'elles sont souvent romanesques, aimant les aventures galantes qu'elles savent souvent arrêter au moment opportun. Quelques-unes cependant, sans jamais présenter ces phénomènes d'érotisme ou de nymphomanie qui peuvent compliquer la névrose, mais qu'il ne faut jamais confondre avec elle, ont une certaine excitabilité génésique; elles sont ordinairement libres dans leur langage, employant des mots expressifs pour peindre leurs sensations, et l'on voit souvent dans les hôpitaux éomme dans la clientèle, des femmes qui éprouvent un singulier plaisir à se faire sonder tous les jours pendant des semaines entières, ou encore d'autres malades qui simulent une affection de matrice et qui reviennent sans cesse consulter le médecin pour réclamer des examens au spéculum.

On en rencontre enfin qui ont ce qu'on peut appeler le *tempérament génital*, caractérisé par une certaine ampleur des masses charnues et l'abondance du système pileux, par l'expression mobile de la physionomie, l'animation facile des traits, l'éclat brillant des yeux, l'épaisseur et la coloration des lèvres qui sont d'un rose vif tranchant avec la blancheur des dents, enfin par le développement des seins et des organes sexuels; elles peuvent parfois résister pendant un temps plus ou moins long aux pensées qui les obsèdent, mais bientôt, vaincues dans la lutte inégale du devoir et de la raison contre le désordre et le dérèglement des sens, elles peuvent chercher, elles cherchent souvent dans les attouchements solitaires une diversion passagère à l'ardeur qui les tourmente... Puis ces attouchements se répètent et conduisent à l'érotisme, à la nymphomanie, accidents qui peuvent, nous le répétons, compliquer l'hystérie, mais qui sont absolument distincts de cette névrose. On les voit alors, dit Tardieu, abandonner parents, amis, enfants, et aller chercher dans la prostitution un remède encore impuissant à la triste fureur qui domine leur raison et leurs sens.

VI. Ce qui les distingue encore, c'est une sorte de *quiétude* dans laquelle les laissent toutes les affections d'une durée plus ou

moins longue dont elles sont atteintes. Que l'on mette en regard deux malades, l'une avec une hémiplegie permanente compliquée de contracture due à une lésion quelconque des centres nerveux, l'autre avec une contracture hémiplegique de nature hystérique, et l'on comprendra quelles différences les séparent au point de vue mental : la première ne verra pas sans une inquiétude toujours croissante la rigidité musculaire envahir de jour en jour davantage ses membres immobilisés déjà par un long repos ; la seconde, c'est-à-dire l'hystérique, subit cette immobilisation prolongée avec une insouciance étrange, avec une patience singulière qu'il ne faut pas prendre pour de la résignation, et l'on sent que ses plaintes, ses récriminations et ses doléances d'une heure ne sont pas sérieuses, comme si elle savait par avance qu'il ne s'agit pas d'une affection irrémédiable.

Mais cette quiétude ne provient pas toujours d'un raisonnement plus ou moins inconscient que les hystériques peuvent faire sur la gravité ou la bénignité de leurs accidents morbides ; elle est due aussi et surtout à un état cérébral singulier qui mérite de nous arrêter un instant : ces malades peuvent être atteintes d'une perte absolue et générale de toutes les diverses sensibilités, et cependant elles ont si peu conscience de ce trouble profond qu'elles n'en parlent jamais, qu'elles peuvent marcher, se livrer à toutes sortes d'occupations sans en être le moins du monde incommodées, au point même qu'elles manifestent le plus souvent un grand étonnement quand le médecin attire pour la première fois leur attention sur ce point. Quelle différence avec l'anesthésique par lésion encéphalique ou médullaire, qui s'aperçoit, qui se préoccupe de la plus légère diminution de la sensibilité, de la difficulté consécutive de la marche, de la sensation de « corps élastique » qu'il éprouve sous ses pas et qu'il sait si exactement analyser ! Tous deux sont anesthésiques, pourquoi donc l'hystérique qui l'est davantage le ressent-elle moins ? C'est parce que cette dernière se trouve dans une situation d'esprit comparable à celle des individus qui, distraits par une forte préoccupation deviennent dès lors incapables de sentir les impressions les plus violentes, c'est parce qu'elle a dû acquérir par le fait même de sa maladie une sorte de paresse cérébrale qui « la rend moins apte à percevoir certaines modalités sensitives¹ ».

¹ Lasègue. — *De l'anesthésie et de l'ataxie hystériques.* (Arch. de méd., 1864, p. 391.)

Dans certains cas cependant, le cerveau des hystériques est hanté par des *idées hypocondriaques*. Mais on s'aperçoit bien vite que cette hypocondrie n'est pas vraie, et qu'elle a souvent pour but d'inspirer un certain intérêt ou même de faire naître dans leur entourage des inquiétudes pour leurs maux réels ou imaginaires. Elles parlent d'elles à tout propos, de leur vie manquée, de leurs affections perdues, ou de leurs illusions évanouies, de leurs souffrances continuelles ou de leurs douleurs incomprises; et dans toutes leurs paroles ou leurs actions, on remarque que c'est toujours leur personnalité qui domine, ou le *moi* qui est en jeu. C'est qu'elles sont souvent *égoïstes*, ne pensant qu'à elles, à leurs petites comme à leurs grandes misères, presque heureuses de tenir leurs parents et leurs amis en haleine d'inquiétude et de tristesse jusqu'au jour où un être aimé, un enfant qu'elles avaient semblé voir avec une certaine indifférence, tombe sérieusement malade; alors, elles exagèrent tout, le danger comme le dévouement, oublient pour un temps les préoccupations de leur santé, passent des nuits entières au chevet d'un lit, s'épuisant souvent en privations inutiles, ou en agitations stériles.

Certaines femmes hystériques ont souvent la manie de demander des conseils à tous les médecins qu'elles rencontrent ou qu'elles vont trouver; ce qui étonne même de la part d'hystériques intelligentes, c'est leur crédulité facile dans l'efficacité des moyens les plus bizarres, ou dans la parole de vulgaires charlatans et de somnambules. Enfin, elles ont souvent la *manie des médicaments*, cessant l'un pour en reprendre un autre, et s'attachant quelquefois à l'un d'eux avec une persistance telle qu'on est souvent obligé de les tromper pour éviter la production d'accidents toxiques. C'est ainsi qu'elles abusent de la morphine, et la *morphiomanie des hystériques* qu'on observe si fréquemment est d'autant plus difficile à guérir qu'on ne peut faire appel à leur volonté pour en réprimer l'habitude et les abus.

VII. Si les facultés affectives sont atteintes, les facultés intellectuelles ont conservé parfois, ont acquis même un certain degré d'excitation; quelques-unes de ces malades sont brillantes, enjouées, aimables dans le monde — quand elles le veulent, — elles ont de l'esprit, la mémoire sûre, une imagination vive, une conversation animée, ce qui a pu faire dire avec raison que même

avec ces profondes aberrations du sens moral, cet état diffère de la folie réelle, et qu'il constitue plutôt une forme de caractère qu'une maladie de l'intelligence, qu'il n'y a qu'un seul côté défectueux dans leur esprit, c'est « l'impuissance de la volonté à refréner les passions ¹ ». (Ch. Richet.)

Les hystériques s'agitent, et les passions les mènent, pourrait-on dire encore. Toutes les diverses modalités de leur état mental que nous avons cherché à étudier, peuvent presque se résumer dans ces mots : ELLES NE SAVENT PAS, ELLES NE PEUVENT PAS, ELLES NE VEULENT PAS VOULOIR. C'est bien en effet parce que leur volonté est toujours chancelante ou défaillante, c'est parce qu'elle est sans cesse dans un état d'équilibre instable, c'est parce qu'elle tourne au moindre vent comme la girouette sur nos toits, c'est pour ces raisons que ces malades ont cette mobilité, cette inconstance et cette mutabilité dans leurs désirs, dans leurs idées ou leurs affections. C'est encore pour la même raison qu'elles manquent de franchise et qu'elles commettent si souvent des mensonges : car elles laissent leurs pensées errer au gré de leur imagination vagabonde ou déréglée qu'elles sont impuissantes à diriger, comme si elles étaient sans cesse sous l'influence d'un empoisonnement par le haschich. Si elles obéissent presque toujours à leur premier mouvement et à l'exaltation de leurs sentiments, si d'autres fois elles expriment des idées singulières et baroques, disant tout ce qui leur passe par la tête, si elles commettent encore des extravagances, se faisant remarquer par une certaine liberté d'allures et de conversation, si jamais calmes et pondérées elles sont toujours passionnées et ardentes pour le bien comme pour le mal, ce n'est pas seulement parce que la raison n'intervient point pour redresser toutes ces irrégularités de conduite ou de paroles, mais c'est surtout parce que le frein de la volonté est pour ainsi dire faussé au point de ne pouvoir plus ni les arrêter ni les retenir. Pour une raison ou une autre, cette volonté renaît-elle dans leur esprit, et des guérisons dites « miraculeuses » peuvent survenir : une hystérique atteinte d'anorexie, ne veut pas manger jusqu'au jour où un médecin impose son autorité, et lui démontre que son affection va devenir très

¹ Ch. Richet. — *Les démentes d'aujourd'hui*, etc. (*Revue des Deux-Mondes*, 15 janvier 1880.)

grave ; une autre, complètement immobilisée par la contracture depuis plusieurs années, se met à marcher tout à coup à l'annonce d'un incendie ; une autre, atteinte de paraplégie, se lève et marche à la rencontre d'un frère qu'elle n'avait pas vu depuis plusieurs années, etc. N'ont-elles pas aussi entendu vanter les cures miraculeuses produites par certaine eau douée de propriétés surnaturelles ? Elles entreprennent le grand voyage depuis longtemps prémédité et préparé par la lecture ou le récit d'histoires extraordinaires, elles emportent avec elles la conviction et la volonté de guérir, elles n'ont pas encore franchi le seuil de la grotte mystérieuse que subitement les guérisons surviennent : les paralytiques marchent, les aveugles voient et la parole est rendue à celles qui ne parlaient plus ! C'est que l'hystérie est un terrain fertile en miracles thérapeutiques qui s'opèrent par la vertu d'une imagination puissamment surexcitée ou par le réveil subit et inattendu d'une volonté depuis longtemps endormie. C'est ainsi que les pilules de mie de pain, décorées sous le nom de pilules de *fulminate de taraxacum*, ont souvent opéré des miracles qui disputent la palme à l'ingestion d'une eau claire¹. Tous ces faits n'en sont pas moins intéressants, parce qu'ils démontrent l'influence salutaire de la volonté sur la disparition d'un grand nombre d'accidents hystériques, et l'importance qu'on doit lui attacher au point de vue de la conduite thérapeutique à tenir.

A maladie psychique, en effet, on doit opposer un traitement psychique : il faut inspirer confiance aux malades, leur parler quelquefois avec une certaine autorité, il faut encore savoir leur exposer le danger de leur situation avec une voix assurée et presque impérieuse qui ne souffre pas de réplique. Voici, entre mille, un exemple qui démontre l'heureuse influence produite par la volonté du médecin sur celle du malade : M. Charcot, qui a eu l'obligeance de me raconter ce fait, est appelé un jour en toute hâte par le médecin ordinaire d'une hystérique en danger de mourir d'inanition. Cette malade était en effet atteinte d'une anorexie invincible, elle se refusait à manger depuis des mois, et l'état était devenu très grave, voisin de la cachexie : corps extrêmement amaigri avec les chairs flasques et le ventre creusé en bateau, face pâle et blême, yeux excavés,

¹ On sait qu'autrefois Cruveilhier parvenait à faire avorter une attaque convulsive en faisant boire à la malade, de gré ou de force, plusieurs verres d'eau froide coup sur coup.

pouls petit et misérable, jambes légèrement infiltrées.... En présence d'un état si menaçant, M. Charcot prend une grave détermination : il éloigne les parents de la malade et lui commande impérieusement de manger, car si elle ne le fait pas, elle est vouée à une mort certaine avec des souffrances horribles. Ces paroles, ces mesures sévères produisirent un grand effet. Le premier jour, elle voulut bien toucher à un peu de nourriture, le second jour elle mangea, les jours suivants davantage encore, et après une semaine elle mangeait comme tout le monde, puis, après deux mois de ce régime, elle s'était transformée, avait repris son embonpoint et sa santé d'autrefois. Interrogée par le médecin consultant, sur le motif, sur le but de son abstinence volontaire, elle répondit : « D'abord je n'avais pas faim, puis tant que mes parents furent là, je ne crus pas au danger parce que je voyais dans leurs remontrances de tous les jours un excès de leur affection ; mais vous êtes venu, vous avez éloigné mes parents, vous m'avez parlé d'une grosse voix ; j'ai senti alors que mon état était réellement grave, j'ai voulu manger, et j'ai mangé. »

Une autre hystérique était atteinte d'une paraplégie complète depuis plusieurs mois ; M. Charcot lui avait annoncé qu'il serait obligé pour la traiter avec succès, de l'envoyer seule dans un établissement hydrothérapique et de la séparer ainsi de ses parents. Quelques semaines se passent sans aucune amélioration, quand une nuit elle voit, elle entend dans un rêve le médecin consultant qui lui apparaît et lui renouvelle sa prescription de la façon la plus formelle. Les hystériques, on le sait, croient longtemps à la réalité des rêves ou des cauchemars qui troublent si souvent leur sommeil agité... Celle-ci à son réveil prend peur, elle a déjà résolu de marcher, et ce que les médications les plus diverses n'avaient pas fait, la volonté seule, qui est un galvanisme, a pu l'accomplir ; elle a pour ainsi dire électrisé les membres de la paralytique et leur a rendu rapidement la faculté locomotrice !

VIII. En terminant ces considérations sur le caractère, les mœurs et l'état mental des hystériques, il est nécessaire de déclarer que toutes les malades sont bien loin de posséder surtout à ce point ces dispositions de l'esprit que nous avons cherché à étudier ; quelques-unes se contentent d'être fantasques, capricieuses et inconstantes, ne présentant toujours qu'une certaine

faiblesse ou instabilité de la volonté ; d'autres sont inquiètes, émotives à l'excès, véritables sensitives qui tressaillent ou s'agitent au moindre souffle des plus petites passions. A ce degré même, l'hystérie légère n'est pas, comme le dit si bien M. Richet, une véritable maladie, c'est plutôt une des expressions, une des modalités du caractère féminin. On peut même ajouter avec lui que les femmes à vapeurs, sujettes à « avoir leurs nerfs », comme on dit dans le monde, sont plus femmes que les autres femmes.

D'autres, au contraire, n'ont en aucune façon et à aucun degré le caractère hystérique ; on voit même parfois de ces malades qui sont atteintes des accidents convulsifs les plus accusés ou encore des phénomènes permanents de la névrose, tels que les contractures, les paralysies, les troubles de la sensibilité, et qui présentent une pondération remarquable dans leurs idées ou leurs sentiments ; elles sont calmes, confiantes, dociles et sérieuses ; elles n'ont pas enfin cette mobilité de caractère qui est l'un des traits principaux de l'état mental des hystériques.

IX. Cette étude présente donc un grand intérêt à l'âge adulte ; mais, dès le jeune âge, on peut déjà surprendre certaines dispositions du caractère qui permettent de reconnaître une certaine tendance à l'affection nerveuse.

« Ce sont ordinairement des fillettes de huit à douze ans, quelquefois plus jeunes encore, à physionomie éveillée. Elles sont facilement impressionnables, sujettes à pleurer ou à rire sous les prétextes les plus futiles, et douées d'une vive imagination et d'une intelligence remarquable. Elles se distinguent dans toutes les études, surtout sur la musique, le dessin et possèdent un talent naturel d'imitation. Elles pratiquent volontiers le mensonge et jouent d'instinct la comédie. » (Jules Simon.) On voit ces enfants concevoir sur leur santé des préoccupations qui ne sont pas communes à leur âge, elles ont une tendance aux idées hypocondriaques, se plaignant tour à tour de gastralgie, de douleurs entéralgiques, de céphalalgie, de névralgies diverses. Les auteurs anciens ont souvent assimilé à tort l'hypocondrie à l'hystérie ; nous ne confondons pas ces deux états morbides si différents, mais nos observations nous autorisent à penser que le plus souvent l'hypocondrie dans le jeune âge est le symptôme précurseur de l'hystérie qui va naître à un âge plus avancé.

D'autres fois, on remarque que, dans leur enfance, elles sont turbulentes, indisciplinables au point qu'elles sont obligées de quitter leurs classes et qu'elles n'ont pas reçu l'instruction la plus élémentaire; elles sont querelleuses, susceptibles, se fâchant avec leurs petites compagnes, sujettes à de violentes colères. La fameuse hystérique Gen... était follette, difficile à tenir, elle courait partout, s'échappait de l'école, avait déjà la manie de sauter par dessus les murs et de se cacher au point qu'on était parfois obligé de l'attacher; enfin, vers l'âge de quinze ans, elle était souvent prise sans cause d'une profonde tristesse, refusant de parler pendant des journées entières.

En résumé, ces petites filles présentent de bonne heure des habitudes, des manières et des allures qui portent déjà le cachet de la névrose dont elles seront plus tard atteintes: elles sont impressionnables à l'excès, la plus petite contrariété, les moindres reproches et réprimandes sont reçus avec des sanglots et d'abondantes larmes et produisent un sentiment d'oppression à l'épigastre, de strangulation à la gorge, etc. Vives et irritables, elles ont souvent de petites colères et des accès de jalousie; elles ont aussi une grande mobilité d'humeur et des bizarreries de caractère qui paraissent étranges; coquettes et maniérées, elles éprouvent déjà le désir d'appeler sur elles l'attention ou d'inspirer de l'intérêt, et savent déjà pratiquer le mensonge ou jouer la comédie; la physionomie est ordinairement intelligente, expressive, la mémoire est fidèle, l'imagination a de la vivacité; elles ont des insomnies et des cauchemars, de véritables hallucinations et des terreurs nocturnes; elles se plaignent souvent de migraine ou de céphalalgie, d'hyperesthésie et de sensibilité à la lumière, de gastralgie avec vomissements tenaces, de névralgie intercostale et d'hyperesthésie ovarienne qui commence à se montrer au moment de la puberté; enfin elles ont à propos de la plus légère bronchite, d'une simple angine, des toux paroxystiques et persistantes présentant souvent un timbre particulier, des spasmes passagers et divers du côté de l'œsophage, du pharynx, du larynx et des viscères abdominaux, spasmes qu'elles expriment par la sensation de corps étranger à la gorge, de bêtes qu'elles ont dans le ventre, de vers qui montent ou qui descendent, ou de poids qui les oppriment.. Dans certains cas encore, on observe des palpitations, des tendances aux lipothymies et aux syncopes, des pertes de connaissance incomplètes que l'on confond trop souvent avec des accidents épilep-

tiques, surtout s'il s'y ajoute, comme il arrive parfois, de véritables attaques convulsives.

Il faut insister sur les dispositions du caractère, sur les troubles divers du système nerveux, qui permettent dès l'enfance de reconnaître, de dépister et de combattre la disposition à l'hystérie. Voici encore d'autres exemples qui, en relatant divers accidents nerveux du jeune âge, dévoilent bien le caractère hystérique dès cette période de l'existence : une petite fille de dix ans est atteinte d'une céphalalgie frontale atroce qui dure plusieurs mois, qui résiste à tous les calmants, à l'hydrothérapie même, et qui cède un beau jour brusquement, au moment d'une attaque de spasme pharyngo-laryngé avec toux rauque et une sorte d'aboiement. Or, dans ce cas, plusieurs médecins consultés n'avaient pas hésité à porter un pronostic très grave, puisqu'ils admettaient une affection des centres nerveux. — Une autre petite fille de six ans, jalouse de son petit frère, se dit atteinte de douleur de tête, elle accuse du vertige, des douleurs névralgiques vagues, de la photophobie, elle refuse tout aliment, craint le moindre bruit, redoute l'impression de la lumière; le pouls est accéléré au moment des visites...; au 4^e jour, on s'aperçoit de la supercherie, on contraint la petite comédienne de se lever, de marcher et de manger, et tous ces symptômes, qui avaient à un moment éveillé quelques inquiétudes, disparaissent comme par enchantement; or, cette enfant est devenue jeune fille, elle a maintenant seize ans, et elle est assez souvent atteinte de spasmes, de mouvements convulsifs sur la nature hystérique desquels il n'est même pas permis d'hésiter¹.

West a observé deux cas de simulation à peu près semblables : un enfant de treize ans se plaint pendant neuf mois de céphalalgie avec photophobie, il a une hyperesthésie du cuir chevelu, de l'inappétence, de la constipation, il accuse une certaine difficulté dans la marche, etc., et cependant on découvre que l'enfant exagère tous ses symptômes douloureux lorsqu'on l'observe, et après un traitement moral pendant lequel l'indifférence des parents et du médecin joue le principal rôle, le petit malade guérit complètement; — une petite fille, qui avait eu à dix-huit mois des convulsions, à six ans une toux spasmodique avec sensibilité considérable de l'épiglotte, accuse depuis huit ans et demi jusqu'à dix ans et demi une cépha-

¹ Jules Simon. — *Conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants*, 1880, p. 135.

lalgie très intense, elle s'en plaint surtout lorsqu'elle est l'objet de l'attention de sa mère et du médecin; elle présente des bizarreries et une irritabilité de caractère insolites pour son âge, refuse parfois de manger et bientôt éprouve nettement la sensation de la boule hystérique, puis elle est prise de dysphagie avec symptômes d'hydrophobie nerveuse et de convulsions générales, accidents dont un traitement moral eut seul raison¹. Dans ces cas, ajoute si judicieusement M. West, c'est moins l'état du corps que celui de l'esprit qui doit éveiller les craintes du médecin. Car, l'attention constante donnée aux moindres sensations du malade, « l'habitude de satisfaire tous ses désirs et fantaisies, sous prétexte de maladie, et l'indulgence que l'enfant trouve toujours en ce cas dans un amour maternel exagéré, exercent une très funeste influence sur leur caractère et en font de jeunes hypocondriaques ».

X. Nous avons étudié les dispositions intellectuelles et mentales de l'hystérique à l'âge adulte, nous avons vu ses tendances névrosiques dès le jeune âge; il serait intéressant de savoir ce qu'elle devient à ce point de vue à un âge plus avancé, à l'époque de la ménopause par exemple. Or, à ce sujet, il n'existe absolument rien de précis: sans doute, le caractère devient plus calme et les sentiments plus fixes, les idées sont moins fluctuantes et les volitions moins mobiles; mais d'autres fois aussi on peut voir éclater des accidents nerveux connus sous le nom d'*hystérie de retour* ou de la ménopause, et souvent accompagnés de tendances érotiques si bien décrites par M. Noël Guesneau de Mussy².

Enfin, nous avons vu que, dès l'enfance, les traits se présentent sous l'aspect d'une physionomie éveillée, mobile, expressive, qui contraste singulièrement avec la figure indifférente, inerte et sans expression des jeunes épileptiques. En est-il de même chez les adultes, et leur état mental a-t-il son reflet sur leur physionomie; en un mot existe-t-il une constitution, un *faciès hystérique*?

Sous le rapport de la constitution, les avis ont toujours été

¹ West. — *Leçons sur les maladies des enfants*. Trad. par Archambault, 1^{re} édition, 1875, p. 13^s.

² Gueneau de Mussy. — *Erotisme de la ménopause*. (*Gaz. hebdomadaire*, 1870, et *Clinique médicale*, t. II, 343; Paris, 1875.

partagés depuis longtemps, comme le prouvent les citations suivantes que l'on pourrait aisément multiplier : Arétée croyait ainsi dépeindre les hystériques : « *Juvenes mulierculæ quæ sunt sensibilioris generis nervosi, et texturæ tenuioris.* » Forestus, au contraire, disait : « *Mulieres virosæ corpulentes et multo sanguini præditæ.* » C'est bien la même opinion exprimée par Louyer-Villermay, qui prétendait que toute femme hystérique est forte, brune, pléthorique, pleine de vie et de santé, ce qui est une grande exagération et une erreur manifeste. Car « il n'existe pas, dit Briquet, de constitution hystérique appréciable par les apparences extérieures ; cette maladie prend les femmes comme elle les trouve, blondes, brunes, grasses, maigres, fortes, faibles, colorées ou pâles ; il n'y a pas de choix. Quelques hystériques, à la vérité, ont la figure délicate, intelligente ; mais il en est tant dont la face béotienne, apathique et dure, trahit la stupidité, ou dont les traits amaigris, décharnés et le teint hâve, constatent la dégradation, qu'il faut renoncer au beau type grec comme spécimen de la prédisposition à l'hystérie. Il y a d'ailleurs de par le monde trop de femmes hystériques pour que cette maladie n'atteigne que des belles. Dubois (d'Amiens) avait deviné tout cela ; car, au milieu du fatras d'écritures sur cette matière qu'il avait été forcé de compulsuer, il finit par dire : « Je soupçonne fort qu'il n'existe pas de constitution hystérique comme l'entendent les auteurs ¹ ».

Malgré cette assertion un peu exclusive de Briquet, il n'en est pas moins vrai que *quelques* hystériques présentent parfois, sinon une constitution prédisposante, au moins un *facies* particulier qui nous a permis dans certains cas, à leur simple aspect, de reconnaître des hystériques. Nous avons suffisamment démontré que leur état mental est surtout formé de contrastes, qu'une volonté sans force est ordinairement unie à une activité désordonnée de l'imagination, et qu'à une vive exaltation de la sensibilité morale correspond souvent un défaut de réaction aux impressions si diverses qui les frappent, etc. (Axenfeld.) Aussi ces contrastes se trahissent-ils parfois sur leur physionomie par une expression habituelle de langueur et d'abattement, accompagnant une certaine mobilité des traits. Pour Todd, l'éclat de l'œil et un léger abaissement de la paupière supérieure cachant en partie le limbe de la cornée ont été indiqués comme caractérisant habituellement le *facies hystericæ*.

¹ Briquet. — *Traité de l'hystérie*, p. 92-93.

Si ce travail que nous arrêtons ici reste encore incomplet, il n'aura pas été sans utilité : en montrant au clinicien et au thérapeute que l'hystérie atteint plus ou moins profondément la volonté, il leur indique la voie à suivre et les moyens à mettre en œuvre pour combattre utilement certains accidents rebelles, il leur apprend aussi le secret de ces guérisons singulières souvent inespérées et toujours inattendues ; en dévoilant les modalités prépondérantes du caractère des hystériques, il intéresse le magistrat comme le médecin légiste au point de vue de la créance que l'on peut prêter à leurs paroles et à leurs déclarations, et aussi du degré de responsabilité que l'on doit attribuer à leurs actes ; le psychologue et le moraliste trouveront également un sujet fécond d'études dans cette agitation tumultueuse d'impressions et de sentiments divers dont l'esprit des hystériques est sans cesse troublé. Nous savons maintenant ce que produit l'exaltation de l'imagination unie à l'impuissance de la volonté, c'est-à-dire l'intelligence sans le contrôle de la réflexion qui éclaire la folle du logis, sans un frein qui modère l'activité désordonnée et stérile des volitions.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. LE CRANE ET LE CERVEAU D'UNE MICROCÉPHALE ; par J. JENSEN. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, 1880.)

Faut-il ne considérer comme microcéphales, c'est-à-dire comme idiots au point de vue clinique, que les individus présentant une atésie prononcée des centres encéphaliques et notamment du cerveau, de grossiers arrêts de développement du système nerveux en corrélation avec une minutie extrême du squelette crânien ? L'observation décrite en détail par le D^r Jensen démontre qu'il existe une classe d'idiots dont la lésion anatomique est représentée simplement par un défaut relatif de

substance corticale, tant pour l'ensemble des hémisphères qu'à l'égard des masses ganglionnaires de la base. Il semble, comme le fait ressortir l'auteur de ce mémoire, que les cerveaux des microcéphales aient eu à leur disposition trop peu de matière nerveuse pour pouvoir, au moment de l'évolution formatrice, dispenser la quantité qu'exigent les organes supérieurs qui président à la vie psychique; les couches grises ont été sacrifiées à l'élément blanc, la vie psychique à la vie végétative. Et notons qu'il s'agit ici d'un idiot non microcéphale, dont il a fallu chercher avec soin les altérations pour les voir, ce qui imprime, dans l'espèce, une surprenante allure de vérité à la théorie.

L'histoire de la jeune idiote en question, morte à seize ans et demi d'une entérite hémorragique inexpliquée, présente parmi les commémoratifs de la première et de la seconde enfance les particularités suivantes : faiblesse physique, agitation, insomnie, absence de sensibilité à la douleur. L'enfant n'entendait guère que les battements de mains, et n'apprit à marcher que tard. Parvenue à sa quatorzième année, elle offre le facies de l'oiseau (projection en avant du nez et des incisives du maxillaire supérieur); pour toute parole, elle fait entendre un ronflement analogue au *ronron* des chats, qui de loin en loin revêt un timbre métallique, et des geignements inarticulés quand il s'agit de répondre à des excitations désagréables, mais elle ne possède aucune manifestation expressive capable de traduire un certain bien-être. Malpropreté absolue; démarche légèrement titubante ne l'empêchant point de trotter en chancelant partout avec agitation. Ni ouïe, ni goût : l'ingestion des aliments bouillants quels qu'ils soient, sans préférence, les saupoudrât-on de sulfate de quinine, ne lui procure aucune sensation, aucun malaise, aucun réflexe. Le seul signe d'intelligence qu'on signale est qu'elle connaissait sa place à table, s'y rendant spontanément. Taille 1^m27. Poids 21 kilog. 07. Arrêt de développement de l'appareil génital. La description du squelette céphalique permet de relever l'écartement de la suture frontale, l'existence d'un grand nombre d'os intercalaires dans la suture lambdoïde, l'obliquité antérieure des dents incisives du maxillaire supérieur tandis que la mâchoire inférieure est fortement rejetée en arrière, l'étroitesse des canaux carotidiens, la forme presque losangique du trou occipital, la situation horizontale des voûtes orbitaires. Les dimen-

sions du crâne dans leur ensemble sont d'au moins 8 à 10 p. 100 plus faibles que celles des femmes allemandes en moyenne. Ne pouvant copier les détails des mensurations d'ordre anthropologique, nous nous bornerons à mentionner que le trou occipital a subi, toutes choses égales d'ailleurs, une réduction de 4 p. 100 dans son plus petit axe, de 6 p. 100 dans son sens le plus étendu; la ligne basale de Welker est de 4,3 p. 100 au-dessous de la moyenne. Il est remarquable que l'*arrêt de développement porte au même titre, au même degré sur les os de la face*; sa masse est de 10 p. 100 inférieure aux mesures moyennes, et cet abaissement mensural atteint, même pour les dimensions des orbites, 16 p. 100, tandis que l'angle facial de Welker est encore de 78.

Le cerveau, qui pèse 924 grammes avec les méninges molles, contredit au diagnostic de microcéphalie, d'autant que les hémisphères y sont représentés pour 805 grammes. L'examen superficiel des circonvolutions et des sillons confirme plus parfaitement la remarque que c'est là un volumineux cerveau d'idiot; il met en relief le caractère humain de l'individu en ce sens qu'on observe, par exemple, sur la frontale ascendante, des deux côtés, une scissure profonde (rareté chez l'homme, inconnue chez le singe); la division du sillon interpariétal en plusieurs segments, au point de former à gauche un sillon parallèle au sillon de Rolando, doit être aussi rangée parmi les phénomènes propres à la race humaine. Ajoutons enfin que l'insula est complètement recouverte, et nous aurons bien des arguments en faveur de la conclusion que le *système des replis cérébraux paraît témoigner bien plus d'un excès que d'un défaut d'évolution*. Mais une étude approfondie décèle :

1° *L'aplatissement général des circonvolutions* qui, au lieu d'offrir une profondeur de 9 millimètres, ne mesurent que 7 millimètres : or, trois cerveaux d'idiotés examinés comparativement présentaient une hauteur de 9 millimètres. L'auteur a calculé que la diminution se manifeste principalement sur les lobes frontaux et occipitaux, assertion qui ruinerait la théorie simienne de Vogt (son parallèle entre la masse des régions occipitales du singe et des microcéphales).

2° *La pauvreté de la zone corticale*. Tandis que dans trois cerveaux quelconques, la couche corticale est de 2,57 millim., que sur trois idiots pris au hasard elle ne s'abaisse qu'à 2,34 millim., elle n'a que 2,17 millim. d'épaisseur dans le cas présent.

Le fait constaté, trouvons-en la pathogénie? Comment peut se produire une pareille localisation anatomo-pathologique? Le D^r J. se rallie à l'opinion de Gustav Josef pour qui le rétrécissement du canal carotidien détermine une diminution de calibre des artères contenues et entraîne une insuffisance de circulation collatérale qui vient alors entraver le développement cérébral. L'ischémie carotidienne est démontrée par les injections de Rohon (*Arbeit. des zoolog. Instit. zu Wien.*, t. II); des mensurations comparatives établissent l'exiguité des trajets osseux de la microcéphalie qui nous occupe; serait-il rationnel, alors que le crâne et le cerveau envisagés sont loin du retour à l'atavisme (théorie de Vogt), quand on ne constate ni soudure prématurée des sutures (théorie de Virchow), ni aucune trace de lésions encéphaliques récentes ou anciennes (Stark), ni les conditions de la pression intra-utérine anormale (Klebs), de ne pas établir un rapport de cause à effet entre la malformation vasculaire et l'hypotrophie cellulaire du cerveau? Quant à l'origine de la malformation vasculaire, M. J. la relègue parmi les genèses inconnues des anomalies vasculaires. P. K.

II. SUR LE NOUVEAU MODE D'INTERDICTION DES ALIÉNÉS EN ALLEMAGNE; par SPINOLA. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, 1880.)

Au premier octobre de l'année 1880 entrain en vigueur dans les Etats allemands un nouveau procédé juridique à suivre pour déclarer en état d'aliénation (*démence* du Code français) et frapper d'interdiction légale les aliénés. Il s'agit en réalité simplement de la substitution d'un mécanisme à un autre, et à cet égard, nous le recommanderons à ceux qui seraient en quête de réformes quant à la législation des aliénés. Comme sa description suppose l'exposé préalable du fonctionnement adopté jusque-là et la connaissance exacte des diverses juridictions administratives ou autres d'outre-Rhin dans leurs délimitations respectives, nous nous bornerons à le mentionner ici à titre de document, nous réservant d'y revenir plus tard au sujet de toute question de droit qui en nécessiterait l'exposé détaillé. P. K.

III. CAS DE MALFORMATION CÉRÉBRALE; par le D^r L. WILLE. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, 1880.)

L'enfant dont il s'agit, venu au monde en état de microcéphalie, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le détail des men-

surations crânio-faciales relatées au cours de l'observation, présentait aussi un bec-de-lièvre supérieur médian compliqué de gueule-de-loup. Les difficultés qu'offrait de ce fait sa nutrition, la perte croissante de l'appétit qu'il manifesta et bientôt de violentes convulsions suivies d'agitation, de dyspnée, d'œdème entraînèrent sa mort à l'âge de vingt-deux jours, au milieu d'une émaciation et d'une déchéance pondérale progressives, la température s'abaissant entre 32° et 30°,5 c. La grosseur, sauf une frayeur violente dès le début, aurait affecté une marche normale.

La nécropsie démontre : de l'anémie de tous les organes, de l'œdème pulmonaire, de petits foyers de pneumonie dans les deux poumons, une absence totale de fontanelles (bords osseux au contact à leur niveau), des adhérences solides et même ossifiées entre les sutures, un défaut complet de prolongements dure-mériens dans la masse nerveuse (ni faux cérébrale, ni tente du cervelet). Dépourvue de lame criblée, d'apophyse crista-galli, de crête frontale, la cavité crânienne, dont la crête occipitale interne n'existe pour ainsi dire pas, et qui manque de protubérance occipitale autant que des crêtes qui y aboutissent, se décompose, à proprement parler, en deux fosses inférieures presque d'égal diamètre, situées l'une en avant, l'autre en arrière. La selle turcique qui les sépare, très peu profonde, est quasi plate à raison de l'imperfection des apophyses clinoides antérieures et postérieures.

Les grosses malformations cérébrales qui correspondent aux anomalies osseuses précédentes portent sur les hémisphères, dont l'ensemble amoindri, arrêté dans son évolution, n'est le siège d'aucune division longitudinale ou transverse. La convexité n'est point séparée en lobes. La base seule décèle un lobe postérieur et un lobe antérieur. Les caractères frappants de la circonvolution d'hippocampe et de la circonvolution en crochet indiquent l'individualité du lobe postérieur ; c'est le lobe temporal, et, par conséquent, le sillon qui le limite en avant représente la scissure de Sylvius, la substance nerveuse en deçà ou au delà de celle-ci devant être considérée comme l'embryon des circonvolutions frontale et pariétale. L'absence de sillon de Rolando ne permet pas au surplus de se rendre compte du degré d'atrésie des deux régions. Le lobe olfactif manque totalement ; il est remplacé par une profonde dépression en avant du chiasma ; même enfoncement au niveau d'un

ruban de substance blanche qui précède la couche optique sur le plancher ventriculaire. Nulle trace de lobe occipital. Il n'existe ni corps calleux, ni commissure antérieure, ni cloison transparente, un seul ventricule. La place du ventricule moyen est marquée par une fente médiane dont les bords sont immédiatement adjacents. Un bourrelet caudiforme, paraissant bien distinct de la couche optique soudée inférieurement, tient lieu de corps strié; en arrière un autre renflement arrondi décrit une courbe inféro-antérieure, donnant la sensation d'une corne d'Ammon absente. Cette opinion est d'autant plus légitime que ce rudiment d'organe rejoint par une de ses extrémités le trousseau de fibres nerveuses (cité *supra*), sur le bord postérieur des hémisphères. Mentionnons enfin une différence de volume entre la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux et la paire postérieure, tout au profit de la première, une prédominance anormale du vermis cérébelleux, comparé aux dimensions des hémisphères cérébraux, une réduction peu prononcée des pédoncules du cerveau et du pont de Varole alors que les corps restiformes et les olives dépassent par leur masse les pyramides.

Rapprochant le détail des altérations osseuses et nerveuses de la conservation intégrale de l'appareil oculaire et du nez, le Dr Wille se rattache à la dénomination de *cébocéphale* (classif. d'Isid.-Geoffroy Saint-Hilaire). La vésicule des hémisphères une fois sortie de la vésicule cérébrale antérieure (sens de Virchow) n'a pas subi dans le cas présent la division anatomique, qui normalement résulte de la pénétration de la dure-mère dans son intérieur. Cette uniformité s'est par suite opposée à la production de tous les organes du cerveau et du crâne qui émanent des hémisphères (absence de cloison transparente, de corps calleux, etc.), et réciproquement leur défaut a nui à la genèse de ceux des éléments qui à leur tour en dépendent; telle l'absence de lobes occipitaux causée par celle du corps calleux (Reichert). L'époque à laquelle s'est produit cet arrêt de développement, indiquée par le rapprochement entre l'état à peu près parfait des organes visuels et le manque de lobes olfactifs (quatrième à sixième semaine après la fécondation), entraîne aussi à tenir compte dans une certaine mesure de la synostose prématurée. Celle-ci bientôt effectuée par des troubles collatéraux dans le feuillet du blastoderme aurait contribué, de concert avec une hydropisie ventriculaire fatale,

signalée en de pareilles conditions (Dareste), à arrêter l'évolution des régions cérébrales internes (paroi postérieure de la vésicule des hémisphères et trigone) par compression. L'auteur rejette en conséquence l'origine atavique et la pathogénie encéphalitique de semblables perturbations; les émotions maternelles, si tant est qu'elles doivent être incriminées, agiraient, pour lui, en modifiant la pression intra-utérine et vasculaire de l'embryon et provoquant ainsi des déviations dans l'activité histogénétique (expériences de Dareste). Dans l'espèce d'ailleurs, ni hérédité, ni malformations du cœur ou des gros vaisseaux. Il ne faudrait imputer la mort du monstre qu'aux difficultés de l'alimenter provenant du bec-de-lièvre et de la gueule-de-loup; de là, les phénomènes généraux, les symptômes d'anémie cérébrale, l'hypothermie, la pneumonie lobulaire. Une observation récente de Turner (*Journal of Anatomy and Physiology*, XII, 2, 1878) démontre en effet qu'une cyclope privée de corps calcaireux, de trigone, de cloison transparente, de commissure antérieure et postérieure, et présentant en leur lieu et place une grande cavité intérieure remplie de liquide cérébro-spinal, a pu vivre, sans autre affection que de l'idiotie, jusqu'à l'âge de vingt-trois ans.

P. K.

IV. INFLUENCE DE NOTRE CIVILISATION PRÉSENTE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES; par J.-S. JEWELL. (*Journ. of nervous and mental disease*, janv. 1881, p. 1.)

L'auteur développe ce thème bien connu que le développement des maladies du système nerveux est en rapport direct avec le progrès de la civilisation. Il montre l'influence du surmenage intellectuel des enfants dans les écoles, se produisant surtout chez les jeunes filles par l'épuisement général du système nerveux et en particulier du cerveau par les mélancolies, l'hystérie, les congestions cérébrales, les insomnies, les névralgies, etc. Dans le commerce, aussi bien que dans les différentes professions libérales, l'attention et l'effort quotidien, continu, dépassent les forces individuelles. L'usage et l'abus de l'alcool, du café et du thé aggrave encore l'excitation nerveuse et par suite l'épuisement rapide. La transmission héréditaire aux enfants de la faiblesse nerveuse acquise par les parents est une cause générale nouvelle qui perpétue et multiplie le nombre des maladies mentales.

C. T.

V. DES PSYCHOSES DANS L'ERGOTISME; par Fritz SIEMENS.
(Arch. f. Psych. u. Nervenk., t. XI.)

Ce mémoire, rédigé à l'occasion d'une épidémie d'ergotisme ayant sévi à l'automne, aussitôt après la récolte des seigles, sur une douzaine de villages (2,500 habitants), relate deux séries d'observations. Les unes empruntées en partie au Dr Heinemann sont caractérisées par des manifestations délirantes pures. Telle une femme de trente ans, indemne de tout antécédent psychique, traumatique ou héréditaire, qui, à la suite des symptômes typiques de l'intoxication, est prise de *folie systématique religieuse* accompagnée d'impulsions génésiques et d'hallucinations de la vue. Deux autres faits concernant une jeune fille et une femme consistèrent, dans le premier cas, en de la *mélancolie*; chez la seconde, en de l'*hébétude compliquée d'accès maniaques*. La guérison demanda trois mois pour le premier exemple, un mois pour les deux autres. Un garçon de 6 ans, qui guérit également, fut atteint, au cours de l'ergotisme, d'*hydrophobie* pendant deux jours. — Une seconde catégorie d'observations a trait également à des individus auparavant bien portants et sans prédisposition névropathique ou héréditaire; l'obtusion profonde du sensorium, l'affaiblissement général de toutes les fonctions psychiques, l'apparition de convulsions épileptiformes permettent de les ranger sous le diagnostic commun de forme *stuporo-épileptique* d'ergotisme spasmodique épidémique. Relevons parmi les symptômes, l'apparence cachectique et misérable, la persistance des réflexes cutanés et, par contraste, l'absence de réflexes tendineux (ne reparaisant que bien après le retour des fonctions nerveuses), des accès d'épilepsie complets (myosis et inertie pupillaire au début — mydriase dans leur seconde moitié et généralement aussi dans l'intervalle), l'hypérémie papillaire (un cas mortel), quelquefois des troubles de la sensibilité (tensions, élancements, démangeaisons), de la contracture des fléchisseurs (griffe), de l'analgésie accompagnée d'ataxie (signe de Romberg), de l'hésitation de la parole avec bredouillement. Un seul exemple de gangrène circonscrite à un doigt. Intégrité de deux femmes jadis aliénées, au milieu de cette épidémie. La suppression des règles notée dès les premiers stades prouve, au sens du Dr S., qu'une telle manifestation est non la cause, mais l'effet des psychoses en général (mélancolies graves, démences paralytiques) et le signe

d'une profonde perturbation nerveuse. L'analyse psychique met en évidence au début : vertiges, étourdissements, voire céphalalgies, angoisse précordiale — bientôt de l'agitation maniaque inconsciente, laissant derrière elle de l'amnésie accompagnée d'hallucinations visuelles et auditives (un fait); — enfin de l'hébétude persistante, avec mutisme, méconnaissance, stupidité parfois accompagnée de conceptions enracinées et de réponses stéréotypées (forme de mélancolie hypocondriaque); un cas ayant présenté pendant quelques jours le tableau de la démence paralytique. Intégrité de la santé générale, courbessphygmiques comme dans l'épilepsie vraie; à la suite des accès, abaissement de la tension et dirotisme prononcé. Le poids du corps décroît au moment de l'accès des manifestations nerveuses. A part deux cas de mort soudaine, guérison. Les deux nécropsies démontrent, en un cas, de la congestion cérébrale et de la réplétion des vaisseaux méningés; dans l'autre de la congestion et du ramollissement des hémisphères cérébraux, des macules d'hypérémie et des ecchymoses dans les noyaux lenticulaires et les couches optiques; tout le long de la moelle, prolifération cellulogranuleuse localisée, surtout aux cordons postérieurs, à l'exclusion des faisceaux de Goll, mais atteignant principalement les racines postérieures dans la région lombaire.

En résumé, les onze cas traités à l'asile (six hommes et cinq femmes de onze à cinquante ans) offrent, pour l'auteur, tous les attributs d'une intoxication cérébrale; angoisse extrême des prodromes, marche impétueuse, hallucinations, états extatiques, justifieraient la comparaison avec les effets de l'opium, du haschisch ou de l'atropine, d'autant qu'il existait des vertiges. L'immédiate succession des vésanies aux symptômes ergotiques, la disparition des troubles nerveux périphériques avant l'explosion des psychoses, les allures normales du pouls en dehors des accès d'épilepsie malgré les autres perturbations neuropsychiques servent de base au Dr Siemens pour affirmer la pathogénie des phénomènes psycho-médullaires par *transfert lent du poison de la périphérie aux centres*. Les autopsies en indiqueraient le substratum anatomique, l'évolution témoignant en même temps de la guérison des lésions; c'est à la suite de leur résolution que l'épilepsie et l'ataxie disparaîtraient, le phénomène du genou revenant. Quant à déterminer le principe de l'ergot qui agirait spécialement en pareille occurrence, et la part qui doit incomber

aux mauvaises conditions climatiques et hygiéniques, ce sont autant de questions à étudier. De fait, pronostic favorable, médication tout entière dans les toniques et les fortifiants (K. Br. à la dose de 6 gr. par jour est resté sans effet).

L'enseignement de police sanitaire que M. S... croit devoir tirer de sa description, c'est qu'il serait très facile à l'État d'échanger, par décret, aux producteurs, leur grain infesté contre de bon seigle et d'enjoindre simultanément aux meuniers de ne moudre ou rendre aux particuliers aucune semence malade. Cette marchandise accaparée par l'État serait affectée sur-le-champ au commerce pharmaceutique. P. K.

VI. LE PROCÈS LAROS AU POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE; par Édouard-C. MANN. (*The Journal of Psychological medicine and mental Pathology*. New series, vol. VI, part. 2, p. 222.)

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, nommé Allen Laros qui fut arrêté et passa en jugement pour avoir le 31 mai 1876, empoisonné avec de l'arsenic son père, sa mère, ses frères et sœurs et un commensal habituel de la maison; ses frères et sœurs furent seuls sauvés; les trois autres personnes moururent. Le crime n'avait aucun mobile apparent. L'enquête et les efforts de la défense établirent les faits suivants: il y avait dans la famille de l'inculpé des faits antécédents d'aliénation mentale et d'affections nerveuses, remontant à plusieurs générations. Lui-même, qui était de mœurs douces et régulières, était depuis plus de quatre ans sujet à des attaques d'épilepsie, qui avaient été presque quotidiennes durant les trois semaines qui avaient précédé le crime. Il fut prouvé que des accidents convulsifs étaient survenus chez Laros le samedi, le dimanche, le lundi, le mardi (jour de l'achat du poison) et enfin le mercredi, jour du crime; ces accidents s'étaient en outre reproduits le lendemain (jeudi) et le surlendemain (vendredi); la durée des symptômes convulsifs variait de quelques minutes à plusieurs heures pendant lesquelles il était inconscient et insensible, et à la suite desquelles son esprit restait obscurci: ces derniers faits furent scientifiquement constatés pendant la détention de l'inculpé, durant laquelle les crises reparurent encore; les experts se mirent à l'abri de toute cause d'erreur sur ce point, prenant en particulier contre une simulation possible les

précautions les mieux conçues. L'expert du tribunal, le D^r Curwen déclare cependant qu'en l'absence de l'écume des lèvres, du gonflement des veines du cou et de la lividité de la face, qu'il considérait comme des symptômes essentiels, l'authenticité de l'épilepsie était contestable : réinterrogé, il finit par admettre que ces signes pouvaient manquer dans l'épilepsie vraie. — L'accusé fut condamné à mort.

Appel ayant été fait, de nouveaux experts furent commis, et après des travaux qui durèrent un mois, déposèrent un rapport dans lequel, à l'unanimité, ils concluaient à l'épilepsie et à l'irresponsabilité. L'accusé fut en conséquence interné dans un asile, d'où il s'échappa au bout de deux ans; il fut repris, ou plutôt se constitua prisonnier, et demanda à être renvoyé chez lui pour y être pendu, ne voulant pas retourner à l'asile; il y fut néanmoins réintégré, mais, six mois plus tard, il s'évada de nouveau; on ignore ce qu'il est devenu.

Les deux points sur lesquels l'auteur insiste le plus, en dehors des faits même du procès, sont les suivants : 1^o les troubles des facultés intellectuelles et affectives, manifestés immédiatement après les paroxysmes, peuvent persister pendant la plus grande partie de l'intervalle qui sépare les crises; — 2^o on peut observer des attaques épileptiformes avortées, sans convulsions, sans perte complète de connaissance, sortes de vertiges durant lesquels le malade peut subitement se livrer à des actes de violence dont il n'a ni la conscience, au moment même, ni plus tard, le souvenir. R. DE M. C.

VII. AMÉLIORATION MARQUÉE CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL, A LA SUITE D'UN ANTHRAX GRAVE; par Géo-H. SAVAGE. (*The Journal of mental Science*, n^o de janvier 1881, p. 566.)

Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui présentait, lors de son entrée à l'asile, la plupart des symptômes de la paralysie générale, et qui ne tarda pas à les présenter tous : idées de grandeur, agitation, inégalité pupillaire, embarras et lenteur de la parole, tremblement de la langue et des lèvres, etc. Sur ces entrefaites, le malade fut pris d'un anthrax à la nuque, qui devint rapidement très volumineux et envahit profondément les tissus (pas de glycosurie). Pendant la guérison de l'anthrax on put remarquer une amélioration considérable de l'état intellectuel, et en particulier de la mémoire : cette amélioration

s'accusa de plus en plus pendant trois mois et demi au bout desquels le malade fut rendu à sa famille. Depuis ce moment, il continue à y avoir chez lui un peu d'inégalité pupillaire, une certaine hésitation de la parole, et du tremblement des yeux et de la langue, mais l'amélioration intellectuelle a persisté.

R. DE M. C.

VIII. DÉMENCE AIGUE CHEZ UNE JEUNE FEMME. — MORT PAR PHTHISIE PULMONAIRE, DEUX ANS PLUS TARD, SANS GUÉRISON DE LA MALADIE MENTALE; par G. MACKENSIE BACON. (*The Journal of mental Science*, n° de janvier 1881, p. 554.)

Les cas de démence aiguë paraissant toujours participer plus ou moins de l'hystérie, on croit volontiers qu'ils se terminent presque nécessairement par la guérison; l'observation suivante, intéressante surtout par ses phases variées, vient à l'appui d'une manière de voir tout opposée. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, sans antécédents héréditaires, de constitution faible, très malheureuse dans sa famille, présentant depuis quinze jours des troubles intellectuels, et qui avait été internée dans un asile après s'être présentée à dix heures du soir, par une pluie battante, au presbytère de sa paroisse, entièrement nue et en se donnant pour la vierge Marie. Très excitée à son entrée, elle fut calmée par une douche, bientôt suivie d'accidents hystérisiformes. Bientôt elle refuse de manger et se livre à des actes violents sur une infirmière; après une semaine d'alimentation artificielle, elle mange et parle un peu. L'amélioration continue, mais bientôt elle retombe plus bas; il faut l'habiller, la faire marcher, l'alimenter avec la sonde. Plus tard encore, elle va mieux, paraît plus intelligente, mais ne veut pas parler. Six mois plus tard, amélioration progressive, sauf en ce qui touche la conversation. Enfin (deux ans après son admission), aggravation, retour à l'alimentation artificielle, refus de parler, même à sa mère. Elle ne tousse pas, mais elle a l'aspect des phthisiques. Elle va de plus en plus mal, et meurt sept mois après de gangrène pulmonaire, sans que, durant ce temps, ni à l'approche de la mort, on ait constaté le moindre réveil intellectuel. — Pas d'autopsie.

R. DE M. C.

IX. NOTE SUR QUELQUES CAS OBSERVÉS A L'ASILE DES ALIÉNÉS DE CEYLAN; par J.-W. PLAXTON. (*The Journal of mental Science*, n° de janvier 1881, p. 559.)

L'auteur, en prenant la direction de l'asile de Ceylan, a d'abord été très étonné de ne pas trouver dans l'établissement un seul cas de paralysie générale; depuis ce moment, il a pu observer trois malades qu'il est porté à considérer comme paralytiques. Tous trois sont morts après un court séjour. L'un des malades étant mahométan, deux autopsies seulement ont été faites.

Dans les trois cas, il y a eu simultanément affaiblissement musculaire et affaiblissement intellectuel. Pendant la vie, il y a eu démente simple, et finalement idiotie dans un cas, et, dans les deux autres, excitation continuelle. Des deux derniers malades, l'un était encore sensible au stimulus des impressions externes, l'autre ne l'était plus.

Les deux autopsies ont montré dans le cerveau des points de sclérose miliaire, surtout dans la substance blanche. Dans un cas, il y avait de la pachyméningite, avec un hématome; d'autre part, le cerveau ne présentait pas les caractères de la paralysie générale; dans le second cas, au contraire, on trouva un cerveau type de paralytique. — A défaut de l'autopsie, les symptômes, dans le troisième cas, ne laissent pas de doute sur le diagnostic. Au point de vue étiologique, on sait que l'un des malades était un buveur, un autre un fumeur de haschisch; sur le troisième, il n'y a pas de renseignements.

R. DE M. C.

X. HYPNOSIS REDIVIVUS; par D. HACK TUKE. (*The Journal of mental Science*, janvier 1881, p. 531.)

On sait que les recherches de Braid sur l'hypnotisme n'eurent, il y a près d'un demi-siècle, d'autre résultat apparent que de causer à leur auteur les plus amers déboires. La foule de ceux que les faits nouveaux impatientent — parce qu'ils troublent leur sereine somnolence scientifique — eut bientôt fait d'accabler sous les arguments *a priori* la doctrine du novateur: quant à la vérifier, il n'en fut pas question. Tel était l'état des choses en Angleterre, en 1842, relativement au braidisme. En 1880, la « British Medical Association » invi-

tait le professeur Preyer (d'Iéna) à faire une conférence sur l'hypnotisme et la neuro-hypnologie, et à éclairer l'Angleterre sur les travaux de l'Anglais Braid.

C'est l'histoire de ce revirement, tout en faveur de Braid, et qui ne remonte pas à une date bien éloignée, que M. Hack Tuke s'est proposé de tracer d'une façon sommaire. Il rappelle les expériences de MM. Charcot, Preyer, Heidenhain, Lépine, et les siennes propres. Sans doute, l'hypnotisme n'a pas justifié, jusqu'ici, la confiance que Braid — en se basant sur les résultats obtenus — plaçait dans son avenir thérapeutique; mais s'il ne réalise pas, au point de vue curatif, les brillantes espérances qu'on a entretenues au début, et qu'il n'est pas interdit d'entretenir encore, il fournit du moins à la psychologie et à la physiologie cérébrale une précieuse méthode d'investigation.

Le principal mérite de Braid, dit, en se résumant, M. Hack Tuke, a consisté à démontrer :

1° Que le sommeil ou coma mesmérisme, la rigidité musculaire et la catalepsie, l'anesthésie, l'analgésie, les hallucinations et les illusions qui surviennent dans le cours de ce sommeil anormal, sont des phénomènes réels et non simulés;

2° Que ces phénomènes peuvent être provoqués dans des conditions telles, que, pour les expliquer, il n'est nécessaire de recourir ni à la présence d'un fluide magnétique, ni même d'une influence ou force matérielle quelconque passant de l'opération au sujet;

3° Que ces phénomènes sont, au contraire, le résultat de l'action individuelle, de la concentration de l'attention sur un objet à l'exclusion de tous les autres, aidée de la tension des muscles oculaires en haut et en dedans;

4° Que la suggestion joue un rôle remarquable dans le courant des pensées ou des idées qui sont excitées dans l'esprit du sujet par l'intermédiaire soit des muscles, soit des paroles;

5° Que des changements d'une rapidité remarquable peuvent être provoqués dans la circulation et l'innervation de la région, et, qu'à l'aide de ces changements, on peut arriver à un mode de traitement, non pas magnétique, mais relevant de principes physiologiques connus.

R. DE M. C.

XI. TRÉPANATION DU CRANE CHEZ UN ALIÉNÉ (dix-neuf mois après un coup sur la tête). — GUÉRISON COMPLÈTE; par G. MAC-KENSIE BACON. (*The Journal of mental Science*, n° de janvier 1881, p. 551.)

L'observation de ce malade peut se résumer de la façon suivante : homme de trente-huit ans, d'une santé ordinaire : en août 1878, il reçoit sur la tête un marteau tombé d'une hauteur d'environ six pieds : pas de perte de connaissance; pas de symptômes graves immédiats; cependant le malade se ressent toujours du traumatisme. Vers janvier 1879, étourdissements, fourmillements et engourdissement dans les jambes; en octobre 1879, bruits anormaux dans les oreilles, douleurs dans la tête, les bras et les jambes; en décembre, irritabilité, tristesse, idées de suicide, insomnie, pupilles inégales (la gauche dilatée); le malade porte souvent la main à la cicatrice laissée par le coup. Le 1^{er} janvier 1880, deux tentatives de suicide, à la suite desquelles il est interné dans un asile : là, il se plaint d'être nerveux, de ne pouvoir résister à des impulsions subites; il est agité, ne dort pas; il se plaint toujours de la tête : il y a sur le pariétal gauche une légère dépression.

Dans ces conditions, la trépanation fut proposée par l'auteur, et adoptée et exécutée par l'un des chirurgiens de l'hôpital de Cambridge, M. Wherry; un petit fragment du pariétal, mesurant environ les trois quarts d'un pouce, fut enlevé au point qui avait été le siège de la lésion. La portion d'os enlevée n'était pas fracturée; la dure-mère était violacée, mais paraissait saine. La plaie guérit rapidement et parfaitement. L'opération avait été faite le 12 mars : le 28 juin, le malade put sortir et reprendre son travail habituel, qu'il n'a pas cessé depuis.

Bien que l'opération n'ait pas révélé la cause d'irritation cérébrale que l'on supposait exister, et que l'on se proposait de supprimer, il n'en est pas moins vrai — et ce point est plus digne de remarque que facile à expliquer — que l'apparition des symptômes a eu pour point de départ le traumatisme, et que leur disparition a eu pour point de départ l'opération. Il ne paraît donc pas excessif d'attribuer à celle-ci une part importante dans la guérison.

R. DE M. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 novembre 1881. — PRÉSIDENTIE DE M. LUYS.

Suite de la discussion sur les aliénés criminels. — M. CHRISTIAN, se plaçant sur le terrain clinique, ne veut pas revenir sur les objections qui ont été déjà soulevées contre la construction d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels, car M. Falret, dans une magistrale communication faite en 1866 sur cette question qui n'est pas nouvelle, a fourni déjà de nombreux arguments contre cette proposition. Il veut seulement démontrer que l'asile de Broadmoore n'est pas, comme paraît le penser M. Motet, la preuve la plus éclatante de l'utilité de ce système qui a prévalu en Angleterre et qu'on voulait introduire en France.

M. CHRISTIAN repousse ensuite la qualification de criminel qu'on applique à certains malades : au point de vue du Code, en effet, le crime ne peut exister pour l'aliéné ; il ne doit donc être question ici que de malades plus ou moins dangereux, comme peuvent l'être à un moment donné tous les aliénés, qui fort heureusement ne sont pas toujours jusqu'à la réalisation de l'acte dont ils sont capables.

En se plaçant à un autre point de vue, ne voit-on pas d'ailleurs dans la statistique de Broadmoore la condamnation même de ce projet. En effet, pour peupler cet asile, on a dû y enfermer des aliénés dits *criminels* qui avaient commis des vols d'objets dont la valeur ne dépassait pas 12 pence, ou bien encore les déments ou les paralytiques généraux ayant accompli un de ces actes délictueux, mais à vrai dire insignifiants, qui leur sont habituels.

Nos adversaires trouvent, dit M. Christian, que mélanger ces sortes d'aliénés aux aliénés ordinaires, c'est blesser la famille de ces derniers dans ses sentiments les plus honorables. Mais la pratique nous apprend que les familles, loin de raisonner ainsi, pensent tout autrement et s'estiment au contraire beaucoup trop heureuses que leurs malades n'aient commis aucun acte délictueux, pour aller reprocher d'être criminel à ceux moins surveillés qui le

sont devenus, et à plus forte raison pour songer à se plaindre de leur voisinage. Tous les aliénés quels qu'ils soient peuvent trouver place dans nos asiles, et c'est au médecin seul qu'il appartient de déterminer les soins et la surveillance nécessaires à chacun d'eux.

Examinant ensuite un autre côté de la question, M. Christian passe en revue un certain nombre de malades qui, rendus à la liberté après un premier crime, en ont commis un second, et se demande s'il ne serait pas bon de conserver pour toujours à l'asile tout individu qui dans un accès de délire aurait commis un homicide, ou tout au moins d'entourer la sortie de semblables malades de garanties spéciales, à déterminer, à la condition toutefois, qu'on le traitera toujours avec les aliénés ordinaires.

M. MOTET. — Je n'éprouve aucun embarras à être de l'avis de M. Christian au point de vue clinique, mais en me plaçant comme le fait le magistrat au point de vue social, je ne puis en bonne conscience considérer un aliéné qui a commis un crime comme un aliéné ordinaire. En général, tout homme qui commet une offense contre les lois de son pays doit compte de cette offense. S'il est irresponsable de son acte, il ne doit pas être puni, mais il doit être mis dans l'impossibilité de nuire sans cependant être assimilé aux malades inoffensifs.

Je voudrais aussi que le médecin de province qui actuellement reçoit ses malades de Paris, par convoi de 20 ou 30, ne soit pas exposé à recevoir parmi eux des aliénés homicides qu'il pourrait méconnaître; d'autre part, je crois qu'il faut conserver à nos asiles leur caractère, faire tomber les murs, si c'est possible, sans cependant pour cela négliger de sauvegarder les intérêts de la société.

Pour arriver à ce résultat, il suffirait d'une modification bien simple de la loi de 1838 : décider que les aliénés criminels ne seront plus à la charge de la commune, mais bien à celle de l'Etat, et construire près des prisons des annexes destinées à recevoir ces catégories de malades, ou bien encore créer un asile d'Etat central; car s'il est admis que ces individus seront à la charge de l'Etat, il deviendra difficile de les faire soigner dans des établissements départementaux. Comment d'ailleurs le médecin ferait-il pour conserver ces malades qui, pouvant être guéris de leur délire, exigent leur sortie et commettent ensuite de nouveaux crimes?

M. CHRISTIAN. — Il me semble que dans un asile on peut prendre des précautions suffisantes pour ne pas rendre inopinément à la liberté un de ces êtres malfaisants; l'Etat pourrait, par exemple, les maintenir à l'asile sans demander l'avis du médecin, qui lui-même n'a en général à répondre que ceci : Il est guéri de son accès, mais rien ne me prouve qu'il n'aura pas un autre

accès. Je m'appuie pour condamner la création d'un asile central sur ce fait, qu'à Broadmoore, on trouve des malades ayant volé des objets insignifiants, d'autres ayant commis un crime de lèse-majesté, un autre ayant dérobé un cheval.

M. LUNIER. — Il y a un contraste absolu entre les prémisses et les conclusions de M. Christian; il pense que ces deux mots aliénés et criminels jurent de se trouver réunis, et malgré cela il n'est pas éloigné d'admettre qu'on les détienne pendant presque toute leur vie. J'accepte cependant sa conclusion et je lui dirai alors que c'est aller à l'encontre des progrès qu'on tente d'introduire dans les asiles, que de vouloir y mettre les criminels. Si l'on crée au contraire un asile d'État, avec les criminels on pourrait y mettre tous ces malades qui sont un danger permanent pour le personnel; j'ajouterai d'ailleurs qu'au point de vue théorique je ne puis partager l'opinion de MM. Christian et Motet, quand ils pensent qu'il n'y a aucune différence entre celui qui a commis un crime et l'aliéné simple; je crois au contraire que la différence est grande, car ce sont en général les incurables qui deviennent dangereux.

Il est bien entendu que je laisse de côté les individus devenus aliénés après leur entrée en prison, bien que dans plusieurs cas leur délire soit antérieur à l'acte qui a maintenu la condamnation, mais il serait trop difficile d'en faire le triage. Je crois donc qu'on doit continuer à les mettre comme on le fait actuellement, à la prison de Gaillon.

M. CHRISTIAN. — Vous confondez les aliénés criminels avec les aliénés dangereux. Chacun de nous a dans son service un certain nombre de malades dont il ne serait pas fâché de se débarrasser; mais alors si ce sont eux que vous voulez mettre dans votre nouvel établissement, il ne tardera pas à être rempli; de plus, tel qui profère aujourd'hui des menaces de mort contre le médecin ou le personnel et deviendrait même réellement dangereux, s'il n'était surveillé, sera calme et inoffensif demain. L'enverrez-vous à l'asile central?

M. MOTET. — Presque tous nos malades en sont là. Il est évident qu'on ne devrait mettre dans cet asile d'État, que les individus exceptionnellement dangereux, dont beaucoup n'ont pas commis de meurtre, uniquement parce qu'ils n'en ont pas trouvé l'occasion.

M. FOVILLE. — Il résulte pour moi de cette discussion un fait certain, c'est que le médecin est souvent très embarrassé et se trouve obligé de trancher des questions fort délicates, quand il s'agit de rendre à la liberté un homme ayant déjà tué un autre et qui pourra recommencer. C'est cette responsabilité que je voudrais faire cesser en mettant les aliénés criminels dans un asile spécial.

Je dois cependant avouer que l'article 39 la loi de 1838 nous offre un moyen de tourner cette difficulté, moyen auquel j'ai déjà eu recours un certain nombre de fois. Voici comment :

Pour qu'un aliéné sorte de l'asile, il faut que le médecin le déclare guéri; quand celui-ci ne croit pas devoir faire cette déclaration à cause de la crainte d'une rechute qui pourrait s'accompagner d'un nouveau crime, il n'a qu'à engager le malade à demander sa sortie au tribunal qui statuera alors par un arrêt non motivé, et dégagera la responsabilité du médecin. Je crois que, loin de craindre l'intervention du tribunal, nous devons la provoquer le plus souvent possible. J'avais autrefois dans mon service à Quatre-Mares un homme qui avait commis un meurtre; après quelque temps, il ne présentait plus aucun délire et demandait sa sortie avec insistance. Je l'ai adressé au tribunal qui plusieurs années de suite le remit à l'année suivante; enfin, un jour, la mise en liberté fut ordonnée par un arrêt, et quelques jours après cet homme frappait sa sœur de douze coups de couteau. Depuis le tribunal a toujours été très circonspect et, maintenant, il est de tradition, au tribunal de Rouen, qu'avant de prendre un arrêt, on doit tenir le plus grand compte de l'opinion du médecin.

M. DALLY demande qu'on nomme une commission chargée de recueillir toutes les observations d'aliénés qui, mis en liberté après un premier crime, en auraient commis ou tenté de commettre un second.

M. FALRET pense qu'on doit attendre la fin de la discussion pour étudier cette proposition.

M. B.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

Séance du 40 janvier 1884. — PRÉSIDENTE DE M. WESTPHAL.

Le bureau est renommé par acclamation pour l'année 1884.

M. SENATOR ouvre la séance par la communication annoncée sur un cas d'*apoplexie bulbaire avec paralysie croisée de la sensibilité*¹.

Il s'agissait effectivement, ainsi qu'en témoignent les dessins et les préparations soumises à l'examen de la Société, d'un foyer de ramollissement dans la moitié externe gauche de la partie posté-

¹ Voir les *Archives de Neurologie*, aux Revues analytiques.

rieure et inférieure de la moelle allongée, conformément au diagnostic porté. C'est une thrombose qui a déterminé cette lésion dans le domaine du corps restiforme gauche.

Discussion :

M. KRONECKER demande comment se comportait la respiration. A quoi M. Senator répond qu'en dehors d'un emphysème sénile et de ses attributs symptomatiques, il ne se passait rien d'anormal.

M. REMAK, rappelant le cas décrit par lui dans la séance de novembre (hémianesthésie analogue à la paralysie alterne de Gubler du facial et des extrémités) qu'il considère comme en rapport avec une lésion de la protubérance (travail de Couty dans la *Gazette hebdomadaire* de 1877 et 78), fait ressortir les différenciations cliniques de ces deux observations. Elles ont de commun l'hémianesthésie croisée limitée à la face par le bord du maxillaire inférieur. Chez son malade il n'y avait ni dysphagie, ni dyspnée, ni fréquence exagérée du pouls; mais on notait une kératite neuro-paralytique, une parésie du facial gauche. Appuyant sur le myosis et la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur droit, M. Remak insiste sur la valeur de cette paralysie partielle en faveur d'une lésion nucléaire de la moelle allongée.

Au cours de la discussion, à laquelle prennent part MM. Moeli, Wernicke et Bernhardt, M. Wernicke expose méthodiquement les rapports anatomiques qu'affecte la région en question avec la moelle allongée (trajets des fibres nerveuses).

Séance du 14 mars 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

M. BERNHARDT décrit un cas d'hémiathétose chez une jeune fille de vingt ans. Le principal intérêt de cette observation réside dans la marche de la maladie, l'affection se présentant au début (il y a trois ans) sous la forme d'hémichorée posthémiplegique. C'est graduellement qu'elle se transforma, en quelques mois, en hémiathétose, laquelle persista exactement avec les mêmes caractères qu'elle revêt aujourd'hui. Par conséquent, concurremment avec la première publication faite par l'orateur sur ce sujet (Virchow's, arch. t. 67), ce fait confirme l'opinion de M. Bernhardt que l'hémiathétose doit être considérée comme une modification de l'hémichorée.

M. BERNHARDT présente en outre deux malades, une femme de vingt-cinq ans et un homme de vingt-sept, atteints, la première aux deux mains, le second à la main droite et aux doigts de l'ensemble symptomatique d'ordre vaso-moteur, désigné par les Français sous le nom d'*asphyxie locale des extrémités*¹.

¹ Nous en donnerons l'analyse dans les Revues analytiques.

A ce propos, M. BLUMENTHAL rapporte un cas semblable qui se résume ainsi : Un homme de quarante-sept ans, indemne d'antécédents pathologiques héréditaires ou diathésiques, simplement sujet à des migraines, voit se développer en 1869 une ulcération sur le bord de la lèvre supérieure qui se prolonge jusqu'aux confins de la muqueuse. Considérée par Wilms comme un lupus, elle gagne par-ci, tandis qu'elle guérit par là, sans traces de cicatrices, et cède facilement aux médications locales. Dès lors chaque jour trois ou quatre accès de troubles vaso-moteurs, selon l'expression de M. Bernhardt, caractérisés par des taches bleues, roses, rouges, ou d'un blanc de neige, avec réfrigération glaciale des régions atteintes : ce sont les phalanges des doigts et des orteils, les oreilles, le nez, les lèvres ; au bout de cinq à six mois ces manifestations gagnent la deuxième puis la troisième phalange et durant davantage s'accompagnent de lipothymies. Induration, anesthésie, du tact, sensation permanente de froid dans les parties les premières affectées. Les doigts donnent la sensation de bougies stéariques. Intégrité des fonctions et de la santé générale. Le processus envahit bientôt symétriquement les quatre extrémités, le visage, le tronc ; sueurs profuses des téguments lésés ; durée deux ans. Pendant deux autres années, stade d'induration cutanée ; coloration sombre, jaunâtre ou bronzée ; exfoliation superficielle ; nodosités intracutanées très douloureuses, dures, semblables à des exostoses, symétriques ; en même temps douleurs articulaires dans les extrémités, le long de la colonne vertébrale, qui immobilisent le malade. La peau et le panicle adipeux s'amincissent de sorte que les téguments, très mobiles en tel endroit (thorax, abdomen) semblent en telle autre région collés sur les os (doigts, articulations, omoplate, clavicule, pieds, aponévrose crânienne). Enfin complication de l'atrophie musculaire qui fixe les mains dans l'abduction, permet à peine l'ouverture de la mâchoire, s'oppose à la marche ; langue étroite et pointue, dysphagie. Intégrité des fonctions. Une pleuro-pneumonie, de concert avec les accidents du décubitus, enlève le patient après six ans de maladie. Aucune espèce de traitement n'avait produit d'amélioration.

M. SENATOR mentionne avoir vu assez souvent chez des enfants atteints d'hémiplégie spasmodique infantile (Benedikt) des manifestations motrices ressemblant à celles de la chorée posthémiplégique. En deux cas les extrémités qui se mouvaient involontairement étaient également en proie à des raideurs tétaniformes.

Communication de M. HINSCHBERG touchant la *fixité pupillaire et la mensuration exacte de la diplopie paralytique*. Il s'agit, dit l'orateur en commençant, d'un cas-type de rigidité pupillaire réflexe : la pupille rétrécie ne se contracte plus sous l'excitation lumineuse tandis qu'elle répond à la provocation de l'accommoda-

tion. Ce phénomène découvert par Argyll Robertson, d'Edimbourg, (Edimbg. méd. j., 1869), contrôlé par Knapp, Leber, Wernicke, Hempel (tabes dorsal), a été l'objet de la sollicitude de M. Charcot. Sur quatre-vingt-deux cas relatifs au *tabes* et à la *paralysie progressive* (thèse de Vincent 1877), on note : absence de myosis au début du *tabes*, mais plus tard, la tendance au myosis étant fréquente, l'impression lumineuse fait disparaître la contraction pupillaire. Au bout de dix ans, pupilles immobiles, dilatées, rétrécies ou de moyenne dimension. Au début de la paralysie progressive, pupilles inégales obéissant moins à la différence d'éclairage qu'à l'accommodation. Déjà Remak, en 1864 (Berl. Klin. Wochensch. p. 396), attribue aux formes insidieuses du *tabes cervical*, selon sa propre expression, la réduction des pupilles au diamètre d'une tête d'épingle, ajoutant qu'à ce symptôme correspond une lésion très ancienne. En effet, les pupilles de plus de un millimètre et demi s'observent et chez des adultes indemnes de toute manifestation tabétique, et chez ceux qui tout à fait au début du *tabes* ne se considèrent pas comme malades. M. Hirschberg présente, à l'appui de son thème à la Société, une dame de quarante-quatre ans qui est venue le consulter simplement à raison de l'étroitesse de ses pupilles ; elle accuse des céphalalgies surtout depuis huit deuils éprouvés en très peu ce temps. Absence du phénomène du genou ; pupilles mesurant à peine 2 millim., ne réagissant pas à l'impression lumineuse, mais se dilatant dès qu'on force l'œil à se mettre au *punctum remotum*. Atrophie bilatérale des N. O ; elle est tout à fait au début. (Coloration blanc verdâtre du nerf) : l'œil droit lit encore les plus fins caractères, l'œil gauche, l'impression habituelle. La vision centrale est réduite à droite d'un tiers, à gauche d'un sixième ; le champ visuel et la perception des couleurs, normaux à droite, commencent à décroître à gauche. S'en référant aux opinions de Erb, Hempel, Weiss, Hughlings-Jackson, Müller de Graz, sur la fréquence relative et absolue des deux symptômes, myosis et fixité pupillaire, isolés ou concomitants dans le *tabes* ou la paralysie progressive, M. H... pense que l'immobilité de la pupille est due à l'interruption de cette portion de l'arc réflexe qui lie le nerf optique à l'oculo-moteur, c'est-à-dire qui est intermédiaire aux noyaux de chacun de ces nerfs (Erb, Hempel), tandis que le myosis dériverait d'une lésion du centre dilateur de la pupille dans la moelle ou des nerfs qui en dépendent (Erb).

Le syndrome en question complet peut aussi dans le *tabes* s'accompagner de parésie bilatérale de l'oculo-moteur. Tels les deux exemples suivants. Un homme de cinquante-neuf ans éprouve des élancements dans les jambes, de la faiblesse des extrémités inférieures ; on observe l'absence du phénomène du genou, l'atrophie des deux N. O. avec rétrécissement du champ visuel. Diplopie ; divergence de l'œil

gauche bientôt suivie de celle de l'œil droit. Myosis excessif ; immobilité complète de la pupille à la lumière, tandis qu'elle se dilate dans la vision au loin. Bientôt amaurose totale. — L'autre fait concerne un homme de trente-six ans ayant des antécédents vénériens sinon syphilitiques (?), se plaignant de douleurs dans les membres, de céphalalgies frontales, surtout nocturnes. Il existe de l'anesthésie dans la moitié droite de la face et de la diplopie. Pas de phénomène du genou. Acuité visuelle normale ainsi que le fond de l'œil. L'hémianesthésie comprend aussi la langue, et la surface du globe oculaire. Parésie de l'oculo-moteur droit ; l'œil droit est dévié en dehors. La diplopie tient à la parésie du droit interne droit ; les autres branches de l'oculo-moteur sont peu atteintes, car la pupille de ce côté est plus étroite que l'autre : pas de réaction à la lumière, mais dilatation dès que l'œil fixe un point éloigné. L'iodure de potassium à hautes doses n'agit point, car trois mois après le malade présente une pupille droite mesurant de 4,5 à 2 millim. se dilatant du double pour la vision de loin, se contractant dans l'exercice de la vision rapprochée (accommodation normale) ; une pupille gauche de 5 millim. de diamètre se contractant bien pour la vision de près, mais restant immobile pour la vision au loin (parésie de l'accommodation) ; enfin la fixité des deux pupilles absolue à l'approche d'une source éclairante. Léger ptosis à droite ; mobilité de l'œil de ce côté limitée surtout en dedans. Les frictions mercurielles employées jusqu'au ptyalisme diminuent la divergence de l'œil droit (diplopie presque disparue), mais la parésie accommodative de l'œil gauche augmente, l'organe étant limité dans sa motilité interne. Les deux yeux arrivent à converger sur un objet placé à 12", mais la fatigue ou la suppression physiologique de l'un d'eux entraîne la divergence rapidement ; même observation pour la vision binoculaire à distance. Quoi qu'il en soit, M. H... croit avoir affaire au groupe tabétique ; pour lui l'altération des cordons postérieurs remonterait environ jusqu'à la moelle allongée. Il termine en proposant, pour mesurer l'écartement des deux flammes vues par le diplopie, d'adopter une carte construite par lui ; elle représente la projection d'une sphère du champ visuel de un mètre de rayon divisée en degrés angulaires, et contient les notations mensurales de plusieurs centaines de faits semblables recueillis dans diverses paralysies oculaires ou dans le strabisme avant et après l'opération ; de là des comparaisons exactes touchant les phases de la même affection et différentes affections donnant lieu au même symptôme, un diagnostic certain, et le contrôle du traitement plus facile par la *détermination quantitative du degré de la déviation de l'œil* quelle qu'en soit la cause.

La discussion qui s'engage permet à M. WESPHAL d'insister sur ce fait que tandis que des aliénistes connaissaient dès longtemps la

non réaction de la pupille à la lumière chez les paralytiques, ils étaient moins au fait des allures de cette membrane sous l'influence de l'accommodation.

M. SENATOR appuie l'opinion de Rahlmann pour qui, dans le tabes, la paralysie des fibres oculopupillaires de la moelle cervicale assure la prééminence du nerf oculo-moteur.

M. HIRSCHBERG maintient qu'il y a une double interruption de la conductibilité, le myosis résultant de la paralysie des centres, source des fibres pupillo-dilatatrices, alors que la fixité de la pupille dépend de l'interruption des voies qui unissent les noyaux du nerf optique et de l'oculo-moteur.

M. REMAK insiste sur cette fixité réflexe même quand il y a dilatation pupillaire chez le tabétique; l'observation lui paraît plus difficile quand les pupilles sont étroites.

M. WESTPHAL fait observer que des pupilles fortement contractées naturellement peuvent se resserrer encore si l'on force les yeux à converger et à accommoder.

L'ordre du jour est épuisé par la communication de M. Westphal sur un cas de *psychose réflexe*¹ du moins en apparence. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenlk.*, XII, 2.) P. K.

V^o CONGRÈS DES NEUROLOGUES ET ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST

SESSION DE BADE

Séance du 21 mai 1881.

A deux heures et demie de l'après-midi, M. le premier curateur BÄUMLER (professeur à Fribourg) ouvre la séance par des paroles de bienvenue. La présidence est ensuite décernée par acclamation à M. le professeur RINECKER. M. le professeur JOLLY est désigné pour présider la seconde séance. Secrétaires : MM. MOMMSEN et TUCZEK.

Après le tribut de regrets payé par M. Bäumlér à l'absence du second curateur, M. FISCHER, le président donne lecture des noms de collègues qui s'excusent de ne pouvoir prendre part aux travaux

¹ On en trouvera l'analyse dans les Revues analytiques.

de la réunion. — L'assemblée reçoit en distribution le programme du Congrès International de médecine de Londres, le rapport du professeur BUNSEN touchant l'analyse de la source de la galerie principale de Bade, ainsi que ses entrées à la promenade et au casino mises comme toujours gracieusement à sa disposition par la Commission des Eaux.

On passe ensuite à la série des communications qui suivent : Professeur FÜRSTNER et D^r ZACHER (d'Heidelberg) : *sur une anomalie de formation particulière du cerveau et de la moelle*. Cette observation qui sera publiée *in extenso*¹ concerne une défectuosité prononcée du lobe frontal gauche; l'insula se trouve notamment à découvert de ce côté; absence d'aphasie. La moelle est double à la région lombaire, bien que le canal vertébral soit unique.

Le professeur FÜRSTNER fait une nouvelle communication relative à la *destruction unilatérale du bulbe*. Les quinze expériences pratiquées sur des animaux qui ont survécu jusqu'à un an et demi après la lésion, seront intégralement publiées².

M. le professeur SCHÜLTZE (d'Heidelberg) présente au Congrès une couturière de trente-trois ans atteinte de *tétanie*, chez laquelle son médecin, le D^r Dusch, a rencontré l'*hyperexcitabilité mécanique* des deux nerfs *facial*, tout récemment signalée par Chwostek. La démonstration en est très nette sur les branches inférieures du nerf; il ne s'agit pas là de manifestations d'ordre réflexe puisque ni le chatouillement de la peau ni de légers coups frappés à côté des troncs nerveux et en dehors des zones électro-motrices n'entraînent de contractions dans les muscles correspondants. Parallèlement, hyperexcitabilité électrique. Mêmes phénomènes dans les nerfs du bras. Longue durée, absence de réflexe patellaire, sans symptômes du tabes au début. La pression permanente exercée sur le tronc du facial n'engendre pas cette réaction qui n'est d'ailleurs pas spéciale à la *tétanie*. Chez les gens bien portants presque toujours un coup porté sur la partie inférieure de l'os malaire détermine une contraction du grand zygomatique, qui ne doit être considérée comme le fait ni d'une excitation nerveuse directe, ni d'une réflexe, mais bien d'une excitation musculaire. Même observation dans la paralysie faciale alors que, l'excitabilité électrique du nerf ayant totalement disparu, l'excitabilité musculaire est encore conservée.

Du Paramyoklonus multiple par M. le professeur FRIEDREICH. — Il s'agit d'un cas spécial de convulsions cloniques de certains muscles symétriques des extrémités supérieures et inférieures, qui se sont manifestées à la suite d'une frayeur chez un homme de

¹ Nous l'analyserons alors.

² Nous en donnerons l'analyse à ce moment.

cinquante ans. Elles ont rétrogradé spontanément. La publication en sera effectuée dans les archives de Virchow.

Des modifications dans le poids du corps, qui suivent les accès d'épilepsie; par le professeur Jolly (de Strasbourg). Par les recherches entreprises sur ce sujet à la clinique du professeur, M. Lehmann se proposait de contrôler les indications de Kowalewsky¹. Vingt-huit malades, tant hommes que femmes, en ont été l'objet pendant quatre semaines. On a bien constaté çà et là pendant les premières vingt-quatre heures une diminution de une à trois livres après l'accès, mais il ne s'agissait que d'une coïncidence fortuite, car :

1^o Chez un même épileptique d'autres accès non moins graves, loin d'être suivis d'une perte de poids, ont été parfois en relation avec une augmentation ;

2^o La plupart des épileptiques ne subissaient aucune modification pondérale, que la maladie fût récente ou ancienne, que les accès fussent forts ou faibles. On observa même un cas d'état de mal sans perte de poids ;

3^o L'ensemble des malades examinés en dehors des accès présentèrent, toutes choses étant égales d'ailleurs, très fréquemment des oscillations pondérales variant d'une demie à une livre en plus ou en moins. Il en est de même pour des gens bien portants.

Par conséquent les conclusions de M. Kowalewsky constitueraient autant d'illusions.

Le D^r ROLLER (de Strasbourg) recommande au Congrès un *appareil à placer des coupes de cerveau et de moelle* dans leur ordre sériaire respectif : il s'agit de faire pratiquer par un potier dans des plaques en terre cuite une série de dépressions. Ces plaques de cinq espèces, pourvues chacune de six à soixante-quatre compartiments cellulaires, selon le nombre des coupes et leur volume, reviennent au plus à 4 marks 50 (5 francs 65). Les micrographes réaliseraient également une économie considérable en remplaçant les lamelles couvre-objets en verre par des *lamelles de mica*. Extrêmement transparentes, celles-ci s'appliquent hermétiquement sur les préparations et se taillent aisément selon les dimensions voulues : elles conviennent surtout aux grosses coupes, mais sont encore utilisables pour celles qui exigent l'oculaire 3 et l'objectif 8 de Hartnack.

Le D^r STILLING (de Strasbourg) montre des préparations de *chiasma* et *bandelette optique* dans lesquelles les faisceaux non croisés sont les plus nombreux ; puis viennent ceux des deux commissures ; enfin le plus petit nombre a trait aux fibres entre-croisées. Celles-ci reposent sur les non entre-croisées comme sur la concavité d'une gouttière. La commissure antérieure très nette chez le chien occupe

¹ Voyez les *Archives de Neurologie*, t. II, p. 278.

principalement la face supérieure du chiasma, tandis que la commissure postérieure se montre à sa face inférieure. On peut suivre les fibres de cette dernière jusqu'au corps genouillé latéral, au corps genouillé médian, aux tubercules quadrijumeaux et à la racine descendante, où se rendent également des faisceaux croisés et non croisés ; mais l'auteur n'a pu les poursuivre jusque sur le tectum opticum de la couche optique. La racine descendante se divise en deux branches : la plus forte passe au-dessous du corps genouillé médian dans le ruban de Reil et gagne l'olive ; l'autre, plus faible, se dégage dans le pont de Varole. Dans le nerf optique les fibres n'affectent nullement la disposition que divers schémas ont prétendu leur assigner. Les fibres commissurales, les fibres croisées ou non sont surtout juxtaposées à l'intérieur du nerf.

Remarques sur l'anatomie comparée du système nerveux central, relatives principalement aux trois classes les plus inférieures de vertébrés ; par le professeur WIEDERSHEIM. Cette communication envisage cinq questions différentes. — A. *L'origine du nerf acoustique.* Il serait chez les ascalabotes, tel l'hemidactylus verrucosus, constitué presque de toute la masse des cordons postérieurs de la moelle dont il formerait en même temps le prolongement antérieur direct. — B. *Les variations dans la structure du cerveau chez une seule et même espèce animale.* Chez la rana esculenta, l'auteur rencontre deux fois sur treize sujets une anomalie de formation du cervelet et de la moelle allongée, consistant pour le premier cas en la fermeture presque complète de ce dernier organe par un entonnoir de substance blanche, tandis que le cervelet réduit à un bourrelet transverse y adhérerait totalement ; et pour le second fait, en l'oblitération totale du quatrième ventricule par une hypertrophie cérébelleuse considérable. A l'état normal la moelle allongée de la grenouille beye largement à la région dorsale, le cervelet n'en formant que la limite antérieure. — C. *La phylogénie du nerf vague.* Chez le protoptère, représentant des dipnoïques, la ceinture scapulaire est encore en rapport avec les nerfs de la tête ; les éléments du nerf vague se prolongent jusqu'à l'extrémité libre de l'arc de l'épaule, qui porte d'ailleurs trois branchies bien développées et fonctionnant. Cette observation vient à l'appui de l'hypothèse de Gegenbaur que la ceinture scapulaire des vertébrés proviendrait d'un arc branchial. — D. *Un nerf olfactif quadruple.* Chez les batraciens anoures (rana esculenta et pipa dorsigera) ce nerf naît de deux racines, l'une centrale, l'autre latérale, toutes deux originaires du lobe olfactif, qui se réunissent en un tronc commun et gagnent à travers un seul trou la capsule olfactive. Chez les batrachophides, les cœcilies ou les gymnophions, de chaque côté partent du lobe olfactif une racine ventrale et une racine dorsale, demeurant complètement séparées et perforant isolément la lame criblée en deux

points; en somme quatre nerfs olfactifs parviennent dans la cavité olfactive au travers d'un nombre correspondant d'ouvertures. Chaque cordon garde d'ailleurs son individualité en cet organe. — E. *Cerveaux fossiles*. Il s'agit de ceux d'amphibies fossiles (*Labyrinthodon Rütmejeri*), d'oiseaux et de mammifères fossiles de l'Amérique du Nord. Planches nombreuses à l'appui. Voyez sur ce sujet les travaux de O.-C. Marsh et Wiedersheim publiés en ces dernières années.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Séance du 22 mai. — PRÉSIDENTE DU PROFESSEUR JOLLY.

La parole est donnée à M. le professeur BECKER pour une communication sur *la pathogénie de l'ophtalmie sympathique*. Après avoir repris les communications et observations de Knies et Mac-Gillavry qu'il considère comme incomplètes au point de vue scientifique, M. Becker raconte un fait qui, à son sens, témoignerait de la *transmission par les centres vasculaires d'une uvée à l'autre* des accidents inflammatoires. Il concerne un garçon de dix-neuf ans qui s'étant frappé à l'œil droit avec un fouet, vit s'y développer une panophtalmie. On constatait le huitième jour, du trismus avec déviation du maxillaire inférieur à droite; le neuvième jour de la dysphagie avec paralysie de l'oculo-moteur de l'œil gauche (sphincter irien indemne) dans lequel l'examen ophtalmoscopique pratiqué le dixième jour décele de la dilatation des veines, de la tuméfaction et un état trouble de la rétine en bas et en dedans. Ces phénomènes allèrent en s'accroissant, s'accompagnant bientôt d'opisthotonos, de convulsions généralisées, jusqu'au moment de la mort survenue le quatorzième jour dans le délire : température 38°,6 à 39°. L'autopsie démontre l'intégrité des centres nerveux; les fibres, les cellules, les noyaux même de l'oculo-moteur sont demeurés intacts. L'œil blessé présente, outre les lésions de la panophtalmie une névrite ascendante du N. O. qui toutefois ne dépasse pas le trou optique, la portion intra-crânienne du nerf et le chiasma étant sains. L'œil gauche sympathiquement affecté est le siège d'une choroido-névro-rétinite. Les nerfs ciliaires offrent bien à une distance de quelques millimètres une accumulation de noyaux se colorant facilement, mais elle est purement locale. En conséquence, pour M. Becker, l'inflammation s'est transportée d'un système uvéal à l'autre, la choroidite communiquée dans l'œil gauche y ayant entraîné la neuro-rétinite, conformément aux récentes indications de Mooren, Rumpf, Berlin.

Des analogies entre la commotion rétinienne et cérébrale, par le professeur BERLIN. Traçant d'abord une courte esquisse d'une obser-

vation décrite par lui il y a neuf ans, dans laquelle à la suite d'une blessure de l'œil par un corps contondant était survenue une légère diminution à l'acuité visuelle centrale, coïncidant avec un état trouble de la rétine étendu, l'orateur rappelle que les deux phénomènes ayant disparu brièvement, il s'agissait, croyait-il, d'une commotion de la rétine ayant pour substratum anatomique l'état local de cette membrane. Or, une grande série d'observations lui ont depuis démontré que les perturbations fonctionnelles sont indépendantes de l'obnubilation rétinienne ; elles tiendraient plutôt à un spasme traumatique du muscle ciliaire compliqué d'un astigmatisme cristallinien irrégulier et passager. Ces phénomènes n'ont rien à faire avec la commotion ; il s'agit là d'une blessure de la rétine. Des expériences faites sur l'animal nous apprennent, en effet, que l'on rencontre toujours en ces faits un épanchement de sang considérable entre la choroïde et la sclérotique ; or, la rétine étant hygroscopique s'œdématie de ce chef par imbibition ; de là l'état de trouble et de tuméfaction décelé par l'ophtalmoscope et le microscope. Il est probable, ajoute M. Berlin, qu'immédiatement après la lésion, par suite de la répartition uniforme de la pression hydrostatique sur l'ensemble de la rétine et de la papille, il se produit toujours un obscurcissement passager de l'œil, l'analogie de la commotion cérébrale passagère, qui, éphémère, échappe à nos investigations cliniques. Quant aux troubles de la vue d'une durée quelconque, prononcés et permanents, surtout lorsqu'ils intéressent la vision excentrique, il faut les rattacher aux lésions intra-oculaires de la rétine et de la choroïde ainsi qu'en certains cas à des altérations dans le tronc du nerf. Rien n'autorise donc à supposer une commotion rétinienne, il s'agit simplement de la compression du globe et des régions rétro-oculaires sur la portion orbitaire du nerf optique. — Les troubles optiques qui suivent les blessures du crâne par un corps contondant dépendraient, eux aussi, des effets d'une compression de la calotte et des revêtements membraneux et non de la commotion cérébrale optique ou rétinienne.

De l'occurrence des accès épileptiques pendant le sommeil chloroformique, par le D^r BAUMGÄRTNER (de Bade). — Les observations de l'auteur concernent deux individus. C'est ainsi qu'un travailleur vigoureux de vingt-six ans, obligé à plusieurs reprises de se faire réduire une luxation sous-coracoïdienne qui s'était produite pendant un accès d'épilepsie, fut pris en pleine narcose chloroformique, cinq fois d'une crise convulsive soudaine durant à peu près trois quarts de minute ; la crise passée on lui remettait le bras. Une seule fois, les convulsions se montrèrent tandis qu'on tirait sur le membre ; en tous les cas elles consistèrent en une courte raideur suivie de mouvements cloniques, accompagnés de fermeture des poings, quelque écume blanche à la bouche, et terminés

par un sommeil réparateur de vingt minutes. A la dernière séance, au moment où l'on en avait fini avec la réduction, l'accès cessait. — L'autre épileptique dont il s'agit avait son accès tous les deux jours. On le chloroformise à plusieurs reprises le jour où suivant toutes présomptions il ne devait pas l'avoir. Mais voici qu'au milieu du calme le plus complet, soudain il est soulevé de la table d'opération, et doit être placé à terre en proie aux convulsions les plus violentes pendant quatre minutes. Absence d'écume à la bouche. Cet incident, qui avait paru provoqué la première fois par le contact d'une cicatrice que le malade portait au front, se renouvelait aux autres séances en dehors de toute espèce de cause occasionnelle. — M. B... attribue à la narcose chloroformique la genèse d'une *ischémie cérébrale* possédant les mêmes propriétés que celle qui détermine l'accès épileptique classique. Seulement tandis que l'*anémie épileptogène ordinaire* procède d'un spasme vasculaire préalable, l'*anémie épileptogène chloroformique* émanerait d'une anoxhémie pulmonaire.

Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë, par le professeur SCHULTZE (d'Heidelberg). — Le cas rapporté par M. Sc. comprend des modifications de l'excitabilité électrique, il lui a été communiqué par le D^r Schultz (de Brunswick). La publication en sera effectuée.

De l'action de la lymphe sur les organes centraux, par le D^r Th. RUMPF. — La double série d'expériences envisagées ici a trait à la moelle et au cerveau. Elles démontreraient qu'une double section de la moelle pratiquée transversalement à la région cervicale et à la région lombaire entraîne la résorption quasi complète du segment intermédiaire, si l'on a soin de le séparer de toute connexion nerveuse par la scission des racines antérieures et postérieures, en cinq à sept jours. Déjà au bout de vingt-quatre heures on observe de la tuméfaction de l'ensemble des éléments anatomiques qui finissent par se morceler comme dans les dégénérescences et disparaître. Une seule section transversale effectuée aussi haut que possible, en même temps que l'on coupe les racines antérieures sur les trous intervertébraux, n'entraîne presque aucune dégénérescence, même si l'on mutile à la fois le système des fibres de la queue de cheval auxquelles la disposition topographique et l'expérience permettent d'attribuer la sensibilité. Inversement l'interruption des faisceaux moteurs, la moelle segmentée conservant, dans les mêmes conditions, ses attaches sensibles, détermine la destruction de l'organe, mais cette dégénération est plus lente que dans le premier mode d'expérimentation. — Que devient le cerveau traité de la même façon ? En sectionnant chez la grenouille les nerfs olfactifs et les pédoncules cérébraux dans la cavité crânienne,

les nerfs optiques dans l'orbite, on observe la disparition totale de ce centre. Au bout de cinq à sept jours, la cavité crânienne est vide, on n'y rencontre que quelques restes de tissu conjonctif à la base, comprenant entre eux des détritres médullaires et des cloisons. La même opération exécutée chez des pigeons engendre, en plus de ces processus, des abcès profonds, causant une prompt mort. L'auteur résume ainsi les résultats de ses recherches :

1° Pour conserver les organes centraux, il ne suffit pas de leur assurer une circulation normale, il faut en outre qu'ils demeurent en connexion constante avec les voies systématiques dont ils sont les origines;

2° L'interruption absolue de cette continuité détermine la destruction des organes centraux, effectuée en partie par l'action de la lymphe;

3° L'interruption partielle, qui ne porte que sur certains cordons, met en évidence la suppléance fonctionnelle temporaire et même persistante des autres systèmes;

4° La conjonction de la moelle avec les cordons moteurs suffit pour en conserver l'intégrité, du moins pendant un temps assez long. Cette action conservatrice exclusive des faisceaux nerveux moteurs, émanerait des plaques terminales de ces organes dont se dégagerait constamment un *courant nutritif centripète*; aussi M. Rumpf, par opposition avec le tonus centrifuge du muscle, propose-t-il de la désigner sous le nom de *rétrotonus*.

Le D^r VON HOFFMANN (de Bade) décrit au Congrès deux cas d'élongation de nerfs céphaliques et deux observations de ligature de l'artère carotide dans l'exophtalmie pulsatile. — Le premier fait regarde un impaludique, souffrant de douleurs fulgurantes dans la moitié gauche de la face, accompagnées de rubéfaction, saillie des veines fronto-temporales, tremblements musculaires, claquement des dents, trismus, incessants en dépit de toute sorte de traitements. La guérison eut lieu progressivement, mais on dut pratiquer successivement l'élongation du nerf sous-orbitaire, et celle du nerf maxillaire inférieur, qui fut même déchiré à son entrée dans l'os du même nom. Le second exemple, du même ordre, est relatif à une femme de trente-cinq ans, ayant eu dix grossesses, chez laquelle, à la suite d'un accouchement gémellaire heureux, s'était établie une fièvre ressemblant à celle de la malaria. Les accès persistent trois ans et s'aggravent à mesure que les grossesses se succèdent; ils ne disparaissent que pour être remplacés par des contractions convulsives de la moitié droite du visage et notamment des contractures de la paupière. Les trois enfants nés pendant cette période et nourris par la malade sont morts vingt, trente-six, quarante-trois semaines après l'accouchement, de phthisie. Augmentation de volume et parésie de la face du côté

atteint. La pression exercée sur le nerf sous-orbitaire faisant disparaître momentanément les accès, on procède à une première élongation avec déchirure de ce cordon qui détermine une amélioration passagère. Une seconde opération identique effectuée sur le facial semble jusqu'à présent avoir affirmé les résultats premiers. — Les deux autres malades concernent l'oculistique : une exophthalmie, consécutive pour l'auteur à des efforts exagérés, fut guérie par la ligature de l'artère carotide ; il semblait évident à M. H... qu'il s'agissait ici d'une rupture de la carotide dans le sinus caverneux. La même pratique, usitée dans un cas d'exophthalmie congénitale chez un enfant de huit mois, ne réussit pas aussi heureusement ; car après une amélioration de quatorze jours le globe oculaire était de nouveau projeté par une tumeur dure, d'accroissement rapide, probablement un sarcome.

Contribution à la connaissance de la manie aiguë, par le D^r WIRKOWSKY (de Strasbourg). Sous ce nom, l'orateur englobe simplement les faits caractérisés par la profusion des conceptions, l'exagération de la personnalité, la multiplicité des mouvements automatiques et l'excitation de l'humeur. Il en exclut les états d'agitation qui, par exemple, se montrent dans les psychoses chroniques, ainsi que les délires proprement dits, avec leur cortège habituel (troubles de perception, hallucinations). Aussi doit-il avouer que le symptôme clinique en question est extrêmement rare à l'état de pureté, renvoyant pour la description détaillée qu'il envisage, au n^o 24 de la *Berliner Klinische Wochenschrift*.

Le D^r TUCZEK (de Marbourg), désireux de compléter en quelque sorte le travail publié par le D^r Siemens dans les Archives de Westphal¹ communique à l'assemblée, sous ce titre : *Action de l'ergot de seigle sur le système nerveux central*, le résultat de l'examen pratiqué par lui sur la moelle des individus morts. Il a trouvé et montre aux assistants une lésion des cordons postérieurs, le processus était essentiellement limité aux cordons de Burdach. Mais il était facile de le suivre dans toute la hauteur de la moelle jusque parmi les vestiges des cordons cunéiformes à la région du bulbe. Prolifération du tissu interstitiel (grandes cellules araignées en nombre), atrophie des fibres nerveuses, développement de cellules granuleuses en amas, tels en sont les caractères micrographiques. Des expériences en ce moment en train sur les animaux avec le seigle ergoté, l'ergotine et l'acide sclérotinique feront l'objet d'un travail ultérieur qui sera publié.

Enfin, après avoir entendu la lecture de deux observations intéressantes des D^{rs} KAST (de Fribourg) et SCHWAAB (de Werneck) au

¹ Nous en donnerons le résumé dans la Revue analytique.

sujet de la *névrite* et des *psychopathies imputables à la guerre de 1870-71*¹, le Congrès choisit de nouveau Bade pour lieu de sa réunion l'année suivante, désignant comme curateurs organisateurs MM. FÜRSTNER et FISCHER.

Remerciant en dernier lieu les curateurs de cette année, le président clôt la séance à onze heures et demie.

(*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 1.)

P. K.

BIBLIOGRAPHIE

II. *D'une névrose convulsive et rythmique déjà nommée forme de chorée dite électrique*; par A. GUERTIN. Thèse de Paris, 1881.

En 1846, Dubini avait décrit sous le nom de chorée électrique, une maladie convulsive bornée à l'un des côtés du corps, s'accompagnant d'un sentiment d'affaiblissement, puis de fourmillement, puis de paralysies presque complètes et dans les derniers jours le malade tombait dans le coma avec dilatation des pupilles. A peu près constamment, cette maladie, qui a été observée depuis par plusieurs auteurs italiens et allemands, se terminait par la mort, sans que l'autopsie ait jamais révélé sa nature. Un autre élève de M. Bergeron, M. Berland, avait déjà appelé l'attention sur une autre forme de chorée électrique, que M. Guertin étudie de nouveau. Cette affection dont l'étiologie est encore fort obscure débute brusquement, et il n'existe pas de période durant laquelle on observe des désordres pouvant être mis sur le compte de la maladesse. Le spasme envahit en même temps tous les muscles qui doivent être atteints et présente dès le début ses caractères distinctifs qu'il conserve, sans modifications, pendant tout le cours de la maladie. Les mouvements ont pour caractères propres la brusquerie qui rappelle une secousse électrique, et le rythme; ils sont continuels et indépendants de la volonté; ils intéressent toujours, du commencement à la fin, les mêmes groupes de muscles; assez souvent les secousses électriques sont limitées à l'extrémité céphalique. Les

¹ Voyez les *Archives de Neurologie*, aux Revues analytiques.

convulsions sont à peine exagérées quand les malades font effort pour dominer l'agitation; elles n'empêchent pas le sommeil et cessent toujours lorsqu'il est arrivé. Pas de phénomènes généraux, pas de troubles intellectuels. Cette affection se distingue de la chorée vulgaire par l'absence des troubles psychiques du début, de ces gesticulations non rythmées, désordonnées, indescriptibles qui caractérisent la danse de saint Guy. La chorée électrique, au lieu de procéder par accès, est uniforme pendant toute sa durée et en outre se manifeste complètement du premier coup et ne se développe pas progressivement comme la chorée vulgaire. Ces caractères de la marche la différencient encore des chorées rythmiques des hystériques (Charcot) ou des épileptiques (Parrot). Mais ce qui la distingue surtout, c'est son pronostic constamment favorable, en ce sens que la guérison a toujours été radicale et immédiate par une seule administration de tartre sibié à dose vomitive ou par l'application de l'électrisation avec les courants induits. CH. F.

III. *De la conservation des réflexes tendineux dans l'ataxie locomotrice progressive*; par C. ТИЕМЪ. Thèse de Paris, 1884.

Le réflexe rotulien qui est le seul auquel on puisse attribuer une véritable valeur peut manquer chez certains sujets; son absence n'est donc pas une preuve qu'il existe une affection quelconque du système nerveux. Il existe un certain nombre de cas d'ataxie locomotrice dans lesquels les réflexes tendineux ne sont pas abolis. La persistance des réflexes peut s'observer non seulement dans la première période de l'affection, mais jusqu'à une période très avancée lorsqu'il existe déjà des troubles trophiques du côté des articulations des extrémités supérieures. Il paraît certain que les réflexes ont pu être abolis chez certains ataxiques et reparaitre ensuite. D'autres fois, lorsque les deux membres inférieurs sont également atteints d'incoordination motrice, le réflexe n'est aboli que d'un seul côté. Il peut même arriver que les réflexes, au lieu d'être abolis, soient exagérés. Le signe de Westphal n'a donc qu'une valeur relative, qu'il tire surtout de son association avec d'autres troubles tabétiques. M. Charcot a fait remarquer qu'il peut y avoir erreur sur la nature même du réflexe persistant dans l'ataxie. Il peut se faire que la percussion de la région sous-rotulienne provoque un réflexe du triceps sans qu'on doive attribuer cette réaction à l'excitation mécanique du tendon, l'extension de la jambe sur la cuisse serait due dans quelques cas à un réflexe cutané provoqué par l'excitation portée sur une plaque d'hyperesthésie. Ce qui paraît distinguer ce réflexe cutané du réflexe tendineux, c'est un certain retard dans la production du mouvement d'extension de la jambe

CH. F.

IV. *Essai sur le bérubéri au Brésil*; par TARISSAN. Thèse de Paris, 1881.

Cette étude ne contient pas de faits nouveaux, elle est surtout basée sur des recherches historiques. Malgré les exceptions qu'on en a citées, l'auteur pense que le bérubéri est une maladie propre aux pays situés entre les tropiques. Toutes les circonstances physiques ou morales, qui tiennent à produire un appauvrissement de l'organisme, une anémie plus ou moins profonde, sont les causes prédisposantes de la maladie. La cause déterminante du bérubéri est spécifique, mais d'une nature inconnue; l'origine palustre est inadmissible. La forme mixte est la plus grave. Pour obtenir la guérison, le changement de localité est un moyen souvent efficace.

CH. F.

V. *Des accidents réflexes survenant après l'opération de l'empyème*; par G. MARTIN. Thèse de Paris, 1884.

Hoffmann, Sauvages, Bosquillon signalent la paralysie des membres supérieurs dans le cours de l'empyème; en 1875, M. Raymond fit connaître un fait dans lequel des convulsions épileptiformes étaient survenues dans les mêmes circonstances, M. Brouardel et Vallin citèrent des cas analogues. M. Lépine rapporte deux faits d'empyème, l'un avec monoplégie, l'autre avec hémiplégie. MM. Leudet, Goodhart, Williams, Butlin, Cayley, Aubouin, J. Simon ont publié des cas semblables. Ces accidents nerveux réflexes se montrent toujours après l'intervention, mais à une époque très variable, ordinairement dans le premier mois, mais dans le cas de Leudet, ils ne se sont produits qu'après plus d'un an. On les a surtout rencontrés de vingt à trente ans, mais ils peuvent se présenter chez des enfants. Sur quatorze cas, deux fois seulement il s'agissait de femmes. La nature du liquide injecté paraît sans influence, mais il n'en est pas de même de son abondance et de la force de projection.

Ces accidents varient par leur mode d'apparition; tantôt ils surviennent brusquement, d'une manière foudroyante, tantôt ils se produisent lentement, d'une manière insidieuse. Quand il s'agit d'un accès épileptique, le malade revenu à lui-même, n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Dans un cas, une contracture de tout le côté opposé à la pleurésie, a rapidement disparu et a été remplacée par une hémiparésie de l'autre côté. Les accidents à forme lente ne s'accompagnent point de phénomènes généraux, ni de troubles de l'intelligence ou de la parole qui caractérisent la forme brusque: ils consistent en des phénomènes de paralysie plus ou moins étendus qui siègent le plus souvent du côté de l'em-

pyème. Il s'agit ordinairement d'une paralysie incomplète qui présente des alternatives d'augmentation et de diminution, et qui ne s'accompagne point de troubles de la sensibilité. A quoi sont dus les accidents réflexes? Est-ce à l'irritation du phrénique ou des rameaux centripètes du pneumogastrique? Est-ce à l'anémie du bulbe?

CH. F.

VI. *Etude clinique sur la névralgie iléo-lombaire symptomatique des affections des organes génitaux chez la femme*; par A. LE BAILLY. Thèse de Paris, 1881.

Après Bassereau, Axenfeld, Beau, Marrotte, l'auteur étudie la relation qui existe entre les névralgies iléo-lombaires et les affections des organes génitaux; il rapporte plusieurs observations d'affections aiguës de la vulve du vagin de l'utérus, et d'affections chroniques de l'utérus et de ses annexes accompagnées de névralgies. Il appelle l'attention sur ces mêmes névralgies dans la grossesse. Il insiste en outre sur la coïncidence fréquente de l'hypersécrétion vaginale et utérine et des névralgies iléo-lombaires.

CH. F.

VII. *Etude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel*; par E. GLEY. Thèse de Paris, 1881.

Pendant le travail intellectuel, on observe une augmentation du nombre des battements du cœur qui paraît être en raison directe de l'intensité de l'attention. En même temps, il existe une dilatation de l'artère carotide et un dirotisme plus marqué du pouls carotidien; à la radiale, on trouve des phénomènes inverses. Ces caractères sont d'autant plus marqués que l'attention est plus forte, et ils persistent un certain temps après que l'activité cérébrale a cessé. Ces modifications ne dépendent pas de changements soit de l'activité cardiaque, soit de la respiration; ils sont dus à une influence vaso-motrice.

CH. F.

VIII. *Essai sur la paralysie diphthéritique du nerf pneumogastrique*; par L.-E. GULAT. Thèse de Paris, 1881.

Dans la convalescence de la paralysie diphthéritique, on observe quelquefois des troubles cardio-pulmonaires se traduisant par un état syncopal, avec ralentissement, puis accélération et petitesse du pouls, et par de la dyspnée avec irrégularité des mouvements respiratoires, ordinairement associés à des douleurs abdominales et à des vomissements alimentaires. Ces troubles succèdent d'habitude à une paralysie du voile du palais consécutive à une angine diphthé-

ritique. Ils peuvent guérir tant qu'il n'y a que du ralentissement du pouls; dès qu'il y a de la dyspnée la mort est inévitable. Ordinairement troubles cardiaques et troubles pulmonaires vont ensemble, mais exceptionnellement on les trouve isolés. Ces accidents sont rarement subaigus. Le seul traitement efficace est la faradisation méthodique et prolongée de la région précordiale et de la partie postérieure du thorax. Il paraît certain que les caillots trouvés dans le cœur n'ont rien de spécial à la diphthérie et que d'ailleurs ils se forment après la mort. La théorie de l'endocardite et de la myocardite ne rend pas non plus complètement compte des phénomènes. L'auteur pense qu'une lésion bulbaire n'expliquerait pas les troubles isolés; il croit que si la théorie bulbaire était vraie, on devrait rencontrer quelquefois la paralysie des nerfs dont les noyaux d'origine sont près de la dixième et de la onzième paires. Il admet que la mort subite ou rapide dans la convalescence de la paralysie diphthéritique est le résultat d'une altération d'une ou de plusieurs branches terminales du nerf vague. CH. F.

IX. *Hallucinations dans la paralysie générale (Observations);*
par J. GIRMA. Thèse de Paris, 1884.

Les hallucinations, très fréquentes dans la paralysie générale, s'observent à toutes les périodes de cette affection, mais principalement dans la période de démence. Dans la première période, elles peuvent revêtir le caractère psychique; plus tard, après les congestions cérébrales épileptiformes ou apoplectiformes, qui semblent avoir sur leur production une véritable influence, elles sont plutôt psycho-sensorielles. Tous les sens peuvent être affectés successivement ou simultanément; quelquefois les hallucinations ne sont que la réviviscence d'anciennes sensations normales. Fugaces dans les formes expansives, elles sont assez souvent persistantes, et identiques à elles-mêmes dans les formes dépressives, dans les rémissions incomplètes et dans la démence. Elles entraînent quelquefois des actes impulsifs, mais il est bien rare qu'elles soient, comme chez les hallucinés simples, le point de départ de déductions logiques, de délire systématisé. CH. F.

X. *Pseudo-paralysie générale d'origine saturnine;* par A. MEYER.
Thèse de Paris, 1884.

Il existe une pseudo-paralysie générale d'origine saturnine, survenant ordinairement chez des sujets qui ont été atteints à plusieurs reprises d'accidents saturnins. Elle apparaît le plus souvent de quarante à cinquante ans. C'est ordinairement pendant

qu'ils sont soumis au traitement de l'intoxication qu'ils sont pris d'un accès de délire : ils ont alors constamment des hallucinations de la vue et des terreurs, puis des conceptions délirantes orgueilleuses. Cette période de début ou d'excitation, qui peut durer de trois à douze jours, s'accompagne d'une certaine faiblesse musculaire, avec embarras de la parole ; les malades n'ont aucune conscience de leurs actes, ils ont de l'insomnie, quelquefois un délire qui ressemble à s'y méprendre au *delirium tremens*. La deuxième période est une période de dépression ; quelques-uns ne peuvent se tenir debout, d'autres sont hémiplégiques, la plupart sont gâteux ; leur parole est tellement embarrassée qu'elle ne constitue plus qu'un bredouillement inintelligible, ils ont du tremblement de la langue ; on croirait de vrais paralytiques généraux arrivés à la dernière période. Les pupilles restent égales. Cette période dure en moyenne deux mois. Enfin survient une période d'amélioration graduelle et progressive, se terminant par une guérison complète. Au début de cette période, on peut observer des vertiges épileptiques, la paralysie diminue progressivement en commençant par les membres inférieurs et en même temps la parole devient plus distincte. L'intelligence est toujours troublée ; mais au lieu d'un délire accompagné des accès violents de la période de début, le malade est dans la torpeur ; la guérison demandera deux ou trois mois à s'accomplir. En résumé, cette pseudo-paralysie générale d'origine saturnine dure cinq à six mois et se termine constamment par la guérison ; elle peut laisser toutefois un léger affaiblissement de l'intelligence. Cette pseudo-paralysie a souvent été confondue avec la vraie paralysie générale et surtout avec la paralysie générale survenant chez un saturnin ; mais elle s'en distingue par quelques-uns de ses symptômes, et surtout par sa marche et sa terminaison. CH. F.

XI. *Le délire des grandeurs n'est pas un signe exclusif de la paralysie générale progressive* ; par E.-A. LAUTAR. Thèse de Paris, 1881.

Le délire des grandeurs peut se rencontrer à peu près dans toutes les maladies mentales, sauf l'idiotie et la démence. On l'observe en dehors des asiles dans un certain nombre d'affections aiguës ou chroniques, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, dans l'encéphalopathie rhumatismale, le choléra, l'insolation, les suites de couches, l'ataxie locomotrice, etc., etc. ; dans certaines intoxications, l'alcoolisme aigu et chronique, le saturnisme. (Vingt-deux observations.) CH. F.

VARIA

LE SABBAT¹

Si les Sorcières vont en ame au Sabbat.

Il y en a d'autres qui tiennent que les Sorcieres vont le plus souuent au Sabbat en ame seulement, ce que l'on verifie par plusieurs exemples de quelques Sorcieres, lesquelles estans demourées comme mortes en leurs maisons par l'espace de deux ou trois heures, ont enfin confessé que pour lors elles estoient en esprit au Sabbat, rapportant particulièrement tout ce qui s'estoit fait & passé au mesme lieu : George Gandillon la nuit d'un Ieudy Sainct demeura dans son liét comme mort par l'espace de trois heures, & puis retourna à foy en fursaut; il a du depuis esté brulé en ce lieu avec son pere & une sienne sœur².

Il y a quelque temps qu'un certain du village d'Vnau au reffort d'Orgelet amena sa femme en ce lieu, & l'accusoit d'estre Sorciere, disant entre autres choses qu'à certaine nuit d'un Ieudy, comme ils estoient couchez ensemble, il se donna garde que sa femme ne bougeoit, ni souffloit en façon quelconque, sur quoy il commença à l'espoinçonner sans neantmoins qu'il la peust iamais faire esueigler, & à ceste occasion, il tomba en vne peur, de maniere qu'il se voulut leuer pour appeller ses voisins : mais quelque effort qu'il fist, il ne luy fut pas possible de sortir du liét, & luy sembloit qu'il estoit entrappé par les iambes, mesme qu'il ne pouuait pas encor crier : cela dura bien deux ou trois heures, & iusques a ce que le coq chanta : car lors la femme s'esueigla en fursaut,

¹ Voir le N^o 7, p. 115.

² Boguet (H.). — *Discours execrable des Sorciers*, etc. Rouen, 1606.

& sur ce que le mary luy demanda qu'elle auoit, elle respon- dit qu'elle estoit si lasse du trauail, qu'elle auoit eu le iour precedent, qu'estant pressee du sommeil, elle n'auoit rien fenty de ce que son mary luy auoit faict : alors le mary eut opinion qu'elle venoit du Sabbat, pour ce mesme que desia auparauant il soupçonnoit quelque peu, à raison qu'il estoit mort du bestail a quelques siens voisins qu'elle auoit mena- cez precedemment.

Et certes il y a grande apparence que cette femme auoit esté en esprit au Sabbat, par ce premierement que l'ecstase dont nous auons parlé luy aduint au Ieudy, qui est la nuit ordinaire du Sabbat.

D'aduentaige comme le coq chanta elle s'esueigla en surfaut, scelon que nous auons dict : or le Sabbat qui se faict nuitam- ment dure iusques à tant que le coq chante, mais depuis qu'il a chanté tout vient à disparoistre.

Troisiemement l'excuse qu'elle print monstre bien qu'il y auoit de la malice de son costé : Car quel homme a-t-on iamais veu si endormy d'un trauail & labeur precedent que l'on n'ait peu facilement esueigler? George Gandillon s'excusoit de la mesme façon, lors que l'on luy demanda pour quoy il ne s'estoit point esueiglé, encore que l'on l'eust poussé rude- ment plusieurs fois.

En quatriesme lieu il se recongnoist qu'il y auoit du forti- lege, en ce que le mary se sentoit entrappé par les iambes, & qu'il ne pouoit crier.

Finalement les Escheuins d'Vnau, qui assistoient le mary, aueroient que ceste femme estoit descenduë de parens que l'ô suspectoit desia de Sorcellerie. Voyla comme l'on peut dire que les Sorciers vont au Sabbat en ame & esprit.

D'autres fois y vont reallement & corporellement, laissant en leur place quelque simulachre ou effigie à leur ressem- blance, par quoy soit leur mary desceu, s'il vient à s'es- ueigler. Le Demon a bien souuent aussi coustume, ayant prins un corps, de soy substituer on liët de la Sorciere partie au Sabbat; & par ainsi a commerce charnel avec le pauvre mary. Ou bien elles vsent d'un aultre artifice, endormant iceluy d'un sommeil magique. Bertrande Tonstrix a confessé l'auoir faict souuentes fois & auoir bien souuent endormy son mary en lui frottant l'aureille de sa main dextre oingte premierement de l'onguent, dont elle mesme se greffoit pour

aller au Sabbat. Eller, femme du doyen d'Ottingen, aduoua qu'elle supposoit en sa place un aureiller d'enfant, après auuoir prononcé le nom de son demon; d'autres duppaient leur mary avec des balays. Marie, femme du raccommodeur de Metzzer Esch, se seruoit d'une botte de fouarre qui dispa-roissoit si tost qu'elle reuenoit à la maison¹.

Il y a au Sabbat plus de femmes que d'hommes.

Interrogez en iustice, des Sorciers ont dict estre vrayment aux assemblées nocturnes grande multitude de gens des deux sexes; Jehanne de Banno, Nicole Ganat de Mayner en Lorraine, ont asceturé auoir veu au Sabbat, toutes & quantes fois elles y estoient, si grande mesnie de Sorciers que plus ne les estonnoit la misere des hommes, à qui sont par tant d'ennemis tant d'embusches dressées; ains s'esbahissoient moult que ne feussent plus grandes les calamitez humaines. Catherine Ruffa a dict auoir veu cinq cents Sorciers, à tout le moins, la premiere nuit qu'elle feut au Sabbat. Pourtant atteste Barbellina Raiel de Blainville es eaux que les femmes s'y treuent en nombre maieur.

La raison pour quoy il y a au Sabbat plus de femmes que d'hommes est que en icelles est plus grande superstition, dont les causes sont : la prime, que les femmes sont par nature plus facilement meues à recevoir des reuelations : faisant de ces reuelations bon vsaige sont grandement bonnes ; mauuois deviennent suppellatiuement meschantes. La seconde que les femmes sont credules à merueille : le Diable s'estudiant principalement à surprendre la créance les hante & assaille de meilleur gré. La tierce que les femmes sont naturellement loquaces & bauardes, ne sçavent garder un secret & racontent aux aultres femmes tout ce qu'elles sçavent. Oultre sont cholériques & ne pouant par deffaut de forces se venger, ont recours aux malefices, faisant au prochain par art diabolique le mal que faire ne peuuent par force ouuerte. La quarte et vltime, que les femmes, comme dit Terentius, sont en leurs idées aussi muables qu'enfans ; par quoy la femme meschante abiure plus facilement sa foy, que par auant auoit

¹ *Compendium Maleficarum*, etc., per Fratrem Francisc. Mariam Guaccium, 1616, p. 69.

en degré excessif. Et ce est en forcellerie raison fondamentale pour ne s'estonner si les femmes suiuent le Diable plus que les homes. Ne faut celer pourtant que Satan se efforce d'attirer à foy autant les homes que les femmes ¹.

De ce qui se fait au Sabbat, & mesme de l'Offertoire des chandelles, du Baïser, des Danses, de l'Accouplement du Demon avec les Sorciers, des Festins, du Conte que rendent les Sorciers à Satan, du battement d'eau pour la gresle, de la Messe que l'on y célèbre, de l'eau benoïste que l'on fait, & comme Satan se consume en feu & reduit en cendre.

« Le Sabbat est comme vne foire de marchands meslez, furieux et transportez, qui arriuent de toutes parts. Vne rencontre & melange de cent mille subiects soudains & transitoires, nouueaux à la verité, mais d'une nouueauté effroyable qui offence l'œil, & foubseue le cœur. Parmi ces mesmes subiects, il s'en voit de reels, & d'autres prestigieux & illusoires : aucuns plaifans (mais fort peu) côm sont les clochettes & instrumens melodieux qu'on y entend de toutes fortes, qui ne chatouillent que l'aureille, & ne touchent rien au cœur : consistant plus en bruit qui estourdit & estonne, qu'en harmonie qui plaïse & qui resiouisse. Les autres desplaisans, pleins de difformité & d'horreur, ne tendant qu'à dissolution, priuatiô, ruine & destruction. Où les personnes s'y abrutissent & trāsforment en bestes perdant la parole tant qu'elles sont ainfi. Et les bestes au contraire y parlent, & semblent auoir plus de raison que les personnes chacun estant tiré hors son naturel. » (de Lancre, *loc. cit.*, p. 119.)

Les Sorciers estans assemblez en leur Synagogue, adorent en premier lieu Satan, qui apparoist là tantost en forme d'un grand homme noir où rouge, gehenné, tourmenté & flamboyât comme vn feu qui sort d'une fournaïse ardente, et tantost en forme d'un bouc barbu, pour ce que le bouc est vne beste puante, falace et lascieu², & pour luy faire un plus grand hommaïge, ilz luy offrent des chandelles, qui rendent vne

¹ Guaccius, *loc. cit.*, p. 74.

² Les catholiques, en ceci, ont copié les Grecs, qui représentaient les Démons « en figures de Satyres paillardes, moytié boucs & moytié hommes ».

flamme de couleur bleuë, & puis le baifent aux parties hon-
teufes derrière¹ (Fig. 11) : quelques-vns le baifent fur l'es-



Fig. 11.

paule : à d'autres fois encor, il tient vne ymaige noire qu'il
faict baifer aux Sorciers. Vray est que adorant Satan ilz ne se
tiennent tousiours en mesme posture; tantost le suppliant à
deux genoilz; tantost se renuersant sur le dos; tantost iectant
les iambes en hault, ne baissant la teste sus la poictrine, ains
la releuant de façon que le menton soit tourné vers le Ciel.
(Fig. 12.) Aultres fois ilz s'approchent du Demon le dos tour-
né, & aduancent lentement vers lui à l'instar des ecreuisses
& les mains ioinctes par derriere; lui parlant, ilz fixent leurs
œilz en terre; brief, ilz font tout au rebours de la coustume
ordinaire.

Puys ilz dansent tantost auant, tantost apres leur re-
pas, & font leurs danfes en rond doz contre doz : les boi-

¹ « Mais quel mespris, quel deshonneur, quelle villanie plus detestable
peut on imaginer, que celle que souffrent les Sorciers estans contrains
d'adorer Satan en guise de Bouc puant, et le baifer en la partie, qu'on
n'ose escrire, ny dire honnestement? » (Bodin, *loc. cit.*, p. 134)

« Tum candelis piceis oblatis, vel vmbilico infantuli : ad signum
homagij eum in podicem osculantur. » (*Compendium Maleficarum, &c.*,
p. 71.)

teux y vont plus dispostement que les aultres. Or, ilz dantient



Fig. 12.

ainfi doz contre doz affin de n'estre pas congneuz : mais pour



Fig. 13.

le iour d'huy ilz ont vne autre inuention au mesme effect, qu
est de se masquer. (*Fig. 13.*)

« Il y a encore des Demons, écrit Boguet, qui assistent à ces danfes en forme de boucs, ou de moutons, scelon qu'il a esté verifié par les prenommez, & plusieurs aultres; & mesme par Anthoine Tornier, ayant recogneu que lors qu'elle danfoit vn mouton noir la tenoit appenduë par la main avec ses pieds, qui estoient comme elle disoit, bien haireux, c'est-à-dire rudes et reuesches. »

Les haulx boys ne manquent pas à ces efbats : Car il y en a qui sont commis à faire le debuoir de menestrier & ne sont tousiours forciers profez. La mere de Jehan de Hembach le mena un jour au Sabbat pour ce que encore qu'à poine adolescent il iouoit moult bellement du violon. Là pour estre



Fig. 14.

mieux ouÿ le feit monter en vn arbre voisin & lui commanda de iouer (*Fig. 14*). Luy cependent regardoit les Sorciers danfans & s'estonnoit de leurs gestes (car tout est au Sabbat ridicule & à contre sens), ne se peut tenir de crier : « Bon Dieu, d'où viennent tous ces gens affolez & desordonnez. » Et tout soudain cheut en terre, les Sorciers disparoissant, où feut le lendemain trouué seul le bras desmis & se lamentant bien fort. Satan y iouë mesme de la flutte le plus souuent, & à d'aultres fois les Sorciers se contentent de chanter à la voix : mais ilz disent leurs chançons pelle melle, & avec vne con-

fusion telle qu'ils ne s'entendent pas les vns les aultres. « Les Sorciers de Longny disoient en dansant : Har, har, Diable, Diable, faute icy, faute là, iouë icy, iouë là ; et les autres disoient : Sabbath, Sabbath, c'est-à-dire la feste & iour de repos, en haussant les mains & ballets en hault, pour tefifier & donner vn certain tesmoignage d'alaigresse, & que de bon cœur ilz seruent & adorent le Diable¹. » Quelques fois, mais rarement, ilz dansent deux à deux, & par fois l'vn çà & l'autre là, & tousiours en confusion : estans telles danfes semblables à celles des fees vrays Diabes incorporez qui reugnoient il n'y a pas longtemps. Les filles et femmes tiennent chascune leurs demons par la main, lesquels leurs apprennent des traicts & gestes si lascifs & indecens, qu'ilz feroient horreur à la plus effrontée femme du monde. Auec des chansons d'vne composition si brutale, & en termes & mots si licencieux & lubricques, que les yeux se troublent, les oreilles s'estourdissent, & l'entendement s'enchanté, de voir tant de choses monstrueuses qui s'y rencontrent à la fois. Et sont tousiours ces danfes & tripudiations suiuiues de fatigues & lassitudes moult grieues. Barbelline, desia nommée, & autres Sorcieres ont aduoué estre retournées à la maison si harassées que souuentes fois il leur falloit rester au liêt par deux iours entiers. Mais ce qui est chose bien horrible & tres iniuste, il n'est licite à nully de soy excuser & si quelqu'vn alleguant son aage, sa fatigue ou sa santé, refuse de danser ou s'enfuit, aussitost il est frappé à coups de piedz & à coups de poings & n'est autrement traicté que n'est le cuir assoupli par le martel.

Les danfes finies, les Sorciers viennent à s'accoupler : le fils n'espargne pas la mere, ny le frere la sœur, ny le pere la fille : les incestes y sont communs : car aussi les Perles auoient opinion que pour estre bon Sorcier & Magicien, il falloit naistre de la mere & du fils. (*Fig. 15*).

« Françoise Secretain aduouait que le Diable l'auoit congneuë charnellement quatre ou cinq fois, tantost en forme de chien, tantost en forme de chat & tantost en forme de poule, & que sa semence estoit fort froide. » (Boguet, *loc. cit.*, p. 8.)

« Marguerite Bremont², femme de Noel Laueret, a dicté que lundy dernier, apres iour failly, elle feut avec Marion sa mere

¹ Bodin, *loc. cit.*, p. 88.

² Bodin, *loc. cit.*, p. 104.

à vne assemblée, pres le moulin Franquis de Longny en vn pré, & auoit sadiète mere vn ramô entre ses iambes disant : Je ne mettray point les mots, & soudain elles furent transportées toutes deux audict lieu, où elles trouuerent Iean Robert, Ieanne Guillemain, Marie femme de Simon d'Agneau, et Guillemette femme d'un nommé le Gras, qui auoient chascun vn ramon. Se trouuerent aussi en ce lieu six Diables, qui estoient en forme humaine¹, mais fort hideux à veoir, &c. Apres la danse finie, les Diables se coucherent avec elles, et eurent leur compaignie : & l'un d'eux, qui l'auoit menée danler, la print,



Fig. 15.

& la baifa par deux fois, & habita avecques elle l'espace de plus de demie heure : mais delaiissa aller la femence bien fort

¹ « Il (Cardan) dit aussi que les esprits malings sont *puants*, & le lieu *puant* là où ils frequentent, & croy que de là vient que les anciens ont appellé les Sorciers *scetentes*, & les Gascons *setilleres*, pour la *puanteur* d'icelles, qui vient comme ie croy de la copulation des Diables, lesquels peut estre prennent les corps des pendus, ou autres semblables pour les actions charnelles & corporelles : comme aussi Vier a remarqué que les personnes demoniaques sont fort puantes. » (Bodin, *loc. cit.*, p. 133.)

Ce passage montre que, depuis longtemps, on a remarqué deux phénomènes cliniques souvent signalés par nous, à savoir l'haleine forte des hystériques et l'odeur qu'elles exhale dans leurs *états de mal hystéro-épileptique*.

froide. Ieanne Guillemain se rapporte auffi au dire de celle-cy, & diét qu'ilz furent bien demie heure ensemble, et qu'il lascha de la femence bien fort froide. »

« Pour l'accouplement, Ieannette d'Abadie, aagée de seize ans, depose qu'elle a veu tout le monde se messer incestueusement & contre tout ordre de nature, . . . s'accusant elle mesme d'auoir esté depucellée par Satan & congneuë vne infinité de fois par un sien parét & autres qui l'en daignoient femondre : qu'elle fuyoit l'accouplement du Diable, à cause qu'ayant son membre faict en escailles il faict souffrir vne extrémé douleur; outre que sa seméce est extrémement froide, si bien qu'elle n'engroisse iamais ni celle des autres hommes au Sabbat, bien qu'elle soit naturelle... » (de Lancre, *loc. cit.*, p. 152.)

« Je laisse à penser, dit Boguet, si l'on n'y exerce pas toutes les autres especes de lubricité du monde : mais ce qui est encore plus estrange, c'est que Satan se met là en Incube pour les femmes, et en Succube pour les hommes. »

Les Sorciers apres festre veautrez parmy les plaisirs immondes de la chair banquetent & se festoyent. Il y a différentes tables, trois ou quatre, où chascun se feoid selon sa dignité ou sa richesse; tantost chascun à costé de son démon, tantost en face, les Diables estant tous d'un costé & les Sorciers de l'autre. La benediction ne fait deffaut à ces repas, mais condigne à l'assemblée, estant de parolles blasphematrices par lesquelles ilz confessent Beelzebub pour leur Créateur, Dateur & Seruateur. Pareille est l'action de grâces qu'ilz disent au leuer des tables. Leurs banquetes sont composez de plusieurs sortes de viandes suppeditées par Satan ou apportées par chascun, selon les lieux & qualitez des personnes : par deça la table estoit couuerte de beurre, de fromage, & de chair. (*Fig. 16.*)

L'on y boit auffi tantost de l'eau & tantost du vin. Le vin semble à de l'ancre ou du sang gasté & n'est versé qu'en vaisseaux fort ignobles. Mais il n'y a iamais de sel : ce qui se faict pour ce que le sel est vn symbole de l'immortalité, que le Diable a extrémement en haine.

Il y en a qui ont escript que de mesme l'on ne s'y seruoit point de pain; mais certaines Sorcieres ont rapporté le contraire & diét qu'elles auoient mangé au Sabbat du pain, de la chair, & du fromage.

Cependant tous les Sorciers accordent qu'il n'y a point de

guouft aux viandes qu'ilz mangent au Sabbat, & que la chair n'est aultre chair que de cheual. Tous ceulx que le Diable a faict asseoir à sa table confessent que les mets y sont si très deguouftants, soit à la veue, soit à l'odorat qu'ilz donneroient nauées à l'estomac d'un pauvre famélique aboyant de male faim. Barbelline desia nommée & Sybille Morel disent qu'on sert au Sabbat des mets de toute sorte, mais tant vils, tant fordides & mal apprestez qu'ilz valent à peine estre mangez. Nicolas Morel feut, pour leur guouft mauuois, aspre & amer obligé de les vomir aussitost par grand deplaisir. Ce que voyant le Demon entra en viue indignation & le faillit battre.



Fig. 16.

Dominique Isabelle adiouste qu'on seruoit aussi de la chair humaine; ce que Belleforest dict estre en vsage frequent dans les malefices des Scythes.

Ilz adioustét quasi tous, que lorsqu'ilz sortét de table, ilz sont aussi affamez que quand ilz y entrent. « Antide Colas, d'après Bocquet (*loc. cit.*, p. 111), rapportoit que les viandes estoient froides : Clauda disoit que ce qu'on mangeoit au Sabbat n'estoit que vent : Christofle disoit aussi à ce propos qu'il lui sembloit qu'elle ne mangeoit rien : d'où il se veoid que le Diable est tousiours trompeur puis qu'il repaist les siens de

vent au lieu de viandes solides, comme s'ilz estoient des chameleons. »

Le banquet parachuteué l'on rend conte à Satan de ce que l'on a faict dés la dernière assemblée, et ceux là sont les mieux venus qui ont faict mourir le plus de personnes & de bestes, qui ont baillé le plus de maladies, qui ont guasté le plus de fruiçts, bref qui ont commis le plus de meschancetez & abominations : les autres qui se sont comporteز vn peu plus humainement sont sifflez & mocquez de tous : l'on les fait mettre à l'escart, & sont encore le plus souuent battus, & mal traictez de leur maistre : & de là est venu commun prouerbe qui court entr'eux : *Fay du pis que tu pourras, & le Diable ne sçaura que te demander.*

Car entre les Démons & les Sorciers, il est faict pact que tousiours doibvent avoir accompli nouveaulx mesfaicts par auant que de venir au Sabbat. Et pour que ilz n'ayent excuse d'ignorance leur meschant maistre leurs tient eschole & donne leçons de maléfices. Il leurs apprend à destruire les troupeaux ; ce qu'ilz font soit en repandant du poison, soit en enuoyant les diables on corps des animaux. Aussi à perdre les moissons & les fruiçts de la terre & a rendre les champs steriles en inuocquant le Diable. D'iceluy ilz recoipvent une poudre bien fine & la repandant en font naistre des fauterelles, des limas, des papillons, charançons & aultres bestioles nocifves & infestes aux champs & aux iardins. De mesme font apparostre multitude de rats qui se mussant aussitost en terre deuorent germes & racines. Tantost font sortir des loups d'un arbre creux & les enuoient au bercail que ilz veulent dont ces loups ne fortent sans auoir faict grand carnage. Vraysemblablement sont ces loups des demons soubz apparence d'animaux.

Les Sorcieres ont confessé qu'elles faisoient la gresse au Sabbat, ou à leur volonté, à fin de guaster les fruiçts de la terre : elles battoient, selon qu'elles disoient, à cest effect l'eau avec vne baguette, & puis iectoient en l'aër, ou bien dedans l'eau certaine poudre qu'elles auoient eu de Satan, & par ce moyen il s'esleuoit vne nuée laquelle se convertissoit par apres en gresse (*Fig. 17*), & tomboit la part ou il plaist aux Sorcieres : quand l'eau faict deffaut, elles se seruent de leur vrine, ainsi que l'auons dict. D'autres fois, impetrent par certaines parolles on milieu des champs l'ayde de Lucifer prince des

demons, pour qu'il enuoye vn des siens frapper de malefices qui elles veulent; puis luy immolent en vn carrefour vn poulet noir & le iectent en l'aër. Le demon s'empare du poulet & obeit excitant aussitost une tempeste & faisant tomber gresle & tonnoire, non tousiours aux lieux designez, mais selon la volunté & permission de Dieu.

Affin de faire perir les hommes de male mort, les Sorciers ont coustume d'exhumer des cadaures & notamment de ceulx qui ont esté suppliciez & pendus on gibet. De ces cadavres



Fig. 17.

ilz tirent la substance & matiere de leurs fortileges, comme aussi des instrumens du bourrel, des cordes, des pieux, des fers, etc., lesquels sont douez d'une certaine force & puissance magique pour les incantations. (*Fig. 18.*)

Les Sorciers peuuent aussi ardre et consumer les maisons, comme il aduint en vne ville de Suede en l'an de grâce 1433. (*Fig. 19.*)

Les Sorciers peuuent encore endormir aultruy par le moyen de certaines potions, chants & rites diabolicques afin de profiter de leur sommeil pour instiller en eulx un poison mortel, enleuer ou tuer leurs enfans ou les desrober & les souiller charnellement, voyre par adultere. (*Fig. 20.*)

Quelques foys ilz vsent, pour prouocquer le sommeil de

certaines cierges, ou des piedz & des mains des morts oingts



Fig. 18.

premierement d'une huile donnée par le diable; ou bien de



Fig. 19.

chandelles fixées à chaque doigt ou de torches enchantées

& d'une certaine greffe à eux congnüë. Et le sommeil dure autant que brulent ces lumieres infernales.

Souvent aussi les Sorciers rendent par paroles & signes cabballisticques l'homme froid, maleficié & impropre à l'acte conjugal en sept manieres. La premiere en rendant un espoux odieux à l'autre par calomnie, soubçon, maladie ou mauuoise odeur.



Fig. 20.

La seconde en empeschant le rapprochement des corps, les detenant dans des lieux esloignez ou interposant quelque chose entre eulx. La tierce par l'inhibition du passage des esprits animalx es membres genitaulx. La quarte par desseicher & tollir la liqueur prolificque. La quinte en rendant le membre de l'homme mol & flasque toutes fois que veut accomplir l'acte de mariage. La sexte, par l'application d'ingrediens naturellement refrigerans. Enfin en procurant le resserrement & coarctation extresme des parties de la femme ou en faisant le membre de l'homme retraits, abscons & comme du tout perdu. Ce n'est à dire toutes fois que le membre viril soit en verité enleué du corps, mais par leurs prestiges le cachent de telle façon qu'on ne le sçaurait plus veoir ny mesme toucher. Et sont les Sorciers tellement coustumiers de ce genre de malefice que par certains pays on n'ose mie celebrer les espousailles en plein iour.

Il faut sçauoir encore qu'il est aux Sorcieres en loy perpetuelle quand elles ont entre elles resolu de nuyre à aultruy & que la volonté de Dieu ne l'a permis, de faire retomber le mal que elles auaient pourpensé sur une que designe le fort. Car le Demon ne peut souffrir que ses conseils & aduis tombent en nullité & les force de subir ce qu'elles auaient tenté & proiecté contre les aultres. Ainsy feut de Catherine Preuost qui ne peut faire perir par le poison la fille unique de vn sien voisin, nommé Michel Lecoq, pour ce que sa mere par oraisons & lustrations quotidianes la præseruait de toute in-



Fig. 21.

cantation ; le Demon l'accusant asprement & lui reprochant de le frustrer de sa proye, elle empoisonna sa propre fille Odille encore au berceau.

C'est après ce conte rendu des Sorciers que Satan se bande avec ses supposts contre le Ciel, & qu'il conspire la ruine du genre humain : il faiçt renoncer de nouueau à ces miserables Dieu, Chresme & Baptesme : il leur faiçt rafraischir le serment solemnel, qu'ils ont faiçt de ne iamais parler de Dieu, de la Vierge Marie, ny des sainçts & saintes, si ce n'est par moquerie & derision : il leurs faiçt quitter leur part de Paradis : il leurs faiçt promettre qu'ilz le tiendront au contraire à iamais pour leur seul maistre, & qu'ilz luy seront tousiours fidelles :

il les exhorte par apres de faire le plus de mal qu'ils pourront, de nuire à leurs voisins, de les rendre malades, de faire mourir leur bestail, de se venger de leurs ennemis, vsant de ces notions: *Vengez vous ou vous mourrez*; il leurs fait de plus promettre de perdre & galter les fruiçts de la terre, & leurs baille de la poudre & de la gresse propre à cela, du moins il leurs fait ainsi croire. (*Fig. 21*).

Il leurs fait encore bien solemnellement iurer qu'ilz ne s'accuseront point les vns les aultres, & qu'ilz ne rapporteront aucune chose de ce qui se fera passé entre eulx.



Fig. 22.

Les Sorciers en sixiesme lieu font la gresse. « Quelques Sorciers après auoir sacrifié au Diable et s'estant oincts sont tournezz en loups courant d'une legereté incroyable (*Fig. 22*), & souuent rechangez en loups sont couplez aux louues avec tel plaisir qu'ils ont accoustumé avec les femmes¹ ». Les autres sont transformés en chats².

¹ Bodin, *loc. cit.*, p. 96.

² « De nostre temps vn nommé Charc. du bailliage de Gez, fut assailly nuictamment en vn bois par vne multitude de chats; mais comme il eust fait le signe de la croix, tout disparut. Et de plus fraische memoire vn homme de cheual passant sous le chasteau de Ioux, aperceut plusieurs chats sur vn arbre, il s'auance, & delasche vne

Quelques fois encore l'on diét la Messe au Sabbat : mais, adioute Boguet, ie ne puis escrire sans horreur la façon avec laquelle on la celebre, pour ce que celuy qui est commis à faire l'office est reueftu d'une chappe noire fans croix, & apres auoir mis de l'eau dans le calice, il tourne le doz à l'autel, & puis esleue vn rond de raue teinte en noir au lieu de l'hostie & lors tous les Sorciers crient à haute voix : *Maistre ayde nous.*

A ceste ceremonie, diét Llorente, succede une aultre qui est imitation diabolicque & derifoire de la messe. Tout subitement s'apparoissent fix ou sept diables de moindre rang & font par



Fig. 23.

eux dressé l'autel & apportez les chalice, patene, missel, buirrettes & aultres tous obiets desquels besoing est. Ilz disposent

escoppette, qu'il portoit, & faiét tomber de dessus l'arbre au moyen de son coup vn demicin, auquel pendoyent plusieurs clefs, il prend le demicin & les clefs, & les emporte au village : estant descendu au logis il demande à disner, la maitresse ne se trouve point, non plus que les clefs de la caue. Il monstre le demicin, & les clefs qu'il portait : l'hoste reconeut que c'estoit le demicin & les clefs de sa femme, laquelle arrive sur ces entrefaiètes estant blessée à l'hanche droite : le mary la prenant par rigueur, elle confesse qu'elle venoit du Sabbat, et qu'elle y auoit perdu son demicin et ses clefs, après auoir receu vn coup descoppette en l'une des hanches. » (Boguet, *loc. cit.*, p. 269.)

& arrangent le dais ou chapelle es quelz se voient figures & ymaiges demoniacques semblables à celles que Satan a prinse pour la ceremonie. Ces diables l'aydent comme diacres a soy vestir de la mitre, de la chafuble & aultres ornemens : & font iceux tous noirs comme aussi ceulx de l'autel. Le diable commence la messe, laquelle il desiste vn temps de continuer pour prescher les assistans (*Fig. 23*). Il les exhorte à ne iamais retourner au Christ, leur promettant paradis bien meilleur que n'est celuy des christians. Il les asceüre que ilz le gaigneront d'autant mieulx que auront mis plus de soing à faire choses defendues aux christians.

Puis receoit l'offerte trostant sur un siege noir ; à sa dextre est lors seante la principale forcieri qui est appelée Royne des forcieres, tenant en main vne paix en laquelle est engrauée la figure du Demon ; à son costé fenestre se tient le premier des forciers qui est le Roy portant vn bassin. Les principaux assistans & aultres profez font hommaige de leur offrande, petite ou grande, suyuant leurs moyens & intention : les femmes à l'ordinaire presentent des gasteaux de froment. Ensuite vn chascun ayant baisé la paix, on adore le Demon à genoilz luy baissant encore vne foys le fondement dont fort exhalaïson & odeur punaise. Ce pendent par vn des diables servants lui est tenue la queue leuée. Par apres la messe est continuée ; le Diable alors consacre une chose ronde semblant femelle de foulier, marquée de son ymaige ; ce faisant prononce les parolles de la consecration du pain. Ensuite consacre le chalice auquele est contenue licqueur deguoustante. Satan ayant lors communié distribue aux forciers la communion soubs les deux especes. Bien est ce que il donne à manger chose noire, aspre, fort difficile à mascher & aualler ; aussi est la licqueur noire, amère & grandement escœurante.

Le Diable aussi pour faire l'eau benoïste pissé dans vn trou à terre & par apres les assistans sont arrosez de son vrine avec vn asperges noir par celuy qui faict l'office.

Finablement Satan prenant la figure d'un bouc se consume en feu, & se reduict en cendre, laquelle les Sorcieres recueillent & cachent, pour s'en seruir à l'execution de leurs desseins pernicious et abhominables.

FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Chaire de clinique des maladies nerveuses.* — Par arrêté, en date du 2 janvier 1882, rendu sur le rapport du Ministre de l'instruction publique et des cultes, il est créé, à la Faculté de médecine de Paris, une chaire de clinique des maladies du système nerveux. — Par un autre décret de la même date, M. Charcot, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies du système nerveux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1882, M. Lacassagne, professeur de médecine légale, est nommé directeur du laboratoire de médecine légale.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Par arrêté du 30 décembre, ayant effet du 1^{er} janvier, il sera accordé, à titre de haute paie, une indemnité mensuelle de 40 francs aux gardiens et gardiennes des quartiers des agités et des gâteux dans les asiles publics d'aliénés de Saint-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse. Cette allocation ne sera acquise qu'aux employés dont le service et la conduite auront, pendant toute la durée du mois, donné complète satisfaction au directeur de l'établissement. Les crédits nécessités par cette mesure seront inscrits au budget rectificatif de chaque asile. De plus, il est créé dans chacun des asiles publics de Ville-Evrard et de Vaucluse, appartenant au département de la Seine, un deuxième emploi d'interne en pharmacie.

Commission de surveillance. — Par arrêté préfectoral, en date du 26 décembre 1881, ont été nommés membres de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés, pour une durée de cinq années, à dater du 1^{er} janvier 1882, MM. Barbier et Pelletier, membres sortants.

Concours de l'internat. — Le concours s'est terminé à la fin de décembre par la nomination de MM. Heulz, Vétauet, Béraud et Boucher, internes titulaires; — MM. Gaudry, Poumeau, Manière, internes provisoires. — Les épreuves orales ont pris deux séances; les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : 1^o *Signes et diagnostic de la pleurésie*; — *Signes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius.* — 2^o *Rougeole*; — *Fracture de la rotule.* — Les autres questions déposées dans l'urne étaient :

1^o Erysipèle de la face ; fracture de la clavicule ; — 2^o Insuffisance aortique ; plaies pénétrantes de la poitrine ; — 3^o Signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; anthrax ; — 4^o Névralgie faciale ; signes et diagnostic des fractures du rocher. Il y avait quatre places vacantes ; 21 candidats s'étaient fait inscrire, 17 ont répondu à l'appel, lors de la composition écrite ; dix seulement ont lu leur composition. Si l'on compare les résultats de cette année avec ceux de l'année dernière, on trouve que les résultats sont notablement meilleurs. Les épreuves ont été généralement bonnes.

— Par arrêté préfectoral, en date du 23 janvier 1882, M. le D^r Schits, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Saint-Yon (Seine-inférieure), est nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, en remplacement de M. le D^r Gallopain, appelé aux fonctions de directeur-médecin de l'asile public de Rodez.

ASILE SAINTE-ANNE. — Par arrêté du Ministre de l'intérieur, en date du 25 janvier 1882, M. Llanta, adjoint au maire du XIV^e arrondissement, est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. Prieur.

ASILE DE VILLEJUIF. — Le 6 décembre 1879, le Conseil général de la Seine a voté un crédit de 500,000 fr., dont 494,492 fr. pour l'acquisition des terrains nécessaires à l'établissement d'un asile-hospice d'aliénés à Villejuif et 15,508 fr. pour frais divers. Le 30 novembre 1880, le Conseil général a approuvé les plans et devis du nouvel asile s'élevant à 4,214,383 fr. 47 et alloué un nouveau crédit de 676,556 fr., dont 200,000 fr. pour complément d'acquisition de terrains et 476,456 fr. pour commencement d'exécution des travaux. Enfin, le Conseil général a voté une nouvelle somme de 885,936 fr. 53 pour les travaux (30 novembre 1881).

Les indemnités allouées par le jury d'expropriation ayant dépassé de 430,735 fr. les prévisions de l'Administration, M. le préfet a demandé au Conseil général, qui a consenti sur le rapport de M. Bourneville l'autorisation de compléter le crédit de 500,000 fr. primitivement voté, par le prélèvement de la somme supplémentaire de 430,735 fr. 45 sur les 476, 556 fr., alloués par la délibération du Conseil, en date du 30 novembre 1880, pour commencement d'exécution des travaux. Après ce prélèvement, l'Administration aura à sa disposition, pour commencer les travaux, une somme de 4,231,757 fr. 38. — Espérons que l'Administration, tenant compte des vœux si souvent exprimés par le Conseil général, poussera les travaux avec la plus grande rapidité.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière, a commencé un cours public sur les *maladies mentales*, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 29 janvier 1882, à neuf

heures et demie du matin, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

ASILE D'ALIÉNÉS D'AURILLAC. — Par arrêté, en date du 3 décembre 1884, M. le D^r Joseph Girou, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé médecin adjoint de l'asile départemental d'aliénés d'Aurillac.

ASILE DE BONNEVAL. — M. le D^r Hildenbrand, directeur de l'asile de la Charité (Nièvre), est nommé directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir), en remplacement de M. le D^r Cortyl.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BRON. *Concours pour l'internat.* — MM. les étudiants sont informés qu'un concours pour trois places d'internes en médecine et deux places d'internes suppléants à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône) aura lieu au commencement du mois d'avril 1882. — Des affiches feront connaître prochainement la date exacte et le programme de ce concours.

ASILE DE LA CHARITÉ. — M. le D^r Gallopain, nouvellement promu, est nommé directeur de l'asile de la Charité (Nièvre), en remplacement de M. le D^r Hildenbrand.

ASILE D'ALIÉNÉS D'ORLÉANS. — *Meurtre commis par un infirmier.* — Un de nos confrères nous communique les faits suivants, dont nous croyons pouvoir garantir l'authenticité absolue : Vers la fin du mois de novembre dernier, un aliéné aurait été battu par un gardien d'une façon si brutale, que le malheureux en serait mort quelques jours plus tard. La mort résultait manifestement des coups et blessures donnés par le gardien. Un des administrateurs de l'hospice, ancien avocat général et actuellement président du tribunal d'Orléans, ayant appris ces faits, a fait arrêter le gardien qui est actuellement en prison et qui sera jugé prochainement.

ASILE DE QUATRE-MARES. — M. le D^r Cortyl, directeur de l'asile de Bonneval, est nommé directeur de l'asile de Quatre-Mares, en remplacement de M. le D^r Broc, admis à la retraite.

ASILE DE RODEZ. — M. le D^r Longeaud, médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues, est nommé à l'asile de Rodez.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE. — Cette Société vient de renouveler son Bureau pour 1882. Il est composé ainsi qu'il suit : *Président* : M. Thulié ; — *Vice-Présidents* : MM. Proust et Hamy ; — *Secrétaire général adjoint* : M. Girard de Rialle ; — *Secrétaires annuels* : MM. Chervin et Zaborowski ; — *Conservateur des collections* : M. Colineau ; — *Archiviste* : M. Dureau ; — *Trésorier* : M. Leguay ; — *Commission de publication* : MM. de Quatrefages, Parrot et Auburtin.

CONGRÈS MÉDICAL DE SÉVILLE. — Un congrès médical s'ouvrira à Séville le 9 avril 1882. La langue officielle sera l'espagnol ; mais,

les membres étrangers pourront parler latin et français. Les mémoires, les communications et les autres travaux destinés au Congrès seront dans les mains de la Commission organisatrice avant le 31 mars prochain; on ne recevra aucun travail après ce jour, s'il n'y a pas un accord unanime de la Commission. — Les actes seront publiés à la *Gaceta Medica* de Séville, organe du Congrès.

Extrait du programme des questions proposées. — *Physiologie*: Relations de la calorification animale avec le système nerveux. — *Electrothérapie*. — Faradisation et galvanisation dans la paralysie du nerf facial. — De l'efficacité des courants constants dans le traitement des engorgements parenchymateux. — *Chirurgie*: Le tétanos, sa nature et son traitement. — Du virus de la rage, sa prophylaxie et sa méthode curative.

NÉCROLOGIE. — M. Robert CHRISTIAN, associé étranger de l'Académie de médecine de Paris, est décédé à Edimbourg, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. Il professa pendant de longues années la médecine légale à Edimbourg, et il était considéré comme une des célébrités médicales du Royaume-Uni.

— Le D^r J.-W. DRAPERS vient de mourir le 4 janvier dernier. Il était né à Liverpool, le 5 mai 1811. Drapers commença ses études à l'Université de Londres et les compléta à l'Université de Pensylvanie, en 1836. Au début, il enseigna à Hampden-Sydney-College, mais de 1839 à 1873, il occupa la chaire de chimie et de physiologie à l'université de New-York. C'était un littérateur doublé d'un philosophe et d'un grand savant. A part ses ouvrages de physiologie, il a publié des ouvrages universellement connus sur le « Développement intellectuel de l'Europe ».

NOUVEAU JOURNAL. — *Neurologisches Centralblatt*, publié par le D^r E. MENDEL, privat-docent à l'Université de Berlin. Ce journal, dont le premier numéro a paru le 27 janvier, est bimensuel. Il comprend des travaux originaux et surtout des revues portant sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux, la médecine mentale et les questions médico-légales qui s'y rapportent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BARÉTY. — *Des propriétés physiques d'une force particulière du genre humain (force neurique rayonnante) connue sous le nom de magnétisme animal.* Une brochure in-8° de 40 pages. Paris, 1882, chez O. Doin et J. Lechevalier. Prix : 2 fr.

BEARD (G.-M.). — *The asylums of Europe*. Broch. in-16, 1881, Cambridge.

BENEDIKT (M.). — *Weitere vorläufige Mittheilungen über Nervendehnung*. Broch. in-16, 1881. Gistel et Cie, Wien.

BERGER (O.). — *Zur Nervendehnung bei tabes dorsalis*. Broch. in-8°, 1881, Barth et Cie, Breslau.

BOURNEVILLE et D'OLIER. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1880. Un vol. in-8° de 128 pages avec 3 figures dans le texte. En vente au bureau des *Archives de Neurologie*. Prix : 3 fr..

Pour nos abonnés, prix : 2 fr.

CHARLTON BASTIAN. — *Le cerveau, organe de la pensée chez l'homme et les animaux*. Deux vol. in-8° avec 184 figures dans le texte. Cartonnage anglais. Prix : 12 fr. Paris, 1881, librairie Germer-Baillière et Cie.

DUFOUR (E.). — *Compte rendu du service médical de l'asile public de Saint-Robert (Isère) pendant l'année 1880*. Broch. in-8° de 32 pages, Grenoble; F. Allier, 1882.

AGENO (L.) et BEISSO. — *Del sistema commissurale centrale dell'encefalo umano*. Un vol. in-4°, Gênes 1881; chez Verardo frères.

KAHLER (O.) et PICK (A.). — *Westere Beiträge zur pathologie und pathologischen Anatomie der Centralnervensystems*. Broch. in-8° de 32 pages avec 2 planches en chromo. 1881, Prague, imp. A. Haase.

KÄHLER (O.). — *Beiträge zur pathologischen Anatomie der mit cerebralen symptomten verlaufenden tabes dorsalis*. Broch. in-8° de 24 pages. 1881, Prague, imp. A. Haase.

JANY (L.). — *Ueber Einwanderung der Cysticercus cellulosæ in's menschliche Auge*. Broch. in-8° de 24 pages. 1881, Breslau, imp. Gen, Ursulinerstrasse, n° 1.

LELOIR (H.). — *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse*. Un vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches et plusieurs figures intercalées dans le texte. Paris, 1882, librairie du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles. Prix : 5 fr.

Pour nos abonnés, prix : 3 fr. 50.

MAZZOTTI (L.). — *Emorragie sotto-mucose in casi di alterazioni del cervello et delle meningi*. Broch. in-16, 1881, Gamberini, Bologna.

RICHE (CH.). — *Physiologie des muscles et des nerfs*. Leçons professées à la Faculté de médecine en 1881. Un gros vol. in-8° de 924 pages avec 100 figures dans le texte. Prix : 15 fr. Paris, 1881, librairie Germer-Baillière.

GOWERS (W.-R.). — *A Manual and Atlas of medical ophthalmoscopy*. Un gros vol. in-8° de 414 pages avec 16 planches chromo et 28 figures dans le texte. 1882, Londres, J. et A. Churchill, New-Burlington street.

SALVIOLI (G.). — *Alcune ricerche sul cosi detto sonno magnetico*. Broch. in-8°, 1881, Bertolero à Turin.

TAMBURINI (A.) et SEPPIELLI (G.). — *Contribuzioni allo studio sperimentale dell'ipnotismo*. Broch. grand in-8° de 40 pages, avec 4 planches de tracés respiratoires, 1881. Stefano Calderini à Reggio-Emilia.

WIET (E.). — *Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs*. Un vol. grand in-8°, avec quinze figures dont quatre hors texte. Prix : 4 fr. 1882, Paris, librairie Germer-Baillière.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.



1850
1851

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

UN CAS D'HÉMILÉSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE;

Par A. GILBERT, interne des hôpitaux.

En 1863, dans le *Journal de la Physiologie de l'homme et des animaux*, M. Brown-Séguard déterminait le trajet suivi dans la moelle épinière par les différents conducteurs sensitifs, et résumait de la façon suivante le tableau symptomatique des hémilésions de la moelle : « On observe les particularités suivantes chez l'homme, à la suite d'une lésion altérant toute l'épaisseur transversale d'une petite portion d'une moitié latérale de la moelle épinière :

« Du côté correspondant : 1° paralysie du mouvement volontaire ; 2° hyperesthésie au toucher, au chatouillement, à la douleur, et à la température dans les parties paralysées ; 3° zone d'anesthésie peu considérable dans les parties dont les nerfs naissent immédiatement au-dessous du siège de la lésion ; 4° hyperesthésie plus ou moins étendue au-dessus de la zone

anesthésique ; 5° élévation absolue ou relative de température dans les parties paralysées ; 6° phénomènes de paralysie des origines du nerf grand sympathique cervical, quand la lésion siège au renflement cervico-brachial. — Du côté opposé : 1° anesthésie complète, absolue au toucher, au chatouillement, à la douleur, et à la température dans les parties correspondantes à celles qui sont paralysées de l'autre côté ; 2° conservation parfaite des mouvements volontaires et du sens musculaire ; 3° zone peu étendue d'hyperesthésie à un faible degré au-dessus des parties anesthésiées. »

Les conclusions du mémoire de M. Brown-Séguard étaient déduites de l'étude et de la comparaison de vingt-quatre observations. A celles-ci bientôt vinrent s'en ajouter d'autres publiées par divers auteurs et par M. Brown-Séguard lui-même ; et en 1876, dans une thèse intitulée *Contribution à l'étude clinique des lésions unilatérales de la moelle épinière*, Vinot pouvait réunir quarante-neuf cas d'hémilésion de la moelle.

Les causes qui sont susceptibles d'engendrer le tableau clinique tracé par M. Brown-Séguard sont très variées ; les plus fréquentes sont : les fractures et luxations des vertèbres, les tumeurs et épanchements intrarachidiens, les plaies, hémorragies, tumeurs et scléroses de la moelle, en résumé toutes les causes qui, par un mode quelconque, peuvent annihiler unilatéralement les fonctions médullaires.

Dans cette étiologie des hémilésions de la moelle, les plaies prennent une part importante, puisqu'il en existe à notre connaissance treize observations rapportées par Boyer, Hutin, Maunder, Wood, Viguès, Brown-Séguard (trois cas), Joffroy et Salmon, Aurrant,

Riegel, Müller, Rosenthal. A côté de ces faits vient se ranger le suivant que M. le professeur Richet nous a engagé à publier.

OBSERVATION. — *Hémi-paraplégie avec troubles de la sensibilité, dans les deux membres inférieurs, d'origine traumatique.*

Dans la nuit du 13 mars 1881, le nommé C... (Gustave), ouvrier couvreur, âgé de dix-sept ans, est frappé dans le dos d'un coup de couteau. A l'instant même, le blessé sent ses jambes se dérober sous lui et tombe ; il est transporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 31, dans le service de M. Richet.

Le lendemain 14 mars, il offre les symptômes suivants : à la partie supérieure du dos, entre la première et la deuxième vertèbre dorsale, à droite de la ligne médiane, existe une plaie large de trois centimètres. Il nous est impossible d'en apprécier la profondeur et la direction ; mais il ne paraît pas douteux qu'après un trajet oblique, le couteau ait sectionné la moitié gauche de la moelle épinière : c'est ce que démontre l'examen de la motricité, de la sensibilité, de la vaso-motricité et des diverses fonctions. Les troubles paralytiques se réduisent à une hémi-paraplégie. *A gauche*, le membre abdominal est totalement paralysé, il ne peut être soulevé et détaché du plan du lit ; les orteils seuls ont conservé quelques légers mouvements de flexion et d'extension. *A droite*, la motilité est intacte, et le membre abdominal a conservé toute sa force. Il en est de même des membres supérieurs.

Les réflexes offrent une remarquable asymétrie. *A gauche*, ils ont subi une diminution d'intensité considérable : les piqûres, le chatouillement ne déterminent que de faibles contractions musculaires. La trépidation du pied ne peut être provoquée ; le réflexe rotulien a totalement disparu. *A droite*, les réflexes semblent présenter leur intensité normale ; peut-être l'oscillation de la jambe, après percussion du tendon rotulien, est-elle plus ample qu'à l'état ordinaire. La contractilité faradique est conservée à gauche et à droite.

La sensibilité n'est pas moins atteinte que la motilité. *A gauche*, le membre inférieur, l'abdomen, le thorax jusqu'au mamelon sont hyperesthésiés : la piqûre superficielle d'une

épingle est douloureusement ressentie, un simple contact, un léger chatouillement, le froid, le chaud, déterminent une vive sensation de brûlure. *A droite*, l'hyperesthésie n'occupe qu'une bande de quelques centimètres de large, qui partant en arrière de la colonne vertébrale au-dessous de la plaie, vient, après un trajet spiroïde, aboutir en avant, entre la clavicule et le mamelon. Au-dessous de cette zone étroite d'hyperesthésie, l'anesthésie s'étend, à peu près absolue, sur la partie droite du thorax en dehors du sternum, sur la partie droite de l'abdomen en dehors des muscles droits, et sur le membre inférieur : dans toutes ces régions l'analgésie est complète, et l'on peut sans éveiller la moindre douleur transpercer de part en part avec des épingles la peau du malade. Dans toutes ces régions aussi, la sensibilité aux températures est absolument abolie ; mais il n'en est pas tout à fait de même des sensibilités au tact et au chatouillement, qui persistent quoique extrêmement affaiblies.

A gauche, le sens musculaire est diminué, et le malade ne peut rapporter avec certitude et précision les positions variées que l'on donne à sa jambe : tantôt et par hasard, il reconnaît la situation de son membre, tantôt et le plus souvent il commet de grossières erreurs, et, par exemple, croit sa jambe fléchie alors qu'elle est dans l'extension complète. *A droite*, au contraire, le sens musculaire est entièrement conservé. Il n'existe pas de retard appréciable dans la transmission des sensations.

A ces troubles sensitifs, se joignent des douleurs et sensations subjectives. *A gauche*, le malade a ressenti pendant la nuit, et ressent encore par intervalles, les éclairs et des élancements qui occupent surtout le genou et le cou-de-pied. *A droite*, il éprouve une sensation continuelle de fourmillement. En outre, il signale une sensation de constriction thoracique, de pesanteur épigastrique, de chaleur dorsale.

Les troubles vaso-moteurs sont très marqués, et ont entraîné des modifications dans la température et la coloration respectives des deux membres. Au simple palper, le membre abdominal gauche paraît plus chaud que le membre droit ; et plusieurs explorations thermométriques révèlent une différence de température de plus d'un degré. La coloration des deux membres est identique quand le malade est couché, mais sitôt qu'il est placé dans la position verticale, le membre gauche devient pourpre du haut en bas, et se sillonne de veines dilatées. Il

est juste d'ajouter qu'avant son accident le blessé avait des varices de la jambe gauche.

L'examen des diverses fonctions ne nous révèle que des modifications peu importantes, si ce n'est du côté de l'appareil génito-urinaire : le pénis est perpétuellement en semi-érection. La miction est fréquente, difficile, douloureuse, et peu abondante. L'urine offre la réaction acide; elle ne renferme ni albumine, ni sucre, ni indican.

La température est normale (37°,4); le pouls est régulier et d'une fréquence ordinaire (75). La respiration est facile et non troublée. La langue est sale, l'appétit diminué; il y a de la constipation. Rien du côté de la pupille.

Le lendemain 15 mars, nous notons dans l'état du malade les modifications suivantes : la paralysie a très légèrement diminué. L'insensibilité au tact, au chatouillement, à la douleur s'est un peu atténuée : la piqûre d'une épingle donne une sensation de fourmillement d'autant plus distincte qu'elle est faite plus haut vers la racine du membre. L'insensibilité thermique seule demeure entière. Les troubles génito-urinaires présentent à peu près les mêmes caractères que la veille; l'urine des vingt-quatre heures est alcaline; sa quantité est de 300 grammes. La constipation persiste.

Le 16 mars, la paralysie et l'insensibilité ont encore un peu diminué, sauf l'insensibilité aux températures qui est toujours absolue. La rétention d'urine est complète, et le cathétérisme est devenu nécessaire, 250 grammes d'urine seulement sont rendus dans les vingt-quatre heures. Il y a toujours constipation. La température est normale, le pouls est remarquable par sa lenteur (65 puls.) et surtout par son irrégularité, son inégalité, ses intermittences; l'on dirait le pouls d'un malade atteint d'insuffisance mitrale.

Le 17 mars, la rétention d'urine disparaît; mais la miction reste embarrassée. La quantité d'urine des vingt-quatre heures est de 700 grammes; elle offre la réaction alcaline. Le pouls est comme la veille lent (70 puls.), inégal, irrégulier, intermittent. Comme la rétention d'urine, la constipation cède tout à coup spontanément, et le malade a dans la journée quatre ou cinq selles abondantes.

Le 18 mars, la paralysie continue à s'améliorer. L'hyperesthésie disparaît à peu près complètement. La quantité d'urine est normale (1,500 gr.). Le pouls est toujours irrégulier.

Le 20 mars, le retour des fonctions motrices s'accroît de plus en plus, et le malade peut presque soulever sa jambe.

Le 21 mars, les urines sont troubles, muco-purulentes.

Le 22 mars, survient une hydarthrose légère du genou gauche, accompagnée de douleurs continues, mais sans changement de coloration de la peau. Le pouls est presque régulier.

Du 23 au 31 mars, le malade commence à se lever avec des béquilles. Les réflexes, et en particulier le réflexe tendineux, ont reparu dans le membre paralysé. Les sensibilités à la douleur, au tact, au chatouillement sont de plus en plus distinctes. La sensibilité aux températures commence à renaître. La perte incomplète du sens musculaire dans le membre gauche persiste encore et se reconnaît à une ataxie manifeste des mouvements. L'hydarthrose s'est résorbée. La miction est facile; les urines sont normales comme quantité et comme qualité. Le pouls est tout à fait régulier.

Le 10 avril, le malade peut marcher sans béquilles, mais en trainant fortement la jambe.

Le 29 avril, le malade quitte l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant: le membre abdominal gauche reste très notablement parésié. Les réflexes sont normaux. L'hyperesthésie a disparu. Les sensibilités à la douleur, au tact, au chatouillement demeurent un peu obtuses. La sensibilité aux températures est encore presque totalement abolie. Les troubles vaso-moteurs se sont très atténués. Le membre inférieur gauche est très légèrement atrophié. Il n'existe plus ni trouble génito-urinaire, ni trouble circulatoire ou digestif.

Comme on le voit, l'observation que nous venons de rapporter ne diffère que par le détail des observations antérieures d'hémilésion, dont elle reproduit fidèlement les traits fondamentaux. La paralysie s'est présentée ici avec ses caractères ordinaires. Comme dans tous les cas où la lésion médullaire est exactement unilatérale et siège au-dessous de l'émergence du plexus brachial, elle a revêtu la forme hémiparalysique. Pendant les premiers jours elle s'est rapide-

ment atténuée, si bien qu'on a pu croire un moment à sa prompte guérison ; puis bientôt elle est restée stationnaire, menaçant, comme dans les cas de Boyer, Rosenthal et autres, de persister indéfiniment. Les réflexes étaient peut-être légèrement exaltés du côté anesthésié, certainement diminués et presque abolis du côté paralysé, où le réflexe tendineux avait entièrement disparu. Ce fait vaut la peine d'être noté, car il est en contradiction avec les faits antérieurs dans lesquels on trouve ordinairement signalée au-dessous de la lésion une exagération bilatérale des actes réflexes (Brown-Séquad, etc.).

L'hyperesthésie, comme c'est la règle, portait à la fois sur les différents modes de sensibilité, et occupait le siège habituel ; elle avait à peu près complètement disparu le cinquième jour, et n'existait plus lorsque le malade quitta l'hôpital, ce qui contredit la formule suivante d'Oré et Poinso : « L'hyperesthésie est *toujours* de longue durée, elle persiste alors que les autres symptômes ont disparu. »

L'anesthésie était unilatérale et croisée, comme dans tous les cas d'hémilésions ; elle ne portait pas à un même degré sur les différentes sensibilités : le tact, le chatouillement n'étaient point absolument éteints ; la douleur, le froid, le chaud au contraire, n'étaient plus perçus. Dès les premiers jours, l'insensibilité au tact, au chatouillement, à la douleur, diminuait rapidement ; seule, l'insensibilité aux températures était encore entière dix jours après l'accident. Ces faits sont assez fréquents, et s'expliquent aisément, si l'on admet avec M. Brown-Séquad qu'il existe dans la moelle des conducteurs spéciaux pour chaque mode spécial de sensibilité.

La paralysie vaso-motrice avait les mêmes limites que la paralysie motrice; elle était très accentuée, puisqu'il y avait d'un côté à l'autre une différence de température de plus d'un degré, et que l'inertie capillaire et veineuse se traduisait, lorsque le malade était debout, par une vive rougeur et de nombreuses varicosités du membre inférieur gauche.

L'érection du pénis avait déjà été notée par Auran, dans un cas d'hémilésion de la moelle dorsale; notre observation prouve une fois de plus que ce trouble génital n'est point spécial aux lésions de la moelle cervicale, comme l'ont cru beaucoup d'auteurs.

Les troubles de la miction n'ont présenté aucune particularité importante; ils ont porté à la fois sur l'excrétion et sur la sécrétion urinaire. Pendant les deux premiers jours, en effet, il y a eu dysurie accompagnée de douleurs et de ténésme. Le troisième jour, la dysurie a fait place à la rétention absolue. Le quatrième jour enfin, la rétention a cédé, et la dysurie a reparu pour diminuer ensuite progressivement d'intensité jusqu'à la guérison complète. L'hypurie a été très manifeste au début, puisqu'avant d'atteindre le taux normal, la quantité des urines a été successivement de 300, 250, puis 700 grammes. Le premier jour seulement l'urine avait conservé la réaction acide, dès le deuxième jour elle était alcaline, le septième jour muco-purulente.

D'après Hutchinson, le pouls reste toujours régulier dans les lésions de la moelle, contrairement à ce qui aurait lieu s'il s'agissait de commotion cérébrale. Nous avons cependant observé une lenteur, une irrégularité, une inégalité et une intermittence du pouls

que la plaie de la moelle peut seule expliquer, car cette lésion a été absolument isolée. Ces troubles du pouls ont duré une semaine à partir du troisième jour de l'accident. Il semble donc probable que le centre cardiaque n'a point été directement intéressé par le traumatisme, mais secondairement, soit par congestion, soit par inflammation.

L'arthropathie du genou gauche que nous avons vue survenir le neuvième jour, n'a différé ni par ses caractères cliniques, ni par sa localisation, des arthropathies relatées dans les observations de Viguès et de Joffroy et Salmon. C'est du reste le seul trouble trophique qu'il nous a été permis de constater, à part l'atrophie du membre inférieur gauche qui était légère encore quand le malade quitta l'hôpital, mais qui depuis cette époque a dû notablement s'accroître.

NOTES POUR SERVIR À L'HISTOIRE DE L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE¹;

Par Ch. FÉRÉ.

IV. — SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS DU CÔTÉ DE L'OEIL CHEZ LES HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUES, SOIT EN DEHORS DE L'ATTAQUE, SOIT PENDANT L'ATTAQUE.

A. *Phénomènes observés en dehors de l'attaque.* — Dans l'hémianesthésie des hystériques, l'insensibilité

¹ Voir le n° 8, p. 160.

La malade qui fait le sujet de la dernière observation (p. 170) a succombé à une nouvelle attaque de rhumatisme compliqué de pleurésie

s'étend non seulement à la peau et aux muqueuses, mais ordinairement aussi aux organes des sens : la vue, l'odorat, l'ouïe, le goût sont également diminués du même côté ; il s'agit, en un mot, en général, d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Toutefois, les organes des sens peuvent être respectés ou peu atteints ; l'œil, par exemple, qui dans les cas d'anesthésie complète, offre des troubles caractéristiques, allant quelquefois jusqu'à la perte totale de la vision, mais consistant le plus souvent en un rétrécissement concentrique du champ visuel, coïncidant ordinairement avec une achromatopsie plus ou moins marquée.

L'achromatopsie est quelquefois complète, mais fréquemment elle est partielle ; certaines malades n'ont perdu que la sensation du violet, par exemple ; et en général il y a corrélation entre le degré du rétrécissement du champ visuel et le degré de l'achromatopsie. Il est un fait qui a peu frappé l'attention, c'est que la sensibilité générale de l'œil, la sensibilité de la conjonctive et de la cornée, est en rapport avec la sensibilité spéciale de l'organe. Les hystériques hémianesthésiques qu'il nous a été donné d'observer, et qui ne présentaient ni rétrécissement du champ visuel, ni achromatopsie, conservaient la sensibilité de leur conjonctive ; celles qui ont perdu la vision d'une ou de plusieurs couleurs, et ont un rétrécissement plus ou régulièrement proportionnel du champ visuel, ont perdu la sensibilité conjonctivale ; celles enfin, qui ont une achromatopsie complète, avec un champ visuel

double et d'endocardite végétante, sans que son anesthésie ait été modifiée jusqu'à la mort. Les centres nerveux n'ont présenté à l'œil nu aucune lésion particulière.

presque nul, ont perdu non seulement la sensibilité de la conjonctive, mais encore celle de la cornée. Dans ce dernier cas, si, pendant que la malade regarde fixement un objet, on fait avancer au contact de la conjonctive et de la cornée une bandelette de papier, on voit l'œil et les paupières rester immobiles, tant que le corps étranger n'est pas arrivé dans le champ pupillaire. Le réflexe oculo-palpébral est obtenu aussi vite si, au lieu de faire avancer le papier au contact des membranes, on le fait avancer à une certaine distance ; il est donc déterminé exclusivement par l'excitation de la rétine qui a perdu la perception des couleurs, mais qui distingue encore le clair de l'obscur. Chez les hémianesthésiques pures ou chez les anesthésiques totales avec prédominance d'un côté, on peut, par l'aimantation ou par l'électrisation statique ou les autres procédés connus, provoquer un transfert qui permet de faire une contre-épreuve donnant des résultats constants. Il y a donc dans l'hémianesthésie hystérique un rapport constant entre l'insensibilité cutanée et l'insensibilité sensorielle. Et ce rapport constant existe non seulement lorsque l'anesthésie est étendue à toute la moitié du corps, mais encore lorsqu'elle est plus ou moins limitée. Lorsqu'on a fait disparaître l'anesthésie hystérique par l'électrisation statique, on voit au bout d'un certain temps reparaitre l'anesthésie, qui commence à se reproduire par une région localisée variable avec les sujets, et n'ayant aucun rapport d'ailleurs avec les distributions nerveuses ¹. Chez une de nos malades,

¹ Les différentes parties reperdent leur sensibilité dans un ordre chronologiquement inverse de celui suivant lequel elles l'ont recouvrée ; mais le

l'insensibilité revient d'abord sur une zone limitée qui entoure l'œil, comprenant la conjonctive et la cornée, et l'anesthésie sensorielle se reproduit en même temps que cette insensibilité limitée de la peau. Ce que nous venons de dire pour l'œil peut d'ailleurs être vérifié également pour l'ouïe, pour l'odorat, pour le goût. Sur plusieurs hystériques hémianesthésiques que nous avons examinées à ce point de vue, nous avons pu constater que, lorsque l'ouïe est plus ou moins intacte, la sensibilité générale du conduit auditif (qu'il ne faut pas confondre avec celle de la membrane tympanique) est également conservée, ou inversement. Ces faits semblent indiquer qu'il existe dans des régions indéterminées de l'encéphale des centres sensitifs communs aux organes des sens et aux téguments qui les recouvrent.

Ce point de l'histoire de l'hystéro-épilepsie a par lui-même un certain intérêt, mais en prendra un plus grand encore, si, suivant en cela l'exemple de notre maître, nous cherchons à appliquer les données de

retour de l'anesthésie est beaucoup plus facile à suivre parce qu'il est moins rapide. Chez E. P..., l'anesthésie reparait d'abord autour de l'œil et à ses membranes, et l'amblyopie se reproduit en même temps; puis l'insensibilité envahit l'oreille, la narine, la bouche, et la sensibilité spéciale de ces organes s'altère parallèlement. L'anesthésie descend progressivement, et quand elle arrive vers le genou droit, la partie supérieure de la face commence à se prendre à gauche. L'invasion continue, mais ce sont les orteils du pied gauche qui perdent les derniers leur sensibilité. Chez D..., les phénomènes se passent en sens inverse; sous l'influence de l'électricité statique, l'insensibilité disparaît d'abord à la face; quand elle reparait, elle se manifeste d'abord au pied, puis à la main, remontant progressivement des membres à la face; ce n'est qu'en dernier lieu que la face et les sens spéciaux perdent leur sensibilité. Chez P... l'anesthésie se reproduit en commençant par l'avant-bras et par la cuisse; la dernière partie qui reste sensible est une plaque située en dehors de l'ombilic.

l'hystérie, cette maladie si éminemment suggestive, à l'étude des affections cérébrales. M. Charcot, se basant sur ce que les hystériques ne pouvaient avoir une physiologie à part, a pensé que les phénomènes qu'on observe sur elles doivent se retrouver dans les autres maladies, et c'est ce qui lui a permis de mettre en lumière l'amblyopie croisée dans certaines lésions cérébrales. Cherchant à notre tour des analogies nouvelles entre l'hémianesthésie des hystériques et l'hémianesthésie par lésion cérébrale, nous avons pu voir que, comme les hystériques, les hémianesthésiques cérébraux qui ont des troubles de la sensibilité des membranes extérieures de l'œil, ont également des troubles visuels, soit achromatopsie, soit rétrécissement concentrique ou rétrécissement latéral¹.

Certaines hystériques, au lieu d'offrir une diminution de la sensibilité cutanée, paraissent présenter au contraire une exagération de la sensibilité au contact et à la piqure du côté de l'ovaire douloureux ; mais, à tout bien considérer, on s'aperçoit bientôt que cette soi-disant hyperesthésie n'est qu'une exagération de la sensibilité à la douleur, et que le simple contact est moins senti qu'il ne l'est du côté sain. Il s'agit alors d'une hémidysesthésie² ; mais dans ce cas encore, s'il existe des troubles de la sensibilité spéciale, ils sont en tout analogues à ceux qui accompagnent l'hémianesthésie, c'est-à-dire que l'acuité des divers sens

¹ Ch. Féré. — *Hémihyperesthésie sensitive et hémianesthésie sensorielle.* (Société de biologie, 4 novembre 1881.)

² Ch. Féré. — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par les lésions cérébrales.* Paris, 1882.

est diminuée. Cette dysesthésie peut, comme l'anesthésie, se limiter à la partie supérieure d'un côté de la face, et s'accompagner de troubles analogues des sens.

Le rapport qui existe entre la sensibilité spéciale de l'œil et la sensibilité de la conjonctive, nous paraît encore trouver une preuve dans une observation que nous avons pu faire récemment à la Salpêtrière sur trois hystériques hypnotisables. On peut distinguer dans la catalepsie deux phases diverses en ce qui concerne l'organe de la vision. 1° Dans la catalepsie profonde, celle qu'on obtient, par exemple, par un bruit soudain, les yeux restent fixes, sans clignement de paupières; dans cet état, on peut toucher impunément la conjonctive, sans provoquer de réflexe. 2° En agitant plusieurs fois un objet devant les yeux de la cataleptique, on arrive à fixer son regard et à lui faire suivre les mouvements que l'on fait, et on peut lui donner des suggestions. Si alors on touche la conjonctive, les paupières réagissent immédiatement comme chez un sujet sain, tandis que la sensibilité générale reste abolie sur tout le corps. On peut, en replongeant la malade dans la catalepsie profonde, répéter l'expérience autant de fois qu'on le veut; le résultat est toujours le même: sitôt que l'œil perd sa fixité, la sensibilité de la conjonctive reparait. L'objet mis en mouvement devant l'œil excite la sensibilité spéciale de l'organe comme, dans d'autres circonstances, une forte excitation locale ramène la sensibilité cutanée; et, avec la fonction visuelle, la sensibilité de la membrane externe de l'œil a reparu.

B. *Phénomènes observés pendant l'attaque.* — Passons maintenant à l'étude de quelques phénomènes observés du côté de l'œil pendant l'attaque d'hystéro-épilepsie. L'exploration de l'œil pendant l'attaque présente une grande difficulté, en raison des battements des paupières, de la convulsion des yeux qui se portent souvent vers un des angles de l'orbite, et des mouvements plus ou moins précipités du corps et de la tête. Cependant, en répétant l'épreuve un nombre suffisant de fois, il m'a été permis, à un certain moment, dans chaque période et pour chaque malade, de constater que la pulpe du doigt posée au contact de la cornée, dans le champ pupillaire, ne fait point changer la direction de l'œil. Chez quelques malades, ce contact provoque une sécrétion lacrymale exagérée, chez d'autres l'œil reste sec. Non seulement l'œil ne tourne point, soit pendant la phase épileptoïde, soit pendant la phase des grands mouvements, mais, chez certains sujets qui, dans la phase du délire, regardent en face, l'œil largement ouvert, on peut constater que les paupières ne bougent pas, malgré un contact de la cornée durant plusieurs secondes. Les membranes externes de l'œil sont donc insensibles pendant l'attaque.

L'état de la pupille pendant l'attaque a été peu observé : on trouve la dilatation notée dans les observations de M. Bourneville¹; M. Richer² dit que dans la période épileptoïde la pupille est tantôt rétrécie, tantôt dilatée; M. Gowers, dans son traité tout

¹ *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'hystéro-épilepsie et l'hystérie*, 1876, p. 120, 157; et *Iconogr. de la Salpêtrière*.

² *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, 1881, p. 38.

récent, manque de clarté et de précision quand il dit que les pupilles sont généralement contractées pendant la convergence des yeux et quelquefois sans convergence par un spasme de l'accommodation¹. En somme, c'est un point qui ne paraît pas avoir été le sujet d'une étude bien détaillée et qui nous semble cependant digne d'attention.

Pendant l'attaque, la pupille n'est que peu influencée par l'action de la lumière, qui provoque cependant un rétrécissement très net dans certains cas. Elle est le siège de mouvements spontanés très intéressants à observer, mais qu'on ne voit pas avec la même facilité chez toutes les malades et pendant toutes les attaques ; cependant, cette étude est grandement favorisée par la répétition de ces attaques, dont les différentes phases se succèdent avec une régularité prévue, et que l'on peut interrompre à volonté par la compression ovarienne, ou reproduire par l'excitation des points hystérogènes. Tel est, en résumé, le résultat de nos observations. Au début de la première phase, de la phase épileptoïde, la face se convulse, se tourne d'un côté, les yeux deviennent fixes, les membres se raidissent et restent un moment fixes, puis la trépidation commence. Au moment où la face commence à se figer par la contraction tonique qui précède la torsion de la tête, on voit la pupille se rétrécir rapidement, puis rester immobile. Pendant toute la première partie de cette première phase, pendant la période tonique, la pupille reste contractée. Sitôt que les mouvements cloniques se produisent, la pupille se dilate fortement,

¹ *Epilepsy and other chronic convulsive diseases*; London, 1881, p. 155

et la dilatation persiste pendant la seconde partie de la phase épileptoïde et pendant toute la durée de la phase des grands mouvements. Quand arrive la phase du délire et des attitudes passionnelles, on voit des oscillations très remarquables de la pupille, des alternatives de dilatation et de rétrécissement qui varient avec l'attitude du sujet, et qui paraissent dues à la nécessité du mouvement d'accommodation provoquée par les différences d'éloignement des objets ou des personnes qui figurent dans l'hallucination. Certaines malades sont sujettes à des attaques incomplètes, qui augmentent les difficultés de l'observation de l'état de la pupille, surtout pour la contraction du début, qui est souvent extrêmement brève. Cependant on s'y retrouve assez facilement, par un examen prolongé. Ces irrégularités offrent même quelquefois un intérêt particulier. Ainsi, chez une de nos malades qui, dans ses états de mal, a des attaques incomplètes constituées seulement par une période de grands mouvements avec arc de cercle, j'ai observé plusieurs fois, avant le début de l'attaque, sans aucune trace de contraction tonique, une contraction pupillaire très énergique, constituant une sorte d'épileptoïde larvée; de sorte que ses attaques sont plus incomplètes en apparence qu'en réalité.

Nous avons insisté sur ces signes fournis par la sensibilité oculaire et par l'état de la pupille, qui nous paraissent avoir une grande importance, pour établir l'absence de simulation; car, à ce point de vue, ils ont une grande valeur, même à l'état d'isolement. En outre, ces phénomènes oculo-pupillaires paraîtront tout à fait caractéristiques dans l'hystéro-épilepsie,

quand j'aurai dit qu'ils sont nettement influencés par compression ovarienne. Pendant la dilatation pupillaire inséparable des mouvements, la compression ovarienne ramène instantanément le petit cercle de l'iris à ses dimensions normales. Chez les malades qui, au début de la période tonique, offrent une contraction pupillaire de quelque durée, on peut, par une compression brusque de l'ovaire, ramener brusquement la pupille à la dilatation normale, en même temps que l'on arrête l'attaque.

Il serait très important de pouvoir comparer l'état de la pupille pendant l'attaque dans l'épilepsie et dans l'hystéro-épilepsie. Cela est facile pour la période clonique, dans laquelle l'épileptique offre une dilatation pupillaire comme l'hystérique ; mais le début de l'attaque est beaucoup plus difficile à observer chez l'épileptique, qui n'est point prévenu. Malgré des tentatives nombreuses, nous n'avons jamais pu arriver dans les attaques isolées à constater la contraction du début que M. Gowers a quelquefois observée ; dans plusieurs cas d'épilepsie partielle, il n'existait rien de semblable. Mais ces faits diffèrent de l'épilepsie véritable à plusieurs égards, et on n'en peut tirer de conclusions. Dans l'état de mal épileptique, on semblerait se trouver dans de meilleures conditions : mais les attaques subintrantes rendent encore l'observation très difficile. Cependant, dans un de ces cas, nous avons pu constater, dans quelques accès, une contraction de la pupille au début de la période tonique ; mais il s'agit là d'un fait isolé, auquel nous ne pouvons attacher une grande importance ; d'autant moins que dans une circonstance analogue, M. Charcot a observé un phéno-

mène tout opposé, c'est-à-dire une forte dilatation dès le début des accès.

V. — MOUVEMENTS DE LA PUPILLE ET PROPRIÉTÉS DU PRISME DANS LES HALLUCINATIONS PROVOQUÉES DES HYSTÉRIQUES ¹.

Une des choses qui ont le plus retardé l'étude scientifique de l'hystérie, c'est, avec la bizarrerie de certains phénomènes qui semblaient en opposition avec les lois physiologiques, la crainte de la fourberie, qui est pour ainsi dire un des symptômes de la maladie. Pour se mettre à l'abri des erreurs qui peuvent être attribuées à la prédisposition au mensonge que l'on accorde à toutes ces malades, il était bon d'étudier, dans les manifestations spontanées ou provoquées de l'hystérie, les modifications que peuvent éprouver certains organes, qui, à l'état normal, ne sont pas soumis à la volonté. La pupille peut fournir à cet égard un utile champ de recherches, soit dans l'étude des phénomènes spontanés de l'hystérie, soit dans les expérimentations sur les phénomènes que l'on peut provoquer chez certaines hystériques. Les modifications pupillaires, aux différentes phases de l'attaque d'hystéro-épilepsie, viennent d'être étudiées. Rappelons qu'à la période des attitudes passionnelles, on observe dans la pupille des alternatives de dilatation et de rétrécissement, qui ont semblé en rapport avec la distance à laquelle se trouve l'objet qui figure dans l'hallucination.

¹ Ch. Féré. — *Société de biologie*, décembre 1881.

Nous sommes parti de cette idée pour rechercher si, dans les hallucinations provoquées, on peut amener dans la pupille des modifications qui obéissent à une loi physiologique. Chez deux hystériques avec lesquelles on peut entrer en communication par la parole pendant la catalepsie, voici ce que nous avons observé : lorsque nous leur ordonnons de regarder un oiseau au sommet d'un clocher ou s'élevant tout en haut dans les airs, la pupille se dilate progressivement jusqu'à doubler, ou peu s'en faut, son diamètre primitif ; si nous faisons redescendre l'oiseau, la pupille se rétrécit graduellement ; et on peut reproduire le même phénomène autant de fois que l'on évoque l'idée d'un objet quelconque qui se meut.

Ces modifications de la pupille que l'on provoque ainsi chez une cataleptique, qui ne cesse pas d'ailleurs d'offrir tous les phénomènes propres à la catalepsie, montrent que, dans cette hallucination, l'objet fictif est exactement vu comme s'il existait, et provoque par ses mouvements des efforts d'accommodation suivant les mêmes lois que si c'était un objet réel. Il s'agit donc bien d'une hallucination véritable, qui n'a rien à faire avec la supercherie. On peut objecter, cependant, que quelques individus peuvent contracter volontairement leur pupille.

Il faut convenir toutefois, avec Leeser¹, dont nous rappelons les études critiques, que ces mouvements de la pupille, qui se produisent à vrai dire sous l'influence de la volonté, ne sont pas pour cela des mouvements volontaires ; ce sont des mouvements associés

¹ Leeser. — *Die pupillar bewegung*. Wiesbaden, 1881.

à des mouvements volontaires. Ces mouvements soi-disant volontaires de la pupille, on les observe dans les grands mouvements respiratoires, dans la déglutition, la mastication, mais surtout dans les grands efforts musculaires (R. Vigouroux)¹ qui s'accompagnent de dilatation pupillaire. Dans ces cas, la volonté n'agit que d'une manière indirecte, par excitation des centres volontairement excitables.

Seitz-Zehender² raconte le cas d'un étudiant en médecine qui pouvait dilater sa pupille de 3 millimètres, quand il inspirait profondément, puis arrêta sa respiration en même temps qu'il contractait les muscles du cou. Lorsqu'il fixait un point rapproché, l'expérience réussissait encore mieux. Ce cas est peut-être le même que celui que Kügel³ rapporte d'un D^r Szontag. Celui-ci, ayant sa pupille large de 4 à 5 millimètres à un éclairage moyen, pouvait la dilater jusqu'à 9 millimètres, c'est-à-dire jusqu'au maximum ou à peu près, quand il faisait une inspiration lente et contractait en même temps les muscles du cou et de la nuque ; l'inspiration lente et profonde pouvait, à elle seule, déterminer une dilatation appréciable.

Cette dilatation de la pupille, comme celle qui se produit dans tout effort musculaire, est tout à fait indépendante de la volonté, mais seulement associée à des mouvements volontaires. D'après tout ce que nous savons sur les mouvements associés de la pupille, ajoute Leeser, le phénomène s'explique en admettant

¹ *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 1863, t. VIII, p. 581.

² *Handbuch der Augenheilk.*, p. 314.

³ *Über die Willkürliche veränderung der pupillengröße*. In *Wiener med. Wochens.*, 1860, nos 32 et 33.

une irritation du centre oculo-pupillaire vaso-moteur, en même temps que celle du centre respiratoire, vraisemblablement sous l'influence de l'acide carbonique accumulé dans le sang. Kügel admet d'ailleurs que l'anémie et l'anoxémie correspondante, déterminées dans le cerveau par l'inspiration profonde et la contraction musculaire énergique, déterminent une paralysie du centre constricteur pupillaire. Leeser admet que, dans les cas de ce genre, il y a excitation du centre dilatateur, tandis que, dans les cas d'effort respiratoire et musculaire, l'anoxémie s'y surajoute, amenant une paralysie du centre constricteur permettant la dilatation extrême de la pupille.

Le cas rapporté par Budge (*bewegungen der iris*, p. 163) semble propre à faire admettre des mouvements volontaires de la pupille ; ainsi, le professeur Beer (de Bonn), pouvait volontairement contracter et dilater sa pupille, en faisant naître en lui certaines idées ; quand il se représentait un lieu très éclairé, sa pupille se contractait ; elle se dilatait au contraire quand il imaginait un endroit très obscur. Budge, qui a rencontré plusieurs personnes dont la pupille se dilatait par l'évocation de l'idée d'un lieu obscur, remarque ce qui suit : « On ne devra pas conclure de ces observations que les mouvements de l'iris sont volontaires ; le phénomène est comparable à la sécrétion de salive qui se fait dans la bouche à l'idée de certains mets. »

Ce dernier fait prouve au moins que, dans certains cas, la pupille peut se contracter sous l'influence de l'imagination. Si quelques sujets peuvent contracter ou dilater leur pupille en s'imaginant des objets rapprochés ou éloignés, ils sont rares. Nous avons soumis

nos malades à l'expérience à l'état de veille, mais sans succès.

Une autre expérience, d'ailleurs, servira à prouver encore que, dans ces hallucinations provoquées, l'objet est bien vu comme un objet réel et qu'il est vu des deux yeux suivant les lois physiologiques ordinaires. Sur les deux malades déjà étudiées et sur plusieurs autres, nous avons observé ce qui suit. Pendant le sommeil hypnotique ou pendant la catalepsie, on leur inculque l'idée qu'il existe sur une table de couleur sombre un portrait de profil; à leur réveil, elles voient distinctement le même portrait. Si alors, sans prévenir, on place un prisme devant un des yeux, immédiatement le sujet s'étonne de voir deux profils, et toujours l'image fautive est placée conformément aux lois de la physique. Deux de ces sujets peuvent répondre conformément dans l'état cataleptique; ils n'ont aucune notion des propriétés du prisme; d'ailleurs, on peut facilement leur dissimuler la position précise dans laquelle on le place; et il est aisé de les rapprocher assez de la table pour que celle-ci ne soit point elle-même doublée, ce qui pourrait servir d'indice; nous avons répété la même expérience avec succès sur un mur à surface uniforme. Si on presse latéralement sur un globe oculaire de façon à déranger l'axe optique, on provoque la même diplopie, qui a déjà, du reste, été notée par ce procédé dans les hallucinations spontanées chez certains aliénés (Brewster)¹. M. Despine² a pu constater, par la pression latérale

¹ Cité par Despine.

² P. Despine. — *Etude scientifique sur le somnambulisme*, etc., 1880, p. 328. — *Théorie physiologique de l'hallucination*, 1881, p. 8.

du globe oculaire, ce même dédoublement de l'objet fictif dans les hallucinations *spontanées* d'un hystérique mâle; M. Ball¹ a observé un autre fait semblable.

Un point intéressant à remarquer, c'est que, pour une distance donnée, le prisme provoque ou ne provoque pas un dédoublement de l'image, suivant qu'on le place devant l'œil le plus près de l'état normal, ou devant l'œil le plus amblyope. Du reste, à l'état de veille, on observe le même phénomène dans la vision des objets réels. Une de nos malades, complètement achromatopsique d'un œil, ne peut avoir d'hallucinations colorées de cet œil; et, si on lui suggère l'idée d'une figure géométrique colorée en rouge, par exemple, cette image ne peut pas être dédoublée par le prisme. Il n'y a aucune contradiction entre tous ces faits.

Les expériences de MM. Schiff, Foa, Vulpian, ont montré que, des excitations portées sur un nerf sensitif peuvent produire la dilatation de la pupille, et Mosso a pu considérer la pupille comme un véritable aësthésiomètre.

Il existe donc certains moyens efficaces de faire mouvoir la pupille indirectement sous l'influence de la volonté; mais il est facile de s'assurer que rien de semblable n'intervenait chez nos malades; on peut s'assurer qu'il s'agit, non de phénomènes simulés, mais d'hallucinations en tout analogues à celles qui se produisent spontanément. Les hallucinations *provoquées* des hystériques peuvent donc servir à l'étude des hallucinations spontanées.

¹ B. Ball. — *Théorie des hallucinations*. In *Revue scientifique*, 1880, p. 1881.

Ces divers faits, mouvements de la pupille et dédoublement de l'image par le prisme, peuvent être cités à l'appui de la théorie psycho-sensorielle des hallucinations.

VI. — LA DOULEUR DITE OVARIENNE DES HYSTÉRIQUES A POUR SIÈGE L'OVAIRE

Nous ne reviendrons pas sur les anciennes discussions au sujet du siège de la douleur hypogastrique des hystériques, que les uns considéraient comme cutanée, que d'autres localisaient dans les muscles, etc. C'est surtout sur des idées théoriques qu'on s'est basé tout d'abord pour rattacher cette douleur à l'ovaire, qui, cependant, avait pu quelquefois être atteint par la palpation abdominale (Charcot¹). Toutefois, on n'avait point assez nettement constaté la coïncidence de la douleur ovarienne avec l'existence de la tumeur formée soi-disant par l'ovaire, et, d'ailleurs, certains accoucheurs, et en particulier M. Duncan², avaient pu contester que l'ovaire pût être atteint par la palpation abdominale, et qu'il occupât le siège habituel de la douleur hypogastrique des hystériques. La question devait donc rester pendante, d'autant plus que le toucher vaginal et rectal qui, combinés à la palpation abdominale, auraient pu donner des résultats plus précis, ne pouvaient guère être mis en usage chez ces

¹ Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 4^e édition 1880, p. 320 et suiv.

² Duncan. — *British. med. Assoc. in Cambridge*, 1878. (*British. med. Journ.* August 28, 1878, p. 329.)

sujets, dont le caractère particulier rend ces manœuvres délicates ou même dangereuses.

Une circonstance s'est présentée, qui a favorisé la solution de la question : nous avons pu suivre la grossesse de deux hystériques. Rappelons tout d'abord que, pendant la grossesse, les ovaires se déplacent avec le fond de l'utérus, et que, dans les derniers temps de la gestation, ces organes deviennent accessibles et facilement reconnaissables par le palper abdominal. Il est rare, toutefois, que les deux ovaires puissent être sentis en même temps; mais, la pression sur les points qu'ils occupent détermine une sensation spéciale. Ces détails ont été mis en lumière par M. Budin¹, et développés par son élève M. Chaillot dans sa thèse².

Premier cas. — La nommée B..., dont l'histoire se trouve en détail dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*³ est hystéro-épileptique. Elle était sortie guérie du service de M. Charcot, au mois de juin 1880. Elle n'avait plus alors ni anesthésie, ni attaques convulsives, ni points hystérogènes, et résistait à tous moyens d'hypnotisation. Quelques mois après sa sortie, elle redevint hémianesthésique droite et hypnotisable. Elle se trouva enceinte, et, pendant toute la durée de sa grossesse, elle resta hémianesthésique et hypnotisable, mais les attaques ne se reproduisirent pas, et on ne pouvait pas les provoquer par la pression sur les anciens points hystérogènes. Pendant les quatre premiers mois de la gestation, elle fut sujette à des vomissements, qui se répétaient quelquefois jusqu'à dix fois dans les vingt-quatre heures et qui amenèrent un amaigrissement notable. Elle n'éprouva rien de particulier pendant le reste du temps : les symptômes permanents de l'hystérie persistaient seuls.

¹ *Bull. Soc. biol.*, 1879.

² *Etude sur l'exploration de la sensibilité de l'ovaire et en particulier de la douleur ovarique chez la femme enceinte.* Th. de Paris, 1879.

³ Bourneville et Regnard. — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 187 et t. III, p. 300.

A la fin du huitième mois, elle rentra à la Salpêtrière. Le jour même de son entrée, on se livra à l'exploration des ovaires, la malade déclarant elle-même que ses points douloureux étaient remontés. Ces manœuvres déterminèrent le lendemain des coliques utérines, qui firent craindre un avortement, mais cédèrent à des lavements laudanisés. Nous fûmes alors frappés de ce fait que la malade, qui était facilement hypnotisable le jour de son entrée, ne le fut plus par aucun procédé pendant toute la journée que durèrent ses coliques; elle le redevint dès que ces douleurs eurent cessé. C'est là un fait intéressant à noter, parce que nous le verrons se reproduire au moment du travail.

30 octobre. — Le fond de l'utérus remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'ombilic lui-même, porté en haut et en avant, est distant de 205 millimètres de chaque épine iliaque antéro-supérieure et de 18 centimètres du pubis.

Si on mène, de chaque côté, une ligne fictive de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, on constate que le point douloureux, qui a à peu près 2 centimètres de diamètre de chaque côté, se trouve du côté gauche, à 55 millimètres au-dessus de la ligne indiquée et à 85 millimètres en dedans de l'épine iliaque; du côté droit, le point douloureux est à 35 millimètres au-dessus de cette ligne, et à 70 millimètres en dedans de l'épine iliaque.

On hypnotise la malade à plusieurs reprises, et on peut se convaincre que ce n'est qu'au niveau des petites régions douloureuses, que nous venons de localiser, que la pression peut provoquer le réveil. Le doigt, introduit dans le vagin, peut comprimer autant que possible de chaque côté du col sans produire rien qui ressemble aux phénomènes qui accompagnent la pression sur le point douloureux abdominal.

En cherchant à constater directement la présence des ovaires par la palpation abdominale, M. Budin ne peut y parvenir. On n'arrive point à les sentir sous les doigts; les parois utérines sont molles, dépressibles, il n'y a pas de plans résistants sur lequel on puisse les comprimer et les isoler. M. Budin reconnaît, toutefois, que les points douloureux correspondent au siège des ovaires à cette période de la grossesse.

Le travail a commencé dans la nuit du 19 au 20 novembre,

vers neuf heures et demie du soir. Quand nous sommes arrivé, à deux heures du matin, avec M. Budin, l'orifice utérin était dilaté et mesurait 2 centimètres environ de diamètre. L'enfant se présentait par le sommet, en position occipito-iliaque gauche antérieure; le travail marchait normalement. Le point douloureux ovarien gauche se trouvait sur une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic, à 9 centimètres de l'épine et à 12 centimètres de l'ombilic. Le point droit était à un centimètre au-dessous de la même ligne, et seulement à 8 centimètres de l'épine iliaque. On voit donc que, depuis le 30 octobre, les points ovariens se sont notablement abaissés, en suivant le fond de l'utérus.

Pendant toute la durée du travail, l'hypnotisation a été absolument impossible, soit par la fixité du regard, soit par la pression oculaire; le bruit du tam-tam, la lumière du magnésium n'ont eu aucun effet. Cependant, à l'aide des inhalations d'éther, de chloroforme ensuite, on détermine l'analgésie, mais les mêmes moyens d'hypnotisation ne réussissent pas alors davantage, malgré la bonne volonté du sujet. La malade, qui a conservé son intelligence et qui auparavant gémissait presque continuellement, déclare qu'elle ne souffre plus. Il semble donc que si, en ayant recours aux différents procédés qui réussissent habituellement, on ne peut pas obtenir le sommeil hypnotique, ce n'est pas seulement à cause de la douleur. Nous n'avons donc pas pu, pendant le travail, contrôler par le réveil le siège des points ovariens; mais la pression sur ces points provoque toujours une sensation de boule qui remonte à l'épigastre et à la base du cou, en déterminant des mouvements de déglutition.

On pousse plus loin l'administration du chloroforme, on arrive à l'anesthésie complète, la malade ronfle, puis on cesse le chloroforme. A aucun moment, entre l'anesthésie totale et le retour à l'état normal, on ne peut, par aucun moyen, déterminer le sommeil hypnotique.

Toutefois, une constatation plus importante a pu être faite au moment des contractions utérines. M. Budin a pu nous faire toucher, à plusieurs reprises, du côté gauche, une petite tumeur ovoïde, grosse comme la phalangette du pouce, mobile et glissant sur la surface de l'utérus qui formait alors sous les doigts un plan résistant. La pression sur cette petite tumeur provoquait les phénomènes ordinaires de la pression sur le

point douloureux dit ovarien (sensation de boule qui remonte, mouvements de déglutition, etc.). Cette tumeur, dont le siège est celui de l'ovaire au moment de l'accouchement, a pu seulement être sentie à gauche.

A sept heures et demie, la dilatation était complète ; on rompit les membranes. La malade, souffrant davantage, réclama avec insistance le chloroforme. On la plongea de nouveau dans l'analgésie, et elle accoucha d'une fille bien constituée à huit heures quarante-cinq, sans en avoir conscience. Aussitôt après l'accouchement, on chercha, mais en vain, à sentir l'ovaire ; au moment de la contraction utérine, on sentait le ligament rond qui formait sous le doigt une corde dure ; mais le corps globuleux formé par l'ovaire n'était pas perceptible. A neuf heures, le placenta était expulsé. L'hypnotisation était encore impossible à ce moment.

A neuf heures vingt-cinq, la malade est hypnotisée par la fixité du regard, mais péniblement. La lampe au magnésium n'avait produit aucun effet cinq minutes auparavant.

L'ovaire gauche n'est plus senti ; mais, à neuf heures et demie, il est possible de déterminer la position des deux ovaires par la sensibilité spéciale que l'on constate sur une petite région de 2 centimètres de diamètre environ de chaque côté.

Le fond de l'utérus, fortement incliné vers la droite, dépasse le pubis de 19 centimètres. Le corps a une largeur de 11 centimètres. L'ombilic s'est abaissé, n'est plus qu'à 14 centimètres du pubis et à 13 centimètres des épines iliaques antérieures et supérieures. Le point ovarien gauche est à 2 centimètres au-dessous de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque et à 5 centimètres en dedans de cette épine. Le point droit est à 1 centimètre au-dessous de la même ligne et à 4 centimètres en dedans de l'épine iliaque. On voit donc que, bien que la ligne ilio-ombilicale prise pour point de repère se soit notablement inclinée vers l'horizontale, les points ovariens ont encore subi, par rapport à cette ligne, un mouvement de descente très appréciable.

Ce mouvement de descente s'est encore accentué les jours suivants. Le 25 novembre, l'ovaire gauche se trouvait à 30 millimètres en dedans de l'épine iliaque et à 35 millimètres au-dessous de la ligne bi-iliaque ; l'ovaire droit était à 5 centimètres en dedans de l'épine et à 2 centimètres en dessous de la ligne bi-iliaque.

Le 20 décembre, les points douloureux sont devenus plus profonds et par conséquent moins faciles à bien limiter ; ils paraissent à peu près symétriquement placés à 6 centimètres au-dessous de la ligne passant par les deux épines iliaques supérieures et 5 centimètres en dedans de ces épines. Si, après avoir cataleptisé la malade, on pratique le toucher vaginal, et si l'on presse fortement à gauche du museau de tanche, on provoque le réveil, tout comme si on pressait sur l'abdomen dans la région ovarienne. On ne peut pas produire le même phénomène du côté droit. (Notons que, pendant tout le travail, nous avons pu constater la persistance de l'anesthésie toutes les fois que nous l'avons cherchée quand la malade n'était pas sous l'influence du chloroforme.

Deuxième cas. — La nommée V..., dont l'observation est rapportée en détail dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*¹, n'avait plus d'attaques quand elle est sortie de l'hospice il y a un an ; mais elle avait conservé son anesthésie totale. Elle s'est mariée depuis et rentra à la Salpêtrière à la fin de novembre ; elle était alors au neuvième mois de sa grossesse.

Les attaques ne se sont pas renouvelées depuis qu'elle est enceinte, mais l'état de la sensibilité ne s'est pas modifié.

Elle déclare spontanément que ses points ovariens ont remonté, et quand on lui demande de montrer avec le doigt le siège de la douleur, elle désigne deux points symétriques, situés sur un plan horizontal passant par l'ombilic et situés environ à 15 centimètres en dehors (l'ombilic se trouve alors à 20 centimètres au-dessus du pubis). La pression sur ces points provoque une douleur vive et la sensation de quelque chose qui remonte vers la gorge. La malade, interrogée à différentes reprises pendant le dernier mois de la gestation, a toujours fait des réponses identiques, et la position des deux points douloureux n'a pas varié. Toutefois, comme elle n'est pas hypnotisable, nous n'avons pas pu faire les expériences de contrôle qui donnent tant de netteté au fait qui précède.

26 décembre. — Les premières douleurs se sont manifestées à trois heures du matin, mais éloignées et peu intenses jusqu'à

¹ Bourneville et Regnard. — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 93.

dix heures. A partir de ce moment, elles sont venues plus fortes et presque continues. A onze heures et demie, lorsque nous pratiquons le toucher, la tête est déjà très engagée dans l'excavation, le col est effacé ; mais son orifice laisse à peine pénétrer la phalange de l'index.

A deux heures, les douleurs augmentent d'intensité, mais se sont espacées. De trois à quatre heures, bain tiède. A quatre heures, l'orifice utérin offre un diamètre de 3 centimètres environ : position occipito-iliaque gauche antérieure. Depuis que les douleurs sont devenues un peu fortes, c'est-à-dire depuis dix heures, la malade éprouve de temps en temps des crampes très douloureuses dans le membre inférieur droit et exclusivement dans sa partie externe. Rien de changé dans l'état de la sensibilité.

Depuis le bain, les douleurs se rapprochent ; à sept heures et demie, elles reviennent toutes les cinq minutes, la malade se met au lit.

A sept heures cinquante-cinq, au moment d'une douleur, la malade est prise d'une attaque de contracture avec perte de connaissance et ronflement, les bras sont en croix, les jambes dans l'extension, la malade geint et la résolution se produit, en commençant par le côté gauche, à huit heures deux minutes. Deux minutes après, deuxième attaque de contracture, le bras droit étendu, et le gauche en flexion sur la poitrine, les jambes étendues ; la malade ronfle, mousse et geint ; la contracture a duré trois minutes, et a cessé encore par le côté gauche d'abord. Une minute après, nouvelle attaque analogue à la seconde. Depuis le commencement de la première attaque jusqu'à la fin de la troisième, la malade n'a pas repris connaissance. Alors, la malade se plaint, geint, ne peut se tenir en place, sans pouvoir déterminer cependant où elle souffre.

A huit heures et quart, elle se plaint de nouveau de crampes très vives dans la jambe droite ; puis elle s'assoupit.

A partir de huit heures et demie, chaque fois qu'elle a une douleur un peu forte, elle éprouve en même temps une sensation de compression au-dessus du sein gauche ; elle sent quelque chose qui lui remonte à la gorge en déterminant une vive anxiété et une dyspnée considérable.

A neuf heures et demie, une douleur, qui s'est accompagnée des sensations dont nous venons de parler, est suivie d'une

attaque de contracture analogue aux précédentes et qui dure trois minutes.

A neuf heures quarante-cinq, nous faisons respirer à la malade quelques gouttes de chloroforme et, à partir de ce moment, les douleurs ne se sont plus accompagnées d'aucun phénomène particulier. La malade réclame, du reste, le chloroforme avec insistance à chaque fois qu'on suspend quelque temps les inhalations, qui ont toujours été faites à faible dose.

Les deux points douloureux, dits ovariens, sont situés environ 2 centimètres au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic et symétriquement à 15 centimètres en dehors de ce point. Pendant une forte contraction, j'ai pu sentir, du côté gauche, un petit corps ovoïde du volume d'un marron environ, s'échappant dès que je pressais un peu. Je n'ai pas pu obtenir une sensation analogue du côté droit.

L'anesthésie n'a pas été modifiée un instant.

A partir de dix heures, nous avons augmenté un peu le chloroforme, la malade ne sentait plus ses douleurs; mais, vers onze heures un quart, il survint une nouvelle attaque de contracture, le chloroforme fut suspendu. Nous pûmes constater quelques minutes après que l'insensibilité n'était pas modifiée. Les douleurs étant devenues très fortes, nous avons donné le chloroforme jusqu'à résolution, et la malade accoucha sans en avoir conscience, à onze heures trente-cinq minutes, d'une fille bien constituée. A minuit dix, le placenta était expulsé.

Après la délivrance, la malade s'est plainte pendant plusieurs heures de douleurs vives dans tout le ventre. Ce n'est qu'à cinq heures du matin que nous avons exploré la position des points douloureux, qui étaient redescendus: le gauche, au niveau de la ligne bi-iliaque, et 4 centimètres en dedans de l'épine; le droit, à 1 centimètre au-dessous de la même ligne et à 5 centimètres en dedans de l'épine iliaque.

Les deux points douloureux ont continué leur descente, et, six semaines après l'accouchement, nous avons pu vérifier qu'ils avaient repris leur position primitive dans le petit bassin, au voisinage du point où on sent battre l'artère iliaque.

En somme, nous avons pu constater deux fois, pendant la grossesse, un déplacement des points doulou-

reux, qui subissaient un mouvement d'ascension proportionnel au développement de l'utérus gravide.

Dans ces mêmes cas, nous avons pu, après l'accouchement, constater la descente des mêmes points douloureux, encore proportionnelle à l'évolution utérine. Dans ces différents moments, les points douloureux conservaient une situation qui est précisément celle qu'occupe l'ovaire, puis au terme de la grossesse, après l'accouchement et à l'état de vacuité. Aussi nous nous croyons fondé à considérer comme établi que le siège de la douleur iliaque des hystériques est bien l'ovaire, comme le soutient depuis longtemps M. Charcot.

Ces deux faits sont en outre intéressants, en ce qu'ils montrent que les perturbations les plus violentes peuvent ne pas modifier les phénomènes permanents de l'hystérie et particulièrement l'anesthésie.

VII. — COMPRESSION DE L'OVAIRE.

Depuis que M. Charcot a remis en honneur la compression ovarienne pour arrêter l'attaque d'hystérie, on a tenté, à différentes reprises, de remplacer la compression manuelle, qui ne peut être longtemps maintenue, par la compression mécanique dont la durée ne peut être limitée que par la tolérance des malades.

Le premier appareil a été imaginé par M. Poirier¹. Cet appareil, qui présente une grande analogie avec les compresseurs de l'aorte, remplissait le but qu'on se proposait d'atteindre, en ce sens qu'il permettait d'ar-

¹ *Progrès médical*, 1878, p. 993.

rêter l'attaque aussi longtemps que la malade pouvait le supporter; mais il n'était applicable que dans le décubitus dorsal, et, au bout de peu de temps, la patiente, fatiguée du séjour au lit, préférait enlever le compresseur et laisser partir son attaque.

L'appareil de M. Ballet, constitué par une ceinture formée intérieurement d'armatures en fer, mobiles, supportant des tampons également mobiles, présente l'avantage d'être portatif, mais il est compliqué et un peu coûteux.

Le compresseur que nous avons fait construire par M. Aubry est beaucoup plus simple. Ce n'est pas un appareil nouveau; il consiste en un bandage à ressort très analogue au bandage français pour la contention des hernies; mais le ressort est plus résistant, élargi et fortement rembourré à la partie postérieure où il repose

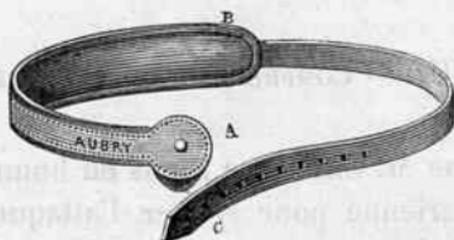


Fig. 24. — Compresseur ovarique simple, pour le côté droit. — A, Pelote de caoutchouc répondant à la région ovarienne. — B, Point d'appui dorsal, bien garni. — C, Courroie d'attache, se fixant au bouton de la pelote.

sur la colonne vertébrale qui sert de point d'appui. En avant, il est tordu de haut en bas et d'avant en arrière, de sorte que la pelote qui s'applique du côté qui supporte le ressort est dirigée obliquement en bas et en arrière, vers la partie externe de l'excavation où l'on sent battre l'artère iliaque. Du reste, on jugera mieux

de la forme générale de l'appareil par la *figure 24*, que par une longue description.

La pelote A a la forme d'un cône émoussé, de quatre centimètres et demi de hauteur environ, et elle est constituée par une sorte de godet en caoutchouc, de un centimètre d'épaisseur; de sorte que, bien qu'elle soit assez résistante pour donner une pression suffisante, elle conserve une certaine mollesse qui permet de la supporter longtemps sans douleur. Comme on le voit dans la *fig. 25*, le ressort peut s'appliquer comme



Fig. 25. — Compresseur ovarique gauche, en place. (D'après une photographie de M. Loreau.)

celui d'un bandage herniaire; il peut se placer facilement au-dessous de la crête iliaque, de sorte que les malades ont la possibilité de porter un corset, de se vêtir et d'agir sans plus de gêne que si elles avaient une hernie contenue.

Bien que la compression obtenue par cet appareil ne soit pas très forte, elle est toujours suffisante. On sait d'ailleurs que, s'il faut un effort de pression assez

considérable pour se rendre maître d'une attaque commencée, les malades peuvent ordinairement, lorsqu'elles la sentent venir, éviter elles-mêmes sa production par l'application d'un ou deux doigts sur la région ovarienne. Il n'était donc pas nécessaire de rechercher un appareil très énergique; on pourrait, d'ailleurs, faire varier la force du ressort, suivant les sujets.

Pour quelques cas spéciaux, nous avons fait construire un appareil un peu plus compliqué permettant de déplacer la pelote dans tous les sens et de modifier à volonté la pression (*fig. 26*).

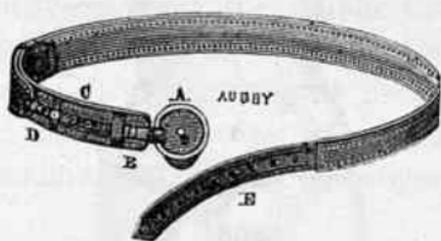


Fig. 26. — Compresseur simple modifié. — A, Pelote mobile. — B, Tou-rillon permettant d'incliner plus ou moins la pelote. — C, Coulisse permettant d'allonger ou de raccourcir le bandage et de faire avancer la pelote vers la ligne médiane ou de la rapprocher de l'épine iliaque. — D, Brisure du bandage, munie d'une vis de pression permettant de fermer plus ou moins le ressort, et d'augmenter ou de diminuer à volonté la pression.

Pour les rares malades qui ont besoin d'être comprimées des deux côtés, M. Aubry nous a construit un bandage double qui s'applique aussi très facilement (*fig. 27*), et qui est susceptible des mêmes perfectionnements que le bandage simple.

Ces compresseurs, qui sont très simples et d'un prix modique, ont l'avantage non seulement d'être portatifs, mais encore de comprimer sans serrer le ventre qui est généralement ballonné quand les malades sont

sous le coup d'une attaque. Nous avons pu constater, depuis six mois que nous les expérimentons dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, qu'ils sont supportés sans aucune gêne, et nous avons vu des malades suspendre leurs attaques pendant des périodes inouïes auparavant; l'une d'elles, par exemple, a pu garder le compresseur pendant trois semaines.

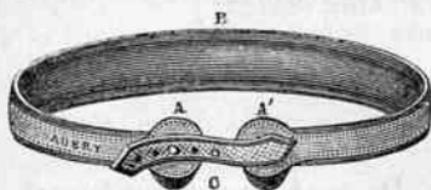


Fig. 27 — Compresseur double. A, A', Pelotes en caoutchouc répondant aux deux régions ovariennes.

Nous ne voulons pas dire que la compression puisse arriver à supprimer les attaques. Cependant, nous devons enregistrer un fait important : une de nos malades, après avoir, sous les menaces permanentes de l'attaque, gardé le compresseur pendant plus de vingt jours, put l'enlever sans avoir d'attaque; mais, au lieu de rester deux semaines ou plus sans éprouver de nouvelles menaces, comme cela lui arrivait lorsqu'elle avait été déchargée par une attaque, il lui fallut reprendre le bandage au bout de cinq jours. Ce fait montre que l'action de la compression est surtout suspensive; toutefois, la possibilité de la suspension des attaques chez les hystériques qui vivent de la vie commune est assez importante pour qu'on doive chercher à rendre aussi pratiques que possible les moyens qui la produisent.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPNOTISME CHEZ LES
HYSTÉRIQUES; DU PHÉNOMÈNE DE L'HYPEREXCITABILITÉ
NEURO-MUSCULAIRE (*Suite*)¹;

Par MM. CHARCOT et PAUL RICHER.

D. — *État cataleptiforme.*

Il est des cas dans lesquels l'hyperexcitabilité neuro-musculaire donne naissance à une sorte de catalepsie qu'il importe de ne pas confondre avec la catalepsie véritable et que pour cette raison nous avons proposé de désigner sous le nom d'*état cataleptiforme*. Pour l'intelligence de ce qui va suivre, il est nécessaire de rappeler ici les caractères de la véritable catalepsie, telle qu'elle se présente chez nos malades pendant une des phases du sommeil nerveux désigné sous le nom d'hypnotisme.

L'état cataleptique survient d'emblée à la suite de l'impression brusque d'une vive lumière sur la rétine (lumière électrique, lampe Bourbouze, etc.), sous l'influence des vibrations d'un grand diapason, ou bien encore à la suite d'un bruit violent inattendu (coup de gong).

¹ Voir le n° 5, p. 32 ; n° 6, p. 173 ; n° 8, p. 129.

Il succède également à la léthargie hypnotique obtenue le plus souvent directement par la fixité du regard. Il suffit, dans ce cas, de soulever les paupières d'une malade léthargique pour la rendre immédiatement cataleptique. Les caractères de cet état cataleptique sont les suivants :

1° Les yeux sont ouverts, et le regard possède une fixité sur laquelle nous insistons comme un des signes les plus importants. La physionomie est impassible et expressive à la fois, la malade paraît absorbée. Ce visage est très vraisemblablement celui de l'*extase cataleptique* des auteurs ;

2° Le clignement a disparu. La conjonctive est rouge, les larmes coulent quelquefois sur la joue. L'anesthésie a envahi, le plus souvent, la conjonctive et jusqu'à la cornée. L'état de la pupille varie ;

3° Les membres gardent les positions qu'on leur communique. Ils paraissent d'une grande légèreté, lorsqu'on les soulève ou qu'on modifie leurs attitudes. La *flexibilitas cerea* ou la roideur des mannequins de peintre n'existe pas. On modifie l'attitude des membres avec la plus grande facilité et sans le moindre effort. Les attitudes ainsi communiquées sont gardées par les sujets pendant fort longtemps et le massage ou la friction des masses musculaires ne les modifient pas. Enfin cet état cataleptique est uniformément développé sur tous les membres et le tronc ;

4° L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas. Les réflexes tendineux sont complètement abolis ;

5° L'anesthésie cutanée est complète. Persistance partielle des sens ;

6° Suggestion. Influence du geste sur la physionomie.

Phénomènes psychiques sur lesquels nous n'avons pas à insister ici : automatisme, hallucinations provoquées¹.

L'état cataleptique dont nous venons d'indiquer les principaux traits constitue un des modes du sommeil nerveux, bien distinct de cet autre mode que nous avons décrit sous le nom de *léthargie hystérique provoquée* dont l'hyperexcitabilité neuro-musculaire constitue un des principaux caractères.

L'on sait comment ces deux modes du sommeil nerveux peuvent se succéder chez un même sujet, ou même s'y montrer simultanément en n'affectant chacun qu'une moitié du corps (hémi-léthargie, hémi-catalepsie). Mais il n'en est pas toujours ainsi ; à côté des cas que l'on pourrait appeler les cas types et réguliers dans lesquels tous les symptômes offrent le caractère de précision sur lequel nous venons d'insister, il en est d'autres moins parfaits dans lesquels le sommeil hypnotique n'est plus susceptible d'être divisé en deux périodes distinctes : état léthargique avec hyperexcitabilité neuro-musculaire, et état cataleptique. C'est une sorte d'état mixte qui paraît tenir des deux à la fois, et qui compte au nombre de ses manifestations les symptômes cataleptiformes dont il est question.

Dans l'exemple suivant l'hypnotisme est caractérisé par un délire spontané ou provoqué. Il s'y joint l'état musculaire spécial sur lequel nous insistons ici.

¹ En résumé cet état cataleptique, à cause de la fixité du regard, de la légèreté et de la souplesse des mouvements, de l'harmonie qui existe entre les gestes et l'expression de la physionomie, pourrait être désigné sous le nom de *catalepsie plastique*. Elle permet d'imprimer aux sujets les attitudes les plus variées, susceptibles même de satisfaire aux lois de l'esthétique et si les sculpteurs de l'antiquité ont fait poser, comme modèles, des femmes cataleptiques, ainsi que le prétendent quelques auteurs, bien certainement il s'agissait de la catalepsie que nous venons de décrire.

H..., hystéro-épileptique, anesthétique totale et achromatopsique excepté pour le violet; a des grandes attaques convulsives dans lesquelles le spasme laryngé se montre à un degré peu ordinaire. Les réflexes tendineux sont manifestement exagérés aux genoux, ils offrent même une légère tendance à la généralisation. Par contre, aux coudes et aux poignets, ils sont très peu marqués.

9 février 1881. Tentative d'hypnotisme par le procédé de la fixité du regard, en convergence supérieure. Au bout de cinq minutes environ, les yeux se ferment tout à coup, la tête se renverse, le cou se gonfle et la respiration devient laborieuse. Il se produit un spasme laryngien analogue à celui qui se montre pendant ses grandes attaques convulsives, avec cette différence toutefois, qu'il est ici bien moins violent. Bientôt le spasme cesse, et sans ouvrir les yeux, ni reprendre connaissance, la malade se met à divaguer, en proie à un délire qui ne tarde pas à être interrompu par une nouvelle crise de spasme laryngien. L'état de somniation ainsi produit se compose de deux phases distinctes qui se succèdent alternativement à la façon de ce qui a lieu dans ses grandes attaques convulsives. La phase délirante présente ceci de particulier : le délire survient bien spontanément comme il arrive dans la grande attaque, il est parfois incohérent, d'autres fois il roule sur des sujets variés se rapportant aux incidents qui ont marqué la vie de la malade ; mais de plus il peut être provoqué par l'observateur et conduit dans une direction déterminée. Les sens de la malade ne sont pas complètement fermés au monde extérieur. Elle entend les questions qu'on lui adresse, y répond d'une façon plus ou moins juste, et il est facile de provoquer chez elle des hallucinations variées.

Pendant tout ce temps l'état musculaire est intéressant à noter et c'est sur lui que nous appelons particulièrement l'attention. Il persiste avec les mêmes caractères pendant la phase de spasme ou celle de délire, et que la malade ait les yeux ouverts ou fermés. En premier lieu nous constatons une exagération très marquée des réflexes tendineux aux coudes et aux poignets. Aux genoux, le choc sur le tendon rotulien, en outre de la secousse de la jambe, provoque un soubresaut dans les deux bras. — Mais les manifestations de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne se bornent pas là.

La percussion répétée ou la friction des tendons du poignet

amènent la contracture de la main soit en flexion, soit en extension, suivant les tendons excités.

La malaxation des masses musculaires de l'avant-bras produit également la contracture; la même chose se produit aux cuisses.

Le sterno-mastoïdien se contracture aussi sous l'influence de l'excitation mécanique, mais les muscles de la face demeurent inexcitables. L'excitation du nerf cubital en arrière de l'épitrachée provoque la contracture du poignet et de la main dans la flexion; la griffe cubitale est imparfaite. Ces contractures diverses cèdent par la friction des muscles antagonistes.

Jusqu'ici nous voyons que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire présente, à peu de chose près, la plupart des caractères que nous avons décrits précédemment; mais nous constatons en outre une aptitude spéciale des membres à conserver les attitudes communiquées. Il semble que l'état cataleptique et l'état d'hyperexcitabilité neuro-musculaire soient ici confondus et existent en même temps. Avec un peu d'attention cependant il est facile de se convaincre qu'il ne s'agit pas ici de l'état cataleptique véritable; mais d'une sorte d'état* cataleptique déjà décrit par l'un de nous, et qui ne saurait être considéré que comme une nouvelle manifestation de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

En effet les membres sont toujours lourds à soulever; ils ne conservent qu'imparfaitement les attitudes communiquées, et la friction amène toujours la détente du membre, et la résolution musculaire complète. En soulevant les paupières de la malade et en maintenant ses yeux ouverts, l'état cataleptique véritable ne saurait être obtenu. Les réflexes tendineux persistent, et si les membres gardent les attitudes communiquées, c'est avec les mêmes caractères que précédemment. De plus la contracture par excitation mécanique directe est toujours possible.

Que les yeux soient ouverts ou fermés, la motilité, chez cette malade, présente les mêmes modifications. Nous avons remarqué que les yeux maintenus ouverts présentaient toujours un certain degré de convergence.

Nous avons pu observer cet état cataleptiforme chez plusieurs de nos malades, les caractères qu'il présente

se sont montrés identiques et il est inutile d'en multiplier les exemples. Il ressort des faits que nous avons pu étudier que cet état, qui paraît tenir à la fois et de la léthargie et de la catalepsie, caractérise pour ainsi dire un degré inférieur de l'hypnotisme. Il se montre chez les sujets peu aptes à ce genre de recherches, ou bien s'il se rencontre chez les sujets bien prédisposés, ce n'est que dans les premières expériences, avant que l'état hypnotique, par la répétition des séances, se soit pour ainsi dire perfectionné. En effet, les malades chez lesquelles on l'observe ne présentent généralement ni l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans son état complet de développement, tel que nous l'avons décrit, ni l'état cataleptique parfait, dont nous avons rappelé les caractères. L'occlusion ou l'ouverture des paupières ne le modifient pas sensiblement. Nous avons pu noter que le plus souvent, dans ce cas, les yeux ne se laissent pas ouvrir facilement; un spasme maintient les paupières fermées, la pupille fuit la lumière en se cachant soit sous la paupière supérieure, soit sous la paupière inférieure; lorsque néanmoins on arrive à la découvrir on constate un degré des trahisme plus ou moins accusé, ou bien si le regard paraît direct, il est sans fixité et les paupières ont une tendance invincible à se fermer. Cependant nous avons pu remarquer quelquefois que lorsque les yeux étaient ouverts, quelque imparfaitement que ce soit, l'aptitude des membres à conserver les attitudes communiquées augmentait, sans que la tendance à la contracture provoquée fut pour cela diminuée.

En résumé, les caractères de l'état cataleptiforme sont les suivants :

1° Les yeux sont le plus souvent fermés, s'ils sont ouverts la convulsion des globes oculaires empêche toute fixité du regard.

2° L'aptitude des membres à garder une situation communiquée présente les particularités suivantes :

a.) Souvent cette aptitude est inégalement développée sur les différents segments du corps.

b.) Le membre est lourd à soulever et il existe dans les articulations une certaine roideur (*flexibilitas cerea*).

c.) Pour que le membre garde la position dans laquelle on le place, il faut *insister quelque peu*, et le *maintenir* au moins quelques secondes avant de l'abandonner.

d.) Dans le plus grand nombre de cas, le membre *retombe bientôt* de lui-même.

e.) Enfin la *friction et le massage des masses musculaires amènent toujours* la résolution du membre qui retombe inerte.

3° L'hyperexcitabilité neuro-musculaire existe à un degré quelconque. Les réflexes tendineux sont exaltés.

4° Que les yeux soient ouverts ou fermés, l'état musculaire reste le même, présentant toujours ce double caractère d'hyperexcitabilité et d'état cataleptiforme.

Il nous paraît facile de saisir de quelle manière l'état cataleptiforme se rattache au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Le membre qui paraît cataleptique n'est, en somme, qu'un membre contracturé. La contracture s'y développe sous l'influence des manœuvres de l'expérimentateur qui cherche à déplacer le membre. Nous avons vu, en effet, qu'il est nécessaire d'insister un peu pour faire garder au membre l'attitude communiquée. De

plus, lorsqu'on cherche à modifier l'attitude du membre, on constate une roideur, indice certain de contracture. Enfin cette contracture cède sous l'influence de la malaxation du membre.

Pour terminer, nous rapporterons l'observation suivante qui met bien en relief et les différences qui séparent l'état cataleptiforme de l'état cataleptique véritable et les liens qui rattachent cet état cataleptiforme au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

31 janvier 1881. C... s'endort facilement par la pression sur les globes oculaires et sur les tempes. L'état de somniation ainsi produit se caractérise par l'exaltation des réflexes tendineux et par la tendance des muscles à la contracture, sous l'influence de l'excitation mécanique soit des tendons, soit des nerfs, soit des masses musculaires.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'est pas générale. Elle n'existe pas à la face¹.

Nous essayons de produire l'état cataleptique par l'ouverture des yeux. Les paupières se laissent assez facilement soulever, mais les globes oculaires sont convulsés en haut et à droite. — L'état cataleptique que nous obtenons ainsi est imparfait, les membres conservent bien les attitudes communiquées; mais les frictions à la surface du membre les font cesser; l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est conservée, et les réflexes tendineux persistent. Il est aisé de reconnaître là l'état cataleptiforme. — En effet, en insistant sur l'ouverture des yeux, les globes oculaires s'abaissent et le regard devient fixe. Dès lors la catalepsie est parfaite. Les membres sont souples, légers à mouvoir; les attitudes communiquées ne sont plus modifiées par la friction du membre; plus de réflexes tendineux, ni d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Ce qui précède montre bien les différences qui existent entre l'état cataleptique vrai et l'état cataleptiforme. Dans le cours de la même séance nous avons fait sur cette même malade une expérience destinée à mettre en lumière les connexions qui

¹ L'hyperexcitabilité neuro-musculaire s'est développée plus tard à la face chez cette malade.

relient cet état cataleptiforme au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Cette expérience consiste à produire sur un segment de membre l'état cataleptiforme pendant la phase de léthargie.

Il suffit simplement pour cela de malaxer légèrement toute la surface de ce segment de membre, pour obtenir au lieu d'une contracture localisée, une sorte de roideur généralisée, qui permet à cette partie du membre de conserver les diverses attitudes communiquées. C'est alors qu'on observe, lorsque l'on cherche à varier les positions, la véritable *flexibilitas cerea*, ou bien encore la roideur des mannequins de peintre dont parlent les auteurs.

Il semble alors que cette sorte d'état cataleptique est bien due à un léger degré d'hyperexcitabilité neuro-musculaire développée par la manœuvre que nous avons dite; car il suffit d'exercer quelques frictions sur le membre pour faire cesser toute roideur et en même temps toute apparence d'état cataleptique.

E.— *L'hyperexcitabilité neuro-musculaire qui se montre à son plus haut degré de développement pendant le sommeil hypnotique, peut exister à quelque degré pendant la veille.*

Enfin nous avons reconnu, dans le cours de nos expériences, que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire pouvait être observée chez nos malades en dehors de l'état hypnotique, pendant la veille.

Ce n'est ordinairement qu'un premier degré de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire que l'on observe alors. Cela se borne, le plus souvent, à la transformation en contracture du réflexe tendineux. Mais parfois le phénomène peut devenir plus complet: la contracture localisée peut être obtenue par la malaxation des masses musculaires, et la pression des nerfs. D'ailleurs les résultats que l'on obtient dans ces conditions n'é-

galent jamais ceux qui sont observés pendant l'état de somniation. Nous ajouterons que ces phénomènes n'ont rien de général. Ils ne s'observent pas chez toutes les hystéro-épileptiques, et telle qui, pendant la veille, n'offre aucune tendance à la contracture musculaire, peut n'en présenter pas moins, pendant l'état de somniation, les signes les plus complets de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. (A suivre.)

RECUEIL DE FAITS

NOTE SUR LES ALTÉRATIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE RENCONTRÉES DANS UN CAS DE PIED BOT VARUS ÉQUIN; par le D^r A. PITRES.

Le nommé B..., âgé de soixante-treize ans, mort de broncho-pneumonie le 25 décembre 1879, était depuis plusieurs années à l'hospice des incurables de Bordeaux (service de M. le D^r Solles). Cet homme, d'une intelligence très bornée, presque idiot, était atteint d'un tremblement général, sur le début duquel il n'a jamais pu fournir aucun renseignement précis. Il avait en même temps un pied bot varus équin du côté gauche. Le pied était fortement renversé en dedans, et pendant la marche, il reposait sur le sol par son bord externe. Le malade affirmait qu'il était venu au monde avec cette infirmité. Toutes les masses musculaires du membre inférieur gauche étaient plus grêles que celles du côté opposé. La sensibilité générale était parfaitement conservée.

A l'autopsie, les muscles de la jambe et du pied n'ont pas été disséqués. Seuls le cerveau et la moelle ont été l'objet d'un examen attentif qui a révélé les particularités suivantes :

L'encéphale est volumineux. Les vaisseaux de la base sont sains. La pie-mère présente çà et là quelques adhérences avec la substance

corticale. Les ventricules latéraux sont très dilatés et remplis de liquide séreux. L'épendyme ventriculaire est très épais, avec une apparence chagrinée ou réticulée selon les points. Le septum lucidum est ferme, résistant, satiné sur ses deux faces; pas de tractus fibroïdes réticulés, semblables à ceux qu'on observe dans les autres points des parois ventriculaires. Nulle part dans l'encéphale on ne trouve de lésions en foyer. La moelle a été durcie dans une solution à 2 p. 400 de bichromate d'ammoniaque. Après durcissement, elle paraît à l'œil nu tout à fait normale, depuis son extrémité supérieure, jusqu'à l'origine du renflement lombaire. Au niveau de ce renflement et dans une longueur de cinq centimètres environ, les racines antérieures du côté gauche sont manifestement atrophiées. En pratiquant des sections transversales

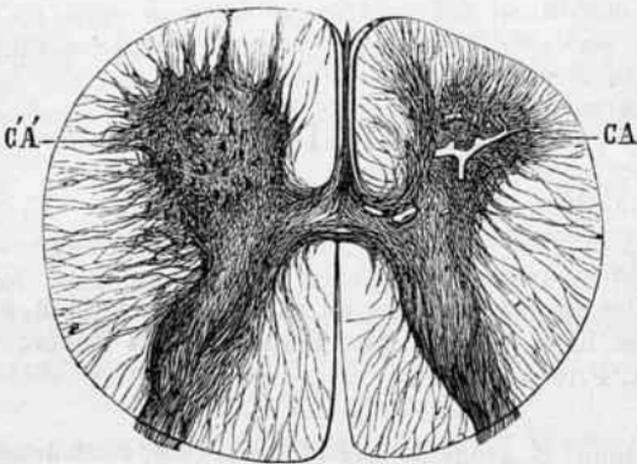


fig. 28.

dans la portion du renflement qui correspond aux racines atrophiées, on remarque une diminution de volume très appréciable de la moitié gauche de la coupe. La corne antérieure de substance grise est d'un bon tiers moins volumineuse à gauche qu'à droite. La corne postérieure gauche paraît également un peu moins développée que la droite. (fig. 28.)

Sur des coupes fines colorées au carmin et montées dans le baume de Canada par les procédés ordinaires, il est facile de constater que la corne antérieure gauche est profondément altérée dans sa structure. Elle présente une coloration rouge vif uniforme, son tissu dense fibroïde est traversé par de gros vaisseaux sanguins à parois épaisses. Avec un grossissement de quarante à cinquante diamètres, on y distingue une grande quantité de

corps granuleux. Enfin les cellules nerveuses y font absolument défaut.

La corne antérieure du côté droit présente au contraire toutes les apparences de l'état normal, les cellules nerveuses y sont en grand nombre, munies de beaux prolongements. Les vaisseaux qui la traversent sont sains; on n'y aperçoit pas de corps granuleux.

Les commissures, les cordons de substance blanche, les cornes postérieures ne paraissent pas altérées. La corne postérieure gauche est un peu plus grêle que la droite, mais sa structure ne paraît pas sensiblement modifiée. Au dessus du renflement lombaire, dans les régions dorsale et cervicale, on ne trouve aucune altération. Les cornes antérieures ont le même développement à droite et à gauche et renferment la même quantité de cellules nerveuses saines.

RÉFLEXIONS. — Autant qu'on peut en juger par les faits publiés jusqu'à ce jour, le pied bot est dans un certain nombre de cas la conséquence des lésions limitées de la moelle épinière. Michaud en 1870¹, M. Déjerine en 1875², en ont rapporté chacun une observation très démonstrative. Le fait qu'on vient de lire présente certaines analogies avec ceux qui ont été publiés par Michaud et par M. Déjerine. Dans notre cas cependant, les altérations sont plus exactement limitées à la corne antérieure de substance grise. Il ne s'agit pas là d'un foyer de myélite banale. Et s'il était bien démontré que dans ce cas le pied bot fût réellement congénital, il faudrait en conclure qu'une lésion nettement systématisée de la corne antérieure peut se produire pendant la vie fœtale et donner lieu à des paralysies atrophiques limitées, tout à fait semblables à celles qui caractérisent les paralysies atrophiques spinales de l'enfant et de l'adulte.

Il est à peine besoin d'ajouter que tous les cas de pied bot ne dépendent pas des mêmes conditions pathogéniques. Il existe en effet des observations très régulières de pied bot anciens, dans lesquelles la moelle méthodiquement examinée a été trouvée tout à fait saine. MM. Coyne et Troisier³. M. Tho-

¹ Michaud. — *Note sur la pathogénie du pied bot congénital à propos d'un exemple d'une difformité de ce genre paraissant liée à une lésion congénitale de la moelle épinière.* (Archives de Physiologie, 1874, p. 586).

² Déjerine. — *Note sur l'état de la moelle épinière dans un cas de pied bot varus équin.* (Archives de Physiologie, 1875, p. 253).

³ Coyne et Troisier. — *Pied bot varus congénital double : examen de la moelle épinière.* (Archives de Physiologie, 1871-1872, p. 655).

rens¹ ont rapporté des cas qui ne laissent aucun doute à cet égard et qui démontrent la nécessité d'établir dans l'histoire du pied bot un certain nombre de divisions correspondant à des altérations anatomiques différant les unes des autres.

HÉMIPLÉGIE SPINALE AVEC ANESTHÉSIE CROISÉE DANS UN CAS DE MAL DE POTT SOUS-OCCIPITAL; par E. TROISIER, professeur agrégé, et LETULLE, ancien interne des hôpitaux.

On connaît la théorie de M. Brown-Séguard sur la transmission des impressions sensibles dans la moelle épinière; cet éminent physiologiste soutient que les éléments sensitifs s'entrecroisent d'une façon complète au niveau des commissures, de sorte qu'une impression produite sur la moitié gauche du corps, se transmettrait à l'encéphale par la moitié droite de la moelle, et réciproquement. M. Brown-Séguard cite à l'appui de cette hypothèse un certain nombre de faits observés chez l'homme, où la paralysie du mouvement existait d'un côté du corps avec conservation de la sensibilité, tandis qu'il y avait une anesthésie plus ou moins complète du côté opposé. L'observation suivante est un exemple très net de cet ensemble symptomatique si curieux, sur lequel M. Brown-Séguard a le premier attiré l'attention².

Ferdinand F..., âgé de dix-neuf ans, ouvrier relieur, fut admis le 29 avril 1880 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Vulpian (suppléé par M. TROISIER).

Ce jeune homme fait remonter le début de sa maladie au mois d'octobre de l'année précédente; à cette époque il commença à ressentir au niveau de la nuque une douleur sourde qui s'accompagnait d'élançements vers la région occipitale; les mouvements de

¹ Thorens. -- *Documents pour servir à l'histoire du pied bot varus congénitale* (Thèse de doctorat, Paris, 1873, Obs. III').

² Brown-Séguard. — *Journal de la Physiologie de l'homme et des animaux*, vol. VI. — *Archives de Physiologie normale et pathologique*, t. II, 1869. Voyez également à ce sujet les *Leçons sur les maladies du système nerveux* de M. Charcot (7^e leçon) et le remarquable article de M. Vulpian sur la physiologie de la moelle épinière dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

la tête s'exécutaient avec une certaine gêne. Cet état s'aggrava insensiblement et quelque temps avant son entrée à l'hôpital, F... s'aperçut que sa force musculaire diminuait notablement du côté droit. Depuis huit jours, il existe une véritable paralysie du membre supérieur droit; le membre inférieur est atteint, mais à un moindre degré; F... peut marcher et, le 29 avril, il vient à pied à la Charité.

Etat actuel. — La tête est immobile, légèrement inclinée à droite; cette attitude s'accompagne d'un certain degré de torsion du cou, de sorte que le menton est rapproché de l'épaule droite. Les mouvements volontaires de la tête sont très gênés: la rotation à gauche est presque impossible, la rotation à droite est très limitée. La flexion s'exécute d'une façon à peu près complète, la tête restant inclinée à droite; mais le mouvement d'extension est si limité, que c'est à peine si le malade peut relever le menton de la position qu'il occupe. Les mouvements communiqués ne sont pas plus étendus que les mouvements volontaires. Dans l'exécution de ces mouvements, il se produit une vive douleur au niveau de la nuque. La partie postérieure du cou présente une déformation très accusée, qui est en rapport avec la torsion que nous venons de décrire; cette région présente, à la palpation, un empâtement profond. La pression y est douloureuse. Les ganglions cervicaux ne sont point engorgés. Le toucher de la gorge ne révèle rien d'anormal.

Le malade éprouve de temps en temps des douleurs lancinantes, qui s'irradient de la nuque vers le crâne en suivant la direction des branches sous-occipitales.

Il existe une paralysie incomplète des membres du côté droit. Les mouvements volontaires du membre supérieur sont encore possibles, mais très limités. La force musculaire est considérablement diminuée; mesurée au dynamomètre, elle est de cinq divisions, tandis qu'elle est de vingt-huit à gauche. La parésie est moins prononcée au membre inférieur; la jambe traîne à peine pendant la marche, le malade peut même se tenir debout sur le pied droit pendant quelques instants. Il n'a pas d'hémiplégie faciale.

La sensibilité est conservée à droite au niveau des membres, du tronc et de la face. Il n'en est pas de même à gauche; de ce côté elle est diminuée au simple contact, à la piqure, au pincement et au froid, dans toute l'étendue du membre supérieur, du membre inférieur et du tronc, jusqu'à cinq centimètres environ au-dessous du mamelon. L'anesthésie se retrouve sur le côté gauche du scrotum, de la verge, du gland, de la marge de l'anus. Elle s'arrête exactement, en avant et en arrière, à la partie médiane du corps; mais elle ne dépasse pas en hauteur le mamelon gauche; elle n'existe ni au cou, ni à la tête.

Les mouvements réflexes provoqués par le chatouillement de la plante des pieds sont à peu près les mêmes à gauche et à droite; le réflexe rotulien est un peu plus prononcé à droite qu'à gauche.

La peau du côté droit est plus chaude que celle des parties homologues du côté gauche; cette différence est très appréciable à la main. Avec le thermomètre on obtient les résultats suivants :

Aisselle droite	36,2.		
— gauche	35,4.	— Différence.	0°,8
Membre supérieur droit . .	36,4.		
— — gauche.	35,3.	— Différence.	0°,8
Membre inférieur droit . .	33,2.		
— — gauche.	35,3.	— Différence.	0°,8

F... ressent des fourmillements presque continuels dans la main droite; c'est la seule sensation pénible qu'il éprouve du côté droit. Aucun phénomène subjectif à gauche. Jamais de crampes, ni de mouvements convulsifs. Pas de troubles de la parole, ni des sens spéciaux; pas de phénomènes oculo-pupillaires. Le pouls est régulier. Les fonctions urinaires s'accomplissent régulièrement.

L'examen des poumons est absolument négatif. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre; on s'est assuré dans la suite, à plusieurs reprises, qu'il n'y avait point de polyurie. L'appétit est conservé, les digestions sont bonnes. En somme, l'état général est très satisfaisant. Le poids du malade, qui est de taille moyenne, est de quarante-deux kilogrammes.

Le malade a été atteint, jusqu'à l'âge de quatorze ans, de fréquentes éruptions d'eczéma impétigineux sur la face; il n'a pas eu d'engorgement ganglionnaire. Ses frères ont eu « de la gourme » comme lui; son père et sa mère jouissent d'une bonne santé.

Traitement. — On fit tous les huit jours sur la partie postérieure et supérieure du cou, des cautérisations ponctuelles (une vingtaine à chaque séance), au moyen du thermo-cautère Paquelin. Le malade prit chaque jour une potion contenant dix gouttes de teinture d'iode, dose qui fut augmentée progressivement jusqu'à vingt gouttes; ce médicament fut d'ailleurs de temps en temps interrompu.

29 mai. — Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, il n'était survenu aucune modification dans l'état du malade. La faiblesse musculaire était tout aussi prononcée à droite; l'anesthésie persistait à gauche. L'attitude de la tête était la même et la gêne des mouvements n'avait point diminué.

9 juin. — On constate un retour de la sensibilité à la partie interne du genou gauche.

15 juin. — L'anesthésie du côté gauche est bien moins prononcée: le contact, la piqûre et le pincement de la peau sont perçus, mais

d'une façon moins nette qu'à droite; la sensibilité à la température n'est point encore revenue, l'application d'un corps froid ne donne lieu qu'à une sensation de contact, sauf en quelques régions (au niveau des dernières côtes, sur les fesses) où elle produit des fourmillements.

La paralysie du côté droit tend à diminuer, les mouvements du membre supérieur sont un plus étendus, mais la force musculaire ne dépasse pas encore cinq divisions au dynamomètre; la marche est plus facile.

Les phénomènes locaux ne s'amendent point beaucoup. On continue les cautérisations ponctuées tous les huit jours.

15 juillet. — Du côté gauche, l'état de la sensibilité au contact, à la piqure et au pincement s'est encore amélioré, sans être normal cependant; le froid détermine toujours une sensation de fourmillements. Du côté droit, la force musculaire ne s'est point accrue, mais les mouvements volontaires du bras sont plus étendus. Les mouvements de rotation de la tête sont un peu plus faciles; le cou est moins raide, la nuque est moins large, moins empâtée. L'état général est excellent, le malade engraisse visiblement. Il pèse quarante-huit kilogrammes.

26 août. — La sensibilité au contact et à la douleur est encore très légèrement émoussée à gauche; la sensibilité au froid est revenue. La paralysie du bras droit diminue de jour en jour.

5 octobre. — L'anesthésie a complètement disparu du côté gauche. A droite la sensibilité tactile de la main a subi une modification singulière; le malade sent bien qu'il tient quelque chose, mais il ne sait apprécier la forme de l'objet qu'il touche. Les mouvements d'extension et d'élévation du bras droit se font très facilement; la force musculaire donne au dynamomètre vingt-cinq divisions pour la main droite et quarante-cinq pour la gauche. Il s'est produit un peu d'atrophie de la main droite, l'éminence thénar est moins saillante que du côté opposé. Il n'y a plus de claudication, seulement le malade ressent encore de la faiblesse dans la jambe droite lorsqu'il a marché pendant un certain temps. La rotation de la tête à gauche s'exécute un peu plus facilement qu'au début; la pression sur les apophyses épineuses des deux premières vertèbres cervicales ne détermine presque plus de douleur; l'empâtement du cou diminue.

1^{er} novembre. — L'exploration de la force musculaire donne quarante-trois divisions à droite et quarante-six à gauche. Le poids du malade est de 52 kilogrammes.

La sensibilité tactile est toujours modifiée à la face palmaire de la main droite et des doigts, le malade ne se rend pas compte de la forme et de la nature des objets qu'il touche; il a cependant conservé la sensation de contact et la notion du poids. Il lui arrive

lorsqu'il n'est pas guidé par la vue, de laisser tomber ce qu'il a dans la main, comme son assiette, sa cuiller.

27 novembre. — F... se sent en état de reprendre son travail; M. Vulpian, qui a repris son service depuis le 15 octobre, l'autorise à quitter l'hôpital. A cette époque, l'hémiplégie droite avait pour ainsi dire disparu, et il n'y avait plus d'anesthésie à gauche. L'obtusité de la sensibilité tactile de la main droite persistait avec les mêmes caractères, mais à un moindre degré.

Les mouvements de la tête étaient presque normaux, à l'exception de la rotation à gauche. Ils n'étaient accompagnés d'aucune douleur; même lorsque le malade les exécutait brusquement.

Nous avons revu ce malade pour la dernière fois le 10 décembre 1881, c'est-à-dire plus d'un an après sa sortie de l'hôpital. La rotation de la tête à gauche se faisait toujours d'une façon incomplète; les autres mouvements de la tête sur le cou étaient faciles et non douloureux. L'axis présentait surtout du côté droit un épaississement très appréciable à la palpation, sans empatement des parties molles.

La force musculaire était peut-être un peu moins prononcée à la main droite qu'à la main gauche; c'était le seul vestige de l'hémiplégie dont il avait été atteint. Quant à la sensibilité, elle était conservée dans tous ses modes, à droite comme à gauche.

L'observation qui précède nous paraît remarquable à plusieurs titres. L'hémiplégie spinale avec anesthésie croisée qui s'est produite lentement et progressivement dans le cours du mal de Pott sous-occipital dont notre malade était atteint depuis plusieurs mois, ne pouvait dépendre que d'une compression de la moelle épinière au niveau de la région cervicale; et l'on peut supposer que la compression était due, comme dans la plupart des cas de ce genre, à un épaississement limité de la dure-mère. Mais dans quelle étendue la moelle a-t-elle été comprimée? à quel degré était-elle altérée? C'est ce que nous ignorons, puisque ces accidents ont été transitoires et que l'affection vertébrale elle-même a subi un temps d'arrêt qui permet d'espérer une guérison définitive du mal. Il est probable que la pachyméningite caséuse était peu étendue, qu'elle siégeait principalement à droite et qu'elle atteignait la moelle épinière de ce côté. Mais la lésion était-elle exactement limitée à la moitié droite de la moelle, et la compression ne s'exerçait-elle que sur cette moitié? Quoi qu'il en soit, cette observation démontre une fois de plus la disposition de la paralysie motrice et de l'anesthésie par suite d'une compression ou d'une altération partielle

de la moelle épinière; et il est permis, avec les réserves que nous avons faites, de la présenter en faveur de la théorie de M. Brown-Séguard sur la transmission des impressions sensibles dans la moelle épinière.

Nous avons exploré bien souvent l'état de la sensibilité du côté droit; jamais nous n'avons constaté la zone transversale d'anesthésie qui, d'après M. Brown-Séguard, limiterait par en haut la paralysie motrice.

La paralysie du mouvement était plus prononcée au membre supérieur qu'au membre inférieur, tandis que l'anesthésie était égale en intensité et présentait les mêmes caractères dans toute la partie du côté gauche qu'elle occupait. Quant au retour de la sensibilité, il s'effectua progressivement et pour ainsi dire parallèlement au retour du mouvement du côté opposé. La sensibilité au simple contact et la sensibilité aux excitations douloureuses (piqûre, pincement) reparurent d'abord peu à peu et devinrent de moins en moins obtuses; la sensibilité à la température fut la dernière à se montrer et à redevenir normale. Pendant plusieurs jours, l'application d'un corps froid ne donnait lieu qu'à une sensation de contact ou provoquait une sensation de fourmillements; ce sont là des particularités qui se retrouvent dans un grand nombre d'observations.

Notons en terminant la terminaison favorable du mal vertébral chez un malade d'ailleurs indemne de tuberculisation pulmonaire ou autre. Nous ne croyons pas nous abuser en attribuant aux cautérisations ponctuées une grande part de l'amélioration qui s'est produite.

MÉNINGO-ENCÉPHALITE CHRONIQUE GÉNÉRALISÉE CHEZ UN ENFANT;
par BOURNEVILLE et WUILLAMIÉ.

Un examen attentif des idiots permet de distinguer un certain nombre de classes différant les unes des autres par des symptômes cliniques et par des lésions anatomo-pathologiques. A côté des *idioties* par *hydrocéphalie*, par *microcéphalie*, il y en a qui reconnaissent pour cause tantôt une *sclérose atrophique* (*atrophie cérébrale*), tantôt une *sclérose*

*hypertrophique ou tubéreuse*¹. D'autres idioties enfin sont dues à une *méningo-encéphalite chronique généralisée*, rappelant tout à fait par ses caractères anatomiques les lésions de la *paralysie générale*. C'est à ce dernier groupe qu'appartient le cas suivant.

OBSERVATION. — *Idiotie, épilepsie. — Abscès de la marge de l'anüs. — Mère : convulsions dans l'enfance, migraines. — Grand-père maternel : excès de boisson, crises convulsives. — Deux cousins : aliénés. — Pas de consanguinité. — Premières convulsions à trois mois; prédominance à gauche, paralysie à gauche, contracture. — Affaiblissement progressif : mort. — Autopsie : méningo-encéphalite; ablation presque totale de la substance grise.*

Dub... (Charles-Antonin), âgé de douze ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 21 janvier 1884.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère de l'enfant.) *Père*, 38 ans, marin, puis comptable. Bien portant, mais sujet à des maux de tête depuis quatre ans; doux quoique colérique, pas de trace de syphilis, a chiqué autrefois dans ses voyages; aurait eu des convulsions jusqu'à l'âge de six ou sept ans. [Son père est mort subitement (?); il était sobre. Sa mère, mariée à quinze ans, mère à seize, « de caractère volage », s'est séparée de son mari et a disparu. Ni frère ni sœur; pas d'antécédents héréditaires nerveux dans la famille.]

Mère, 34 ans, couturière, a eu des convulsions jusqu'à l'âge de sept ou huit ans; elle est nerveuse et sujette, depuis la puberté, à des palpitations et à des migraines au moment et à la suite des règles; elle a des cauchemars depuis quelque temps: rêve qu'elle court, qu'elle cherche son enfant, etc. Elle n'a jamais eu d'attaque de nerfs, ni de syncope; elle est fortement marquée d'une variole contractée en 1780; pas de trace de scrofule, de dartre, ni d'herpétisme. [Son père a toujours fait de nombreux excès de boisson (vin); il est très nerveux et a tous les cinq ou six mois, depuis une dizaine d'années, des crises convulsives dans lesquelles il se mord la langue. Sa mère est bien portante, un peu nerveuse. Un frère est mort d'une fièvre cérébrale à trois ans; deux cousins de la troisième génération ont été aliénés. Pas d'autres cas d'hérédité dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Un seul enfant, notre malade. *Grossesse agitée*, antérieure au mariage des parents: « J'ai pleuré pendant les neuf mois et mon père m'a battue plusieurs fois. » Au sixième mois peur, mais sans syn-

¹ Voir: Bourneville. — *Notes sur l'idiotie (Archives de neurologie, t. 1, p. 69, 391), et Recherches cliniques et thérap. sur l'épilepsie, l'hystérie l'idiotie, p. 72-73.*

cope, à la vue d'un lion dans l'étalage d'un marchand de fourrures; accouchement naturel à terme; Dub... a été élevé au sein par une nourrice jusqu'à un an. Les *premières convulsions* sont survenues vers 2 ou 3 mois et se sont renouvelées tous les mois. Dub... a marché à un an. A partir de là, après chaque crise convulsive, il était un ou deux jours sans pouvoir marcher. Il a été propre à quinze mois: la dentition a été régulière. Il a eu à dix-huit mois un *abcès* derrière l'oreille qui a suppuré si longtemps, que la nourrice, « sur la recommandation d'un saint », est allée promener l'enfant, tête nue, dans « un champ de seigle au moment de la rosée ». Pas de résultat immédiat à la suite de ce traitement. Sa mère le reprit avec elle à l'âge de quatre ans. Il n'a pas eu de convulsions, durant cet intervalle (18 mois-2 ans); il parlait bien et prononçait distinctement tous les mots; il apprenait convenablement à lire, était très caressant.

Les *convulsions reparurent* à quatre ans, sous forme d'un *état de mal* qui dura cinq ou six heures et dans lequel elles *prédominèrent dans la moitié gauche du corps et de la face*. Dub... se rétablit au bout de deux jours et put marcher sans trainer la jambe. Comme par le passé, les crises convulsives redevinrent mensuelles. Vers l'âge de huit ans, il eut un autre *état de mal* qui dura 67 heures, dans lequel on constata encore la *prédominance des convulsions à gauche*. Il dut garder le lit pendant un mois et nous n'avons pu savoir s'il y eut de la paralysie à la suite de ces convulsions; seulement, quelque temps après, on remarqua « qu'il laissait tomber les objets de la main gauche ». Bientôt les crises devinrent plus fréquentes (plusieurs par mois) et chacune durait trois ou quatre heures. Il les sentait venir, et, dans les vingt minutes qui les précédaient, il disait sans cesse: « Ma petite mère, je suis étourdi; ma petite mère, j'ai mal au cœur », et à chaque fois sa figure devenait rouge; puis, à la suite d'un étourdissement ultime, il poussait un *cri sourd, plaintif, prolongé* et était pris de convulsions. Un jour la crise débuta par une sorte d'hallucination: « Oh! ma petite mère, toutes ces couronnes! »

Ce fut le 12 juin 1880, que, après une crise de six heures, avec prédominance des convulsions à gauche, on nota une *paralysie du bras et de la jambe de ce côté*. L'enfant eut alors beaucoup de fièvre pendant assez longtemps et on dit aux parents qu'il avait une *méningite*. Il ne vomissait pas, mais gâtait dans son lit. Il put se relever au bout de deux mois, mais ce ne fut que dans le troisième mois qu'il put commencer à marcher en *trainant la jambe*. Dans la suite, la paralysie de la jambe a diminué, mais il la *traîne* encore et le pied s'est déformé. Vers le même moment, le bras paralysé s'est *contracturé*. Durant les trois ou quatre mois qui suivirent cette crise, pas d'autres accès, mais le malade se plaignait souvent de la tête, des oreilles et criait. Enfin, il y a 5 mois environ

que les accès sont revenus ; ils sont presque quotidiens, durent 20 ou 30 minutes et sont identiques à ceux que nous avons décrits.

Depuis la crise de juin 1880, *modification considérable de l'intelligence, parole difficile, écriture presque impossible*. Dub... est devenu méchant, s'agace facilement, secoue les meubles, casse, déchire ; une fois il a voulu s'en aller et on a dû l'enfermer. Pas de gourmandise, de kleptomanie, de pyromanie. Dès sa première enfance, son sommeil était agité ; il faisait des bonds dans son lit, mais n'avait pas de peurs. « Avant sa dernière maladie, il n'avait peur de rien ; maintenant, il est craintif comme il ne l'a jamais été. » Il est redevenu propre depuis deux mois ; parfois encore il urine au lit, la nuit. La mère ne signale pas d'onanisme.

État actuel. — Le crâne offre une saillie spéciale de l'occipital qui est divisé en deux plans par une crête transversale siégeant à sa partie moyennne ; les *apophyses mastoïdes* sont très développées. — De la bosse occipitale externe à la racine du nez, en passant par le vertex, on mesure 38 c. ; d'une oreille à l'autre, 30 c. La circonférence de la base du crâne donne 52 c. La *face* est régulière, symétrique, profondément émaciée. Le *front* est large ; la suture médiane des deux moitiés du frontal est saillante ; les bosses frontales sont peu saillantes ; aplatissement des arcades sourcilières ; excavation cachectique des fosses temporales ; nez aquilin ; — *yeux* profondément excavés, cils bruns, pupilles égales, pas de strabisme ; — *bouche* moyenne, lèvres fines ; — *oreilles* bien ourlées, lobules bien détachés ; — *maillaires* réguliers, dents bien rangées, complètes, mauvaises, petites, espacées ; *voûte palatine, voile du palais, piliers* normaux ; *lucette rudimentaire, amygdales* normales.

Le *cou* est long et grêle. — Le *thorax* offre une incurvation générale de la colonne vertébrale avec concavité gauche, il est très amaigri. Aucune malformation congénitale ni aux *membres supérieurs*, ni aux *inférieurs*, qui sont longs et grêles. — Le *bras gauche* est contracturé dans la demi-flexion, le pied gauche est médiocrement déformé, et ne repose que sur la pointe dans la marche.

Peau : cheveux noirs, clair-semés, sourcils et cils noirs, longs, plus épais ; pas d'adénites. — *Organes génitaux* : verge petite, peu développée ; testicules descendus.

Intelligence. A son entrée, le malade a été envoyé à l'école, mais on n'a rien pu en faire. Il est donc resté soit à la petite école, soit à l'infirmerie. Il passait parfois toute la journée sans rien dire ; d'autres fois il faisait avec la main signe d'approcher, et quand on était près de lui : « J'ai faim, disait-il, j'ai soif, du pain, du chocolat, maman va venir. » Son vocabulaire était excessivement restreint. D'autres fois, il cherchait à donner des soufflets, à mordre ; il reconnaissait sa mère, mais ne lui faisait aucune caresse. Il mangeait seul, assez proprement, se servant d'une cuiller tenue de la main

droite; pas de voracité, ni de salacité; pas de hâve. Il ne suce pas, ne grince pas des dents. Il demande le bassin le jour, et gâte la nuit; il n'aide pas à s'habiller.

28 février. — Trois accès hier; le soir T. R. 38°; nuit tranquille. Ce matin, abattement, refus de manger. Cet état est la règle chez lui à la suite des accès.

13 avril. — Depuis deux jours, diarrhée à laquelle a bientôt succédé de la dysenterie, selles fréquentes, peu abondantes, pas de ténésme. Décoction de poudre d'ipéca et 4¼ lavement avec 0,50 de nitrate d'argent. T. R. 38°, 4. — Soir : T. R. 39°. — Deux accès.

14 avril. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 39°, 4.

15 avril. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 39°, 8. — Trois accès.

16 avril. — T. R. 38°, 4. Les selles dysentériques et glaireuses persistent, le sphincter est comme paralysé et laisse couler une certaine quantité de liquide; langue humide, saburrale, pas de vomissements, ventre non ballonné. Donner 4 gr. d'ipéca comme vomitif, continuer la décoction d'ipéca et les lavements au nitrate d'argent; eau albumineuse pour boisson; lait comme aliment.

17 et 18 avril. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 39°, 4.

19 avril. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°. Pas de sang dans les selles. Continuer le régime.

20 avril. — T. R. 37°, 8. — Soir : T. R. 37°, 8.

21 avril. — T. R. 37°, 8. — Soir : T. R. 39°, 4. Cinq accès.

22 avril. — T. R. 38°. Apparition sur la marge de l'anus d'une rougeur érysipélateuse, qui empiète surtout sur la fesse gauche sous forme d'un bourrelet rouge, induré, large de trois travers de doigt; elle intéresse moins l'autre fesse. A son niveau on sent un noyau d'induration. Application de compresses d'eau de sureau; bouillons, potages, lait. — Soir : T. R. 40°, 4.

23 avril. — La verge n'est pas envahie; le scrotum se dégage; disparition de la rougeur et du gonflement. T. R. 40°. — Soir. T. R. 40°, 2.

24 avril. — T. R. 39°, 8. — Soir : T. R. 39°, 8.

25 avril. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 38°, 8. La limitation de l'érysipèle s'est bien effectuée et il ne persiste un peu d'induration qu'à la marge de l'anus. Potion de Todd et julep avec extrait de quinquina, 3 gr.

26 avril. — T. R. 38°, 8. — Soir : T. R. 39°.

27 avril. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 38°, 8.

28 avril. — T. R. 38°, 4. — Diarrhée persistante. Pendant qu'on nettoyait D..., il s'est ouvert un petit abcès dans le pli interfessier, un peu à gauche. 4 gr. 50 d'ipéca; bouillon et lait.

29 avril. — On sonde la plaie avec un stylet; il existe un décollement considérable à gauche du périnée s'étendant en avant, mais

surtout en arrière; le stylet glisse en avant sur les téguments jusqu'à la racine des bourses; en arrière il glisse entre les téguments et l'aponévrose jusqu'au coccyx. Débridement des clapiers en dedans et en arrière; pansements avec des mèches; injections phéniquées deux fois par jour. T. R. 38°,4. — *Soir*: T. R. 39°.

30 avril. — L'écoulement du pus se fait très incomplètement vu la profondeur du clapier; on fait une contre-ouverture avec le trocart courbe, et on passe un drain de moyen calibre. Le malade est très faible. Traitement: Sulfate de quinine 0,20. Julep avec 3 gr. d'extrait de quinquina et 50 gr. de rhum. Vin de quinquina. Café. Deux pansements par jour. T. R. 38°,6. — *Soir*: T. R. 39°,8.

1^{er} mai. — T. R. 39°,4. Dans la nuit un frisson suivi de convulsions internes (?). — Ce matin, D... est prostré, pâle, les yeux caves; le pouls est à 120. Nouvelle dose de 0,20 de sulfate de quinine; sirop d'éther 40 gr.; sinapismes. — *Soir*: T. R. 39°,2.

2 mai. — T. R. 39°,2; l'état local est excellent, la plaie a bon aspect, le pus est bien lié; état général médiocre. — *Soir*: T. R. 39°.

3 mai. — T. R. 38°,6. — *Soir*: T. R. 38°,6.

4 mai. — T. R. 38°,2 la plaie est belle, peu d'inflammation au pourtour; un peu moins d'abattement; appétit médiocre. Côtelette. — *Soir*: T. R. 38°,2.

5 mai. — T. R. 38°. Malgré son aspect cachectique, le malade ne tousse pas; tout état inflammatoire a disparu autour de la plaie. — *Soir*: 38°.

6 mai. — T. R. 38°. — *Soir*: 38°.

7 mai. — T. R. 38°. — *Soir*: 38°,2.

8 mai. — T. R. 38°. On enlève le drain; la plaie est devenue un peu fongueuse; on la pansera au vin aromatique. Sirop d'iodure de fer et viande crue 50 gr. — *Soir*: T. R. 38°.

9 mai. — T. R. 38°,8. — *Soir*: T. R. 38°,8.

10 mai. — T. R. 38°,4. — *Soir*: D... a eu un accès dans l'après-midi; T. R. 39°.

11 mai. — T. R. 38°,6. Constipation: limonade purgative. — *Soir*: T. R. 38°,8.

12 mai. — T. R. 38°,2. — *Soir*: T. R. 38°.

13 mai. — T. R. 38°. La plaie marche vers la cicatrisation complète. — *Soir*: T. R. 38°,4. Le 14, deux accès, etc.

30 mai. — Depuis quinze jours la température oscille entre 38° et 38°,8; la plaie est presque fermée; mais le décubitus prolongé a provoqué des escharres qui, bien que superficielles, vont en s'élargissant. Panser avec de la poudre de quinquina et coucher le malade sur un matelas à air.

9 juin. — La température oscille toujours autour de 38°. La cicatrisation est presque complète; les escharres persistent et bour

geonnent : on les cautérise au nitrate d'argent. — Bain salé tous les deux jours. Même prescription et même régime reconstituant. T. R. 37°, 8. — Soir : T. R. 38°.

23 août. — La plaie est depuis longtemps absolument cicatrisée ; néanmoins Dub... est trop affaibli pour être levé ; il reste au lit, recoquevillé sur lui-même, indifférent à ce qui l'entoure ; pas de fièvre ; depuis hier la diarrhée, arrêtée à grand'peine, a reparu avec assez d'intensité ; peu d'appétit. Julep avec 4 gr. de sous-nitrate de bismuth.

24 août. — Moins de diarrhée ; l'état cachectique s'accroît de jour en jour : pas de fièvre ; pouls petit et misérable ; bouche et langue sèches, pas de muguet, pas de vomissements, refus de manger ; le ventre est rétracté en bateau ; amaigrissement profond, saillie des apophyses malaires, excavation des joues et des tempes, yeux creux, cernés, ternes, rictus sardonique, saillie des côtes, du sternum, des reliefs du bassin, des ischions ; les membres montrent les reliefs musculaires et les fosses ischio-rectales sont comme évidées. Traces de duvet cachectique à la lèvre supérieure et au niveau des branches du maxillaire inférieur ; quelques poils aux membres, sur le dos, le sacrum, au pubis ; rien aux aisselles. Ulcérations cachectiques : 1° sur la tête du troisième métacarpien gauche ; 2° à la jonction du pouce droit et de l'index ; 3° sur le tendon d'Achille gauche ; 4° sur le bord externe du pied gauche ; 5° sur la crête iliaque, sur le sacrum. D... affectionne le décubitus latéral gauche, les genoux presque collés au menton. Rien au cœur, rien dans la poitrine, respiration faible. L'auscultation est difficile. C'est un affaiblissement progressif. T. R. 38°, 2. — Soir : T. R. 39°, 2.

25 août. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°, 2.

26 août. — T. R. 39°. Pas d'amélioration, ajouter au bismuth 2 gr. de diascordium, et donner un lavement avec un blanc d'œuf et douze gouttes de laudanum de Sydenham. — Soir : T. R. 38°, 6.

27 août. — T. R. 38°, 8. D... est mourant, il respire à peine ; algidité des extrémités ; diarrhée continuelle, selles involontaires. — Soir : T. R. 39°. — Décès à 10 h. du soir. T. R. *post mortem* : 41°, 6. — Les accès ont eu la marche suivante : janvier, 4 ; — février, 27 ; — mars, 14 ; — avril, 21 ; — mai, 3 et 4 vertiges ; — juin, 20 ; — juillet, 5 ; — août, 14. — Les accès ont été suspendus durant la période aiguë de l'érysipèle. (22 avril — 4 mai).

AUTOPSIE le 27 août 1781. — La voûte crânienne est très épaisse, le tissu osseux est dense : la dure-mère est épaissie, adhérente çà et là à la boîte osseuse ; la base du crâne est régulière et symétrique. L'encéphale pèse 4210 grammes ; les artères de la base, les nerfs, le chiasma, les pédoncules paraissent symétriques. Les hémisphères ne paraissent pas égaux ; du côté droit les lobes frontal et occipital

sont en retrait sur ceux du côté gauche. L'hémisphère droit ne mesure que 47 c. dans sa plus grande longueur, et paraît moins large aussi que le gauche qui mesure 47 c. 1/2 de longueur; de même l'hémisphère droit pèse 170 gr. de moins que le gauche.

Hémisphère droit.—Lorsqu'on essaie d'enlever la *pie-mère* qui n'est guère plus épaisse que d'habitude, mais qui est finement vascularisée, on entraîne avec elle la substance grise; après plusieurs essais, et malgré le plus grand soin, on constate que c'est toute la couche de substance grise qui suit la *pie-mère*, laissant ainsi à nu le squelette de substance blanche des circonvolutions. Ceci se produit sur toute la face convexe de l'hémisphère, hormis au niveau du lobule de l'insula, et des 2/3 antérieurs du lobe temporal. La même chose se reproduit sur la face interne, où nous dépouillons successivement la première circonvolution frontale, le lobule paracentral, l'avant-coïn, le coïn, le lobe occipital de toute leur substance grise, laquelle ne résiste, mais incomplètement, que sur la circonvolution du corps calleux, et sur la moitié antérieure du lobe temporo-occipital. La substance blanche, ainsi mise à nu, est indurée, ferme, et est hérissée de petites crêtes, rendues plus visibles par l'immersion dans l'eau. Il nous reste, d'autre part, dans la main, une véritable coque résultant de la soudure de la *pie-mère* à la substance grise, et reproduisant par ses reliefs et ses dépressions le dessin des circonvolutions dépouillées. (Pl. VII.)

Le ventricule latéral est un peu dilaté, la corne d'Ammon est indurée.

Hémisphère gauche.—On constate aussi des adhérences à peu près généralisées de la *pie-mère*, sauf au niveau des deux circonvolutions ascendantes du lobule paracentral, de l'extrémité du lobe occipital, et de la face interne du lobe temporal. Mais on n'entraîne que des fragments de substance grise et non la totalité comme du côté opposé. La corne d'Ammon est aussi indurée, le ventricule latéral paraît normal. Le corps calleux et les corps opto-striés des deux côtés ne présentent pas d'altération.

Le cervelet et l'isthme réunis pèsent 450 gr.; les plis du cervelet offrent au toucher une dureté assez notable, surtout à gauche; la décortication de la *pie-mère* est facile. La protubérance, le bulbe ne présentent aucun asymétrie, aucune trace de sclérose descendante.

Il y a quelques adhérences antéro-latérales au sommet du poumon droit qui est hépatisé dans son lobe inférieur; le gauche n'est que congestionné et œdématisé; les sommets sont sains. Le cœur pèse 470 gr. et n'est le siège d'aucune lésion valvulaire; quelques caillots cruoriques dans l'oreille et le ventricule droits, du sang fluide dans le gauche, rien à l'aorte. Aucune lésion de l'œsophage, de l'estomac ni de l'intestin grêle; la muqueuse du gros intestin est, surtout vers l'extrémité inférieure, boursoufflée, épaissie, marbrée;

pas de cicatrice d'ulcérations. Le *foie*, jaunâtre, gras au toucher, friable, pèse 800 gr.; la *rate*, 40 gr.; les *reins*, dont la substance corticale est décolorée, pèsent l'un 80 gr. et l'autre 60 gr.

I. L'histoire pathologique de cet enfant comprend trois phases bien distinctes.

a) La première est marquée par des *convulsions* qui se reproduisent presque tous les mois, jusqu'à un an et demi, sans avoir, en définitive, affecté d'une manière notable soit le mouvement, soit l'intelligence. En effet, de dix-huit mois à quatre ans, Dub... se développe, marche librement, parle sans difficulté, est propre, apprend à lire, etc.

b) La seconde phase débute par des convulsions, revêtant la forme d'un état de mal et prédominant dans la moitié gauche du corps. A partir de là, on note le retour des convulsions mensuelles; puis un autre état de mal, offrant les mêmes caractères que le précédent, suivi d'une *parésie* à gauche et d'une augmentation des crises convulsives. Durant cette phase, les facultés intellectuelles, paraît-il, n'auraient été que médiocrement affaiblies.

c) La troisième phase commence en juin 1880. De même que la seconde, elle s'annonce par un *état de mal*. Les convulsions prédominent toujours à gauche. Autrefois, quelques jours après les états de mal, D... se levait, semblant revenu à sa situation habituelle. Après celui-ci, il se plaint de douleurs de tête, a de la fièvre, etc.; et, tandis que le premier état de mal n'avait pas intéressé la motilité, que le second n'avait produit qu'une parésie elle-même transitoire, ce dernier état de mal se termine par une *hémiplégie gauche* et par une déchéance intellectuelle si accusée que, à l'entrée de l'enfant à l'hospice, nous sommes amenés à porter le diagnostic : *idiotie*, probablement consécutive à une *méningo-encéphalite*, plus avancée à gauche, en raison de la *paralysie*.

La débilité intellectuelle a continué de progresser; il est survenu une *diarrhée* abondante, un *érysipèle phlegmoneux*, un *abcès* avec des délabrements considérables : tous ces accidents graves ont guéri. Mais, bientôt, la diarrhée a reparu; l'amaigrissement s'est accentué de plus en plus; des ulcérations se sont formées de tous les côtés et l'enfant a succombé avec une hépatisation terminale d'une partie du poumon droit.

II. Disons de suite que l'autopsie n'a révélé aucune *lésion tuberculeuse*, que la *diarrhée* n'a laissé aucune trace¹ et passons aux lésions cérébrales qui, à notre avis, méritent tout particulièrement d'attirer l'attention.

Elles consistaient en une *méningo-encéphalite* à peu près généralisée des deux hémisphères et parvenue à des degrés divers. Ça et là, principalement sur l'*hémisphère gauche*, en enlevant la *pie-mère*, on entraînait des portions plus ou moins larges et plus ou moins profondes de la substance grise. Il en était de même sur le *lobe temporo-sphénoïdal droit*. (PL. VII.)

Mais, et c'est là le point le plus important, sur les trois quarts environ de la *face convexe* et de la *face interne* de l'*hémisphère droit*, la *pie-mère* entraînait avec elle TOUTE L'ÉPAISSEUR DE LA SUBSTANCE GRISE, mettant ainsi à nu le squelette de la substance blanche atrophiée et indurée. (Dans la PL. VII, M. Leuba a rendu avec une scrupuleuse exactitude et avec un remarquable talent, l'aspect des lésions que nous avons décrites.)

C'est, croyons-nous, la première fois que l'on signale des lésions de ce genre chez un enfant de douze ans; tout le monde sait, en effet, qu'on les rencontre, sinon aussi étendues, du moins aussi intenses dans la *paralysie générale progressive*. Et, depuis que nous avons communiqué notre observation à la *Société anatomique* (novembre 1881), M. Baillarger a publié dans les *Annales médico-psychologiques* (janvier 1882), une note dans laquelle il rappelle trois cas de paralysie générale où il a trouvé la même lésion, caractérisée par la *séparation de la substance grise et de la substance blanche*². Mais, dans ces trois cas, cette séparation était circonscrite et n'affectait pas la presque totalité de l'hémisphère comme nous l'avons observé³.

¹ Nous avons observé plusieurs cas de *diarrhée idipathique chronique* chez des enfants idiots des deux sexes, se terminant, au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, par la mort, et dans lesquels nous n'avons relevé aucune lésion macroscopique. Nous publierons prochainement une note sur ce sujet.

² Note sur une altération du cerveau, caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions. — Voir aussi : Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, etc.

³ Dans plusieurs cas, chez des enfants idiots, également, nous avons constaté la même lésion, mais circonscrite à quelques circonvolutions de même que dans les cas de M. Baillarger.

REVUE CRITIQUE

AMBLYOPIE CROISÉE ET HÉMIANOPSIE D'ORIGINE CÉRÉBRALE ;

Par CH. FÉRÉ.

DE GRÆFE. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1860, p. 154-154.
— CHARCOT. *Leçons sur les localisations dans les maladies cérébrales*, 1875. — SCHÖN. *Die Lehre vom Gesichtsfelde und seinen Anomalien*, 1874. — BELLOUARD. *De l'hémianopsie, précédée d'une étude d'anatomie, sur l'origine et l'entre-croisement des nerfs optiques*. Thèse de 1880. — GILLE. *De l'hémiopie avec hémiplégie ou hémianesthésie*. Thèse de 1880. — MAUTHNER. *Gehirn und Auge*. 1881. — H. WILBRAND. *Ueber Hemianopsie und ihr Verhältniss zu topischen Diagnose der Gehirnkrankeiten*, Berlin, 1881. — Ch. FÉRÉ. *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales*, 1882.

Lorsque de Græfe émit l'opinion que dans les lésions cérébrales, le seul défaut visuel qui pût être observé était l'hémianopsie, il ne trouva pas de contradicteurs. L'hémianopsie d'origine cérébrale fut acceptée universellement comme une sorte de dogme. Ce ne fut qu'au bout de quinze ans, que M. Charcot, se livrant à une critique serrée des faits observés, arriva à conclure que non seulement l'hémianopsie n'était pas exclusivement la conséquence d'une lésion cérébrale, mais encore que son existence n'était nullement démontrée par l'examen anatomique, tandis qu'il existait un autre défaut visuel, l'amblyopie croisée, dont la relation avec certaines lésions cérébrales paraissait hors de doute. Mais cette opinion ne fut pas acceptée sans contestation.

L'étude anatomique des nerfs optiques, du chiasma, des bandelettes et du faisceau sensitif de la capsule interne ne

fournit pas de données assez précises pour trancher la question. Les rapports de la bandelette, comme on le voit sur la figure suivante, montrent seulement la possibilité de sa compression par des lésions très diversement situées du cerveau et de la base du crâne.

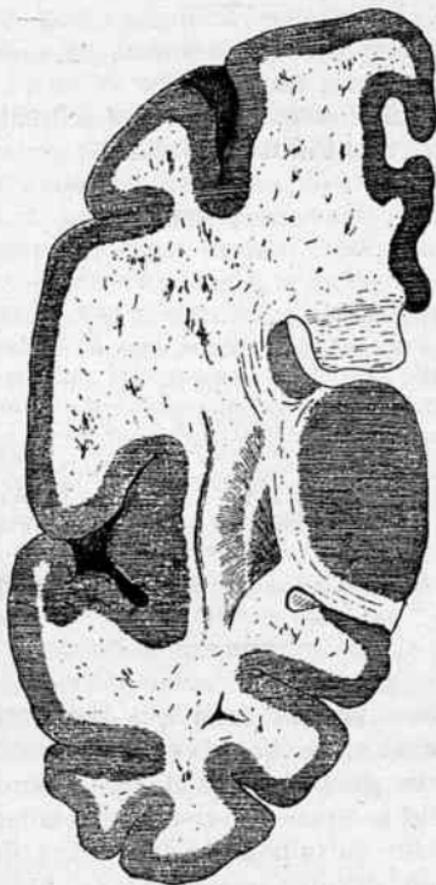


Fig. 29. — Coupe transverso-verticale de l'hémisphère gauche, un peu en arrière de la commissure grise. On voit au-dessous de l'expansion pédonculaire, sur une ligne verticale passant en dehors de la couche optique, à coupe irrégulièrement triangulaire de la bandelette optique. (Féré. — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision, etc.*, p. 5.)

Lorsqu'on étudie isolément les résultats obtenus par les auteurs qui ont étudié la question par l'expérimentation, on croit y trouver la solution du problème ; mais si on compare leurs conclusions on n'y voit plus que contradiction. En ne consi-

dérant que les résultats obtenus sur le singe, par exemple, nous voyons MM. Ferrier et Yeo placer leur centre visuel à la fois dans le lobe occipital et dans le gyrus angulaire, tandis que M. Munk le limite dans le lobe occipital seul. M. Munk, MM. Lucianni et Tamburini produisent l'hémianopsie exclusivement. M. Couty, au contraire, n'a jamais provoqué que l'amblyopie croisée, mais il l'a provoquée aussi bien par des lésions frontales, que pariétales et qu'occipitales. Comment comprendre que dans les expériences de MM. Ferrier et Yeo, l'ablation d'un gyrus angulaire peut déterminer une amblyopie croisée temporaire, que l'ablation d'un lobe occipital peut ne produire aucun trouble visuel, tandis que la destruction de ces deux régions ensemble provoque l'hémianopsie du côté opposé, c'est-à-dire la paralysie de la moitié des deux rétines du côté correspondant.

En somme, les résultats obtenus par la physiologie expérimentale ne sont pas de nature à entraîner une conviction. Si, en outre, on tient compte de la difficulté qu'on doit éprouver pour constater chez un animal l'étendue d'un défaut visuel, déjà si difficile à préciser chez l'homme, on reste très sceptique sur l'hémianopsie et l'amblyopie des singes et sur les moyens de les provoquer.

D'ailleurs ces résultats fussent-ils aussi nets qu'on a voulu le dire, ils ne prouveraient rien pour l'homme, car rien ne démontre que l'entre-croisement des fibres optiques est le même chez le singe que chez l'homme. M. Munk ne dit-il pas qu'il a constaté que les mêmes lésions produisaient des troubles divers chez des chiens de race différente.

Il n'y a donc que les faits de pathologie humaine qui puissent éclairer la question; l'expérimentation ne peut que servir à guider et à corroborer l'observation clinique.

Les faits tirés de la pathologie humaine sont loin d'avoir tous la même valeur; la plupart en effet manquent de contrôle anatomique et, dans bon nombre de faits où l'autopsie a été faite, la localisation de la lésion manque de précision.

Si nous considérons l'ensemble des faits cliniques dans lesquels nous trouvons des défauts visuels coïncidant avec des troubles imputables à une lésion unilatérale du cerveau; nous voyons que ces troubles visuels répondent à deux types bien distincts, l'amblyopie croisée et l'hémianopsie.

L'amblyopie est caractérisée par un rétrécissement concentrique du champ visuel avec achromatopsie absolue ou partielle et diminution de l'acuité visuelle. Cette amblyopie prédomine du côté opposé à la lésion cérébrale, mais elle existe ordinairement à un certain degré du même côté.

L'existence de cette amblyopie en relation avec les lésions cérébrales était déjà mise en lumière par ce fait qu'on la rencontre à l'état typique, pour ainsi dire, dans l'hémianesthésie des hystériques, qui semble bien due à un trouble unilatéral du cerveau. Ce trouble visuel est le seul que l'on puisse rencontrer chez les hystériques, malgré les faits en apparence contradictoires cités par MM. Bellouard et Rosenthal; il n'existe pas d'observations prouvant l'existence de l'hémianopsie d'origine hystérique. Mais l'amblyopie des hystériques peut présenter des variations dans la forme et l'étendue du rétrécissement concentrique.

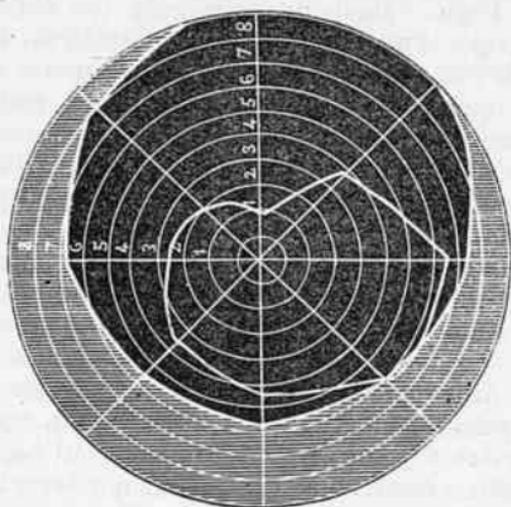
Toutefois, en l'absence d'autopsie, l'amblyopie hystérique pourrait n'être pas considérée comme suffisante pour démontrer l'existence d'une amblyopie liée à une lésion cérébrale déterminée : une observation de M. Charcot concernant une hémiplégique hémianesthésique, non hystérique, constituait une preuve qui n'avait pas été considérée par tous comme irréfutable. Mais, depuis lors, les observations de Pitres, de Müller, de Bernhardt, de Petrina et les nôtres sont venues démontrer la relation qui existe entre l'amblyopie et certaines lésions cérébrales ; et, sauf le fait de Petrina dans lequel le trouble visuel est en rapport avec une lésion corticale du lobe occipital, toujours il s'agit de lésions siégeant à la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante ou dans son expansion. Cette localisation confirme pleinement l'opinion émise tout d'abord par M. Charcot. Cette amblyopie d'origine cérébrale est toujours associée à un certain degré d'hémianesthésie ou, comme nous l'avons montré, d'hémidyesthésie. Toutefois, et c'est encore un point sur lequel nous avons insisté particulièrement, l'anesthésie cutanée peut être limitée à la région qui avoisine l'œil. Quand une lésion cérébrale détermine des troubles sensitifs des téguments de l'œil, il faut chercher les troubles sensoriels de l'organe et on les trouve ; ces troubles sensoriels manquent au contraire lorsque l'hémianesthésie n'atteint pas la face, comme nous en avons rapporté un exemple. Cette relation des troubles sensoriels et des troubles sensitifs des téguments

qui recouvrent l'organe atteint se retrouvent d'ailleurs avec la plus grande netteté chez les hystériques, comme nous l'avons indiqué ailleurs¹.

Lorsqu'il s'agit d'amblyopie cérébrale, les faits cliniques purs ont presque la même valeur que les faits suivis d'autopsie, car le trouble visuel ne peut guère être déterminé à distance par la lésion qui produit les autres symptômes cérébraux. Les faits purement cliniques d'hémianopsie qui peuvent, comme l'amblyopie, se trouver associés à l'hémiplégie, à l'hémianesthésie, etc., sont loin d'avoir la même valeur; car on peut, pour la plupart des cas, être autorisé à soupçonner une action à distance sur la bandelette optique, et un grand nombre de faits anatomiques que nous avons rapportés montrent bien que cette action à distance n'est pas rare et qu'elle peut se rencontrer dans des circonstances très variées. Aussi doit-on rejeter comme peu démonstratifs les faits de traumatismes, de tumeurs, d'abcès, de vastes foyers hémorragiques, car dans ces cas il n'est guère possible d'apprécier réellement l'action de la lésion. Toutefois, certains faits d'hémorragie assez bien limités, comme ceux de MM. Baumgarten et Dreschfeld, méritent considération, surtout si on les rapproche des faits de ramollissement, dans lesquels l'action à distance ne peut jouer aucun rôle; ils semblent prouver qu'une lésion limitée du carrefour sensitif peut déterminer une hémorragie associée à l'hémianesthésie. Mais les faits de ramollissement, rapportés par MM. Curschmann et Westphal nous paraissent surtout péremptoires, et démontrent nettement qu'il existe une relation entre l'hémianopsie et les lésions très étendues du lobe occipital. D'autre part, un fait de M. Huguenin, dans lequel l'hémianopsie était en rapport avec une lésion située au voisinage de la partie inférieure du sillon de Rolando semble indiquer que si les larges pertes de substances observées dans les faits de MM. Curschmann et Westphal ont déterminé les mêmes symptômes, ce pourrait bien être parce qu'ils touchaient en arrière la même région, c'est-à-dire la limite postéro-inférieure de la zone motrice. Cette localisation du centre de l'hémianopsie dans la partie postéro-inférieure du domaine de l'artère sylvienne pourrait encore s'appuyer sur certains faits de migraine ophthalmique dans lesquels, on voit coïncider l'hémi-

¹ *Archives de Neurologie*, n° 9, p. 281 et suiv.

nopsie, avec l'aphasie un engourdissement avec parésie de la moitié de la face et du bras, etc., phénomènes qui peuvent être



NAS

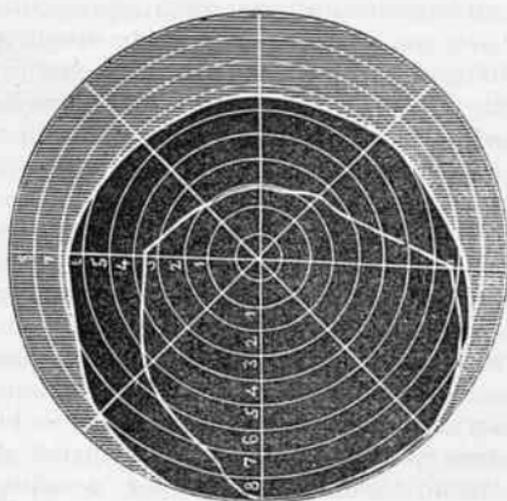


Fig. 30.

attribués à un trouble circulatoire de la sylvienne par irritation du plexus carotidien.

Mais un fait important et sur lequel nous avons appelé l'attention, c'est que dans les cas d'hémianopsie avec hémianesthésie, lorsque le champ visuel a été pris d'une façon régulière, on semble avoir presque constamment noté l'existence d'un certain degré de rétrécissement concentrique prédominant du côté de l'hémianesthésie. Ce pourrait bien être là la caractéristique de l'hémianopsie d'origine cérébrale (*Fig. 30*)¹. M. Ferrier avait observé que l'intégrité de la vision centrale et de la région avoisinante semblait spéciale aux hémianopsies d'origine cérébrale, mais nous ferons remarquer que dans le cas de M. Westphal en particulier, le défaut atteint la vision centrale.

En somme, il paraît démontré aujourd'hui que l'amblyopie et l'hémianopsie peuvent résulter d'une lésion cérébrale avec intégrité des nerfs optiques et des bandelettes; il est bien prouvé que l'amblyopie est en rapport avec les lésions de la partie postérieure de la capsule interne; mais elles semblent aussi pouvoir être déterminée par certaines lésions du lobe occipital (fait de Petrina). Quant à l'hémianopsie, elle semble aussi pouvoir être déterminée par des lésions soit corticales, soit centrales: les lésions corticales ne peuvent qu'être grossièrement localisés en arrière de la région motrice; les lésions centrales siègent aussi au voisinage du carrefour sensitif, mais il n'est guère possible, dans l'état actuel, de la différencier de celles qui produisent l'amblyopie. Cette difficulté de différenciation tient-elle à ce qu'il existe des variétés d'entre-croisement de fibres optiques analogues aux variétés d'entre-croisement que l'on observe dans le bulbe pour les fibres motrices? La chose est possible mais non démontrée.

Si on considère qu'une lésion cérébrale produisant l'amblyopie croisée détermine en même temps un certain degré d'amblyopie du côté correspondant, que d'autre part une lésion cérébrale peut déterminer la paralysie des fibres rétiniennes de la moitié externe de l'œil correspondant, et de la moitié interne de l'œil opposé, la vision centrale étant presque toujours respectée dans tous les cas, on est forcé d'admettre que chaque œil a une relation bilatérale avec les hémisphères cérébraux, qui ont surtout des relations multiples avec le centre physiologique de la rétine.

¹ Féré, *loc. cit.*, p. 84.

Il faut convenir, toutefois, que les connexions du cerveau et de l'œil ne peuvent pas être établies d'une façon assez claire pour qu'on puisse en faire une construction théorique, une schématisation qui vaille beaucoup plus qu'un moyen mnémotechnique.

REVUE D'ANATOMIE

- I. SUR QUELQUES POINTS DE L'ANATOMIE ET LA. PHYSIOLOGIE DU CERVEAU ET LEURS APPLICATIONS PRATIQUES; par Ambrose-L. RANNEY. (*The New-York medical journal*, mai 1881, p. 513-546.)

Ce travail, rédigé d'après un ouvrage de l'auteur, n'est qu'une compilation, d'ailleurs intéressante, des recherches antérieures sur le même sujet.

- II. DU CHIASMA DES NERFS OPTIQUES; par le D^r STILLING (de Strasbourg). (Congrès de Bade, 1880. *Arch. f. Psychiatrie*.)

Les deux corps quadrijumeaux sont des noyaux du nerf optique, celui-ci, aux termes de ces recherches, ne possédant pas moins de 40 racines cérébro-médullaires. P. K.

- III. DE LA DISTRIBUTION DU NERF OPTIQUE DANS LA RÉTINE DU LAPIN; par le D^r BUMM, de Munich. (Congrès de Bade, 1880. *Archiv. f. Psychiatrie*.)

Déjà Gudden (*Arch. f. ophthalmol.*, XXVI) avait démontré que l'entre-croisement des fibres du nerf optique dans le chiasma n'est que partiel; le D^r Bumm fournit la preuve expérimentale et ophtalmoscopique que le faisceau non croisé de ce système

vient s'épanouir sur la surface temporale de la rétine; il montre en outre, par les mêmes procédés, que l'expansion du nerf optique est indépendante des autres couches de la rétine, y compris celle des cellules nerveuses. P. K.

IV. ANATOMIE DES TUBERCULES ANTÉRIEURS DES CORPS QUADRIJUMEAUX; par le D^r CANSER, (de Munich.) (Congrès de Bade 1880. *Archiv. f. Psychiatrie.*)

Cette étude faite chez la chauve-souris, la taupe et le lapin, entraîne la conviction que la couche moyenne des fibres de ces organes contient le système de projection centrale du sens de la vue, entre autres parties constituantes. P. K.

V. DU FAISCEAU LONGITUDINAL POSTÉRIEUR DE LA CALOTTE¹ DANS LA MOELLE ALLONGÉE; par le D^r ROLLER, de Strasbourg. (Congrès de Bade, 1880. *Arch. f. Psychiatrie.*)

M. Roller confirme en partie les vues de Meynert et, suivant le trajet de ces fibres dans les noyaux du 4^e ventricule, il conclut en disant que le faisceau en question représente un trajet direct entre la base du cerveau et les noyaux du plancher du ventricule cité; qu'il constitue en outre un trait d'union direct avec la moelle, plus direct sans nul doute que les pyramides perdues dans la protubérance. P. K.

VI. DÉCUSSION DES FIBRES INHIBITOIRES DE LA MOELLE; par OTT et SMITH. (*Journal of Nervous, and Mental Diseases.* Chicago Janvier 1880.)

On observe chez certains animaux paraplégiques une contraction rythmique du sphincter anal: Gluge et Goltz sont les auteurs qui les premiers ont observé ce phénomène. MM. Ott et Smith ont été amenés par des travaux antérieurs au présent mémoire à admettre, dans les couches optiques, des centres *inhibitoires* empêchant les contractions rythmiques des sphincters anal et vaginal; les fibres émanées de ces cen-

¹ On peut, à propos de la terminologie allemande, se reporter au livre de Huguenin sur les centres nerveux. (Traduction française, 1879.)

tres seraient contenues dans les cordons latéraux de la moelle. D'après ces notions, c'est à la solution de continuité de ces fibres que serait due l'apparition des contractions spasmodiques des sphincters. MM. Ott et Smith ont entrepris une série d'expériences dans le but de déterminer si ce faisceau subissait la décussation, et dans ce cas où celle-ci avait lieu. Ces expériences, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, ont été faites d'après la méthode suivante : les animaux sont trachéotomisés, chloroformisés et la respiration artificielle est établie ; on pratique alors par une fenêtre de trépan la section d'un hémisphère cérébral immédiatement en arrière de la couche optique, puis une héli-section de la moelle ou seulement du cordon antéro-latéral, tantôt du côté correspondant, tantôt du côté opposé ; cette section est faite au-dessus ou à la limite de la région lombaire, de manière à laisser le centre ano-spinal en dehors de l'expérience.

Les examens histologiques pratiqués à la suite de ces vivisection, ont conduit MM. Ott et Smith à conclure que les fibres *inhibitoires* arrêtant les contractions rythmiques des sphincters, prennent naissance dans les couches optiques, puis descendent dans l'axe gris, et, à leur extrémité inférieure, subissent la décussation pour rejoindre le cordon latéral du côté opposé, dans lequel elles continuent leur route vers le centre ano-spinal.

H. D'O.

VII. STRUCTURE DU PIED DU PÉDONCULE CÉRÉBRAL ET DU NOYAU LENTIFORME ; par J. PASTERNAZKY, 1881.

Les recherches de M. Pasternatzky ont été faites au moyen de coupes transparentes très étendues sur lesquelles il a pu suivre à la loupe ou même à l'œil nu le trajet de certains groupes de fibres. C'est par erreur que l'auteur dit que ces coupes sont pratiquées suivant une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, c'est en sens inverse qu'elles sont faites, c'est-à-dire parallèlement, ou à peu près, aux fibres du pédoncule cérébral. — Du lobe occipital du cerveau on voit partir quatre groupes de fibres : 1° les unes se dirigent vers la capsule externe ; 2° d'autres vont former en partie les tractus blancs antéro-postérieurs qui séparent les segments du noyau lenticulaire du corps strié ; 3° d'autres se jettent dans la couche

optique et les corps genouillés; 4° d'autres enfin vont former la partie externe du pied du pédoncule, le faisceau sensitif de Türck. Ce dernier faisceau peut être suivi dans la partie externe et inférieure du pont de Varole; il se distingue des faisceaux moteurs en ce que ses fibres au lieu d'être rectilignes sont ondulées. — Il existe des fibres, très fines qui paraissent naître des cellules pigmentées de la substance de Sæmmering et qui se rendent dans la partie interne du pied du pédoncule. — D'autres fibres partent du noyau rouge pour se diriger aussi vers la partie interne du pied du pédoncule. — Du tubercule quadrijumeau postérieur sortent des faisceaux qui vont dans la partie externe du pied du pédoncule, immédiatement en dedans du faisceau de Türck. Presque toute la partie interne du pied du pédoncule est constituée par des fibres venues de la capsule interne et du noyau lenticulaire du corps strié.

Tous les faisceaux qui passent du tegmentum dans le *pes* du pédoncule s'entrecroisent dans le noyau lentiforme (noyau de Luys), qui reçoit des fibres venant : 1° du noyau rouge, 2° de la substance de Sæmmering, 3° du tubercule quadrijumeau postérieur, 4° du pied du pédoncule. Le faisceau de Türck est tout à fait libre de toute connexion avec ce noyau; il est toujours situé en dehors.

D'après l'examen de ces préparations, l'orateur dit que le noyau lenticulaire du corps strié est divisé en quatre segments au lieu de trois comme on l'admet généralement. Nous avons recherché cette disposition sur des cerveaux frais, en pratiquant des coupes parallèles à la direction du pédoncule et passant par la commissure blanche antérieure et par le *locus niger*, et nous nous sommes assuré qu'en effet, à ce niveau, le segment interne du noyau lenticulaire est divisé par un tractus blanchâtre à direction oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors, et le segment moyen est divisé de la même manière; mais les subdivisions sont beaucoup moins marquées que les divisions déjà connues.

CH. F.

VIII. VARIÉTÉS DES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES DE L'HOMME; par C. GIACOMINI, TORINO, Ermano Lœscher, 1882.

L'auteur pense que les variétés si fréquentes dans la disposition de l'écorce cérébrale, ne sont pas des déviations du type

normal, mais plutôt de légères modifications survenues dans l'exécution de celui-ci; d'ailleurs, le type normal serait encore bien loin d'être fixé, à tel point qu'on ne pourrait reconnaître actuellement les caractères ethniques que doivent présenter les cerveaux des différentes races. Un grand nombre des variétés relevées sur les cerveaux humains peuvent se retrouver comme en germe dans les cerveaux des animaux. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'affirmer que la disposition de l'écorce cérébrale soit en connexion avec le degré du développement intellectuel.

L'auteur a recherché quelle était la fréquence des sillons anormaux ou des circonvolutions anormales sur l'un et l'autre hémisphères. — Sur 164 cerveaux examinés, il a trouvé 934 sillons surnuméraires à droite, et 1,005 à gauche; 617 plis de passage et d'anastomose à droite et 621 à gauche; — de cette statistique, il résulte que les variétés des sillons sont un peu plus fréquentes que celles des plis de passage; la moyenne pour les sillons est de 6,12 pour l'hémisphère gauche, et de 5,67 pour l'hémisphère droit, celle des plis serait de 3,76 égale pour l'un et l'autre hémisphère.

L'auteur fait les plus entières réserves au sujet de la disposition qu'auraient, d'après Benedikt, les circonvolutions chez les criminels; d'après ses statistiques, loin de dire qu'ils constituent un type à sillons confluents, on devrait plutôt les considérer comme ayant des plis anastomotiques plus fréquents; mais en somme il est plus juste de ne pas leur reconnaître de type spécial.

Quelle asymétrique que paraisse être la disposition de l'écorce dans les deux hémisphères, on peut cependant, en général, retrouver dans un des hémisphères, l'indice des variétés nettement caractérisées dans l'autre; cependant il est certaines variétés dans les lobes pariétaux et temporaux qui semblent rester tout à fait unilatérales.

L'auteur ajoute que l'étude des variations dans l'arrangement de l'écorce cérébrale ne doit pas porter seulement sur la disposition extérieure, mais aussi sur la structure de celle-ci et qu'il est indispensable de persévérer dans la voie tracée par les travaux de Betz.

P. M.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XIX. NOTE SUR LA RELATION ENTRE LA SYPHILIS ET L'ATAXIE LOCOMOTRICE; par J. ALTHAUS, (*The Lancet*, 17 septembre 1881.)

Sur trente-deux hommes atteints d'ataxie locomotrice, M. Althaus en a trouvé vingt-huit qui avaient des antécédents syphilitiques. L'ataxie s'était manifestée de dix-huit mois à vingt ans après l'apparition de la syphilis ; mais ils ne prouvent pas qu'il y ait relation de cause à effet entre les deux maladies pour des raisons très diverses. Le tabes existait certainement en Europe longtemps avant l'apparition de la syphilis. L'ataxie n'est pas une conséquence inévitable ou commune de la syphilis ; elle paraît se développer chez les syphilitiques qui ont une constitution névropathique, à la suite d'accidents, d'excès, etc. L'iodure de potassium, même à haute dose, n'est qu'exceptionnellement utile aux syphilitiques ataxiques qui se trouvent soulagés comme les autres par des remèdes qui n'ont aucune action sur la syphilis. Il est possible que la syphilis puisse imiter l'ataxie ; mais les symptômes cliniques du tabes syphilitique ou non syphilitique sont identiques. Que l'ataxie soit si souvent associée à la syphilis, cela peut tenir à la détérioration de la constitution déterminée par la diathèse.

CH. F.

XX. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CRISES LARYNGÉES TABÉTIQUES ; par CHERCHEWSKY. (*Revue de médecine*, 1881.)

L'auteur, après avoir rapporté dix-huit cas de crises laryngées tabétiques, passe à l'analyse de ces faits signalés pour la première fois par M. Féréol et qui, d'après M. Charcot, seraient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Le caractère général des troubles laryngés tabétiques,

consiste essentiellement dans une toux spasmodique, analogue à celle de la coqueluche, apparaissant par attaques et s'accompagnant parfois de spasmes de la glotte, d'étouffements plus ou moins forts, d'asphyxie et quelquefois même de convulsions. Ces attaques présentent une intensité variable qui a permis à M. Cherchevsky de les classer en trois catégories : faibles, moyennes, fortes. Elles surviennent tantôt subitement, soit au milieu d'une conversation, interrompant un mot commencé, soit pendant le sommeil, tantôt après des prodromes, qui consistent en une sensation de brûlure ou de corps étranger ; elles peuvent être déterminées par un rhume, un effort, un courant d'air, etc. Leur durée peut varier de quelques secondes à une demi-heure ; quelquefois même elles se prolongent plusieurs heures. Leur apparition n'est soumise à aucune règle ; elles paraissent cependant plus fréquentes pendant le jour ; elles peuvent se répéter jusqu'à cinquante fois dans les vingt-quatre heures. Dans les quelques cas où l'examen laryngoscopique a été fait, on a pu s'assurer qu'il s'agit de phénomènes purement spasmodiques. Quelquefois cependant, on a constaté des paralysies ou des parésies limitées : M. Krishaber explique cette existence simultanée de la paralysie avec les spasmes, en disant que la paralysie d'un muscle provoque facilement le spasme de son antagoniste. Quant à la physiologie pathologique de ce spasme, M. Charcot pense qu'il s'agit d'une hyperesthésie de la muqueuse du larynx et d'une hyperexcitabilité des centres nerveux, par suite de laquelle l'irritation du larynx provoque une action réflexe considérable. L'anatomie pathologique se résume dans les deux autopsies de Cruveilhier et de Jean : dans la première, il y avait une dégénération grise des cordons postérieurs et des corps restiformes ; dans le second, on trouva un amincissement considérable des origines des nerfs pneumo-gastrique et spinal, dégénération grise des pyramides et des cordons postérieurs et un petit foyer de ramollissement dans le corps restiforme gauche. Ces phénomènes, qui appartiennent bien nettement à l'ataxie, peuvent apparaître dès le début de l'affection et rester longtemps isolés ; mais souvent même lorsqu'ils se sont associés les autres troubles pathognomoniques du tabes dorsal, leur intensité leur fait conserver une importance prédominante dans le tableau symptomatique. C. F.

XXI. DE LA PARALYSIE DU NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE CONSÉCUTIVE AUX TRAUMATISMES DU CRANE; par F. PANAS. (*Archives d'ophtalmologie*, nov. et déc. 1880.)

Frappé depuis longtemps de la fréquence de la paralysie traumatique de la 6^e paire et peu satisfait de l'explication donnée par son élève Chevallereau, M. Panas étudia minutieusement le trajet intra-crânien du nerf.

Dans la fosse cérébrale postérieure, l'arachnoïde et la dure-mère le séparent de la paroi osseuse. Parvenu au niveau du rocher, il perfore la dure-mère qui l'applique directement contre le sinus pétreux inférieur, puis contre la face postérieure de l'os. Au moment où il se réfléchit sur son bord supérieur, il passe sous le sinus pétreux supérieur qui contribue à le fixer encore plus solidement. Dans le sinus caverneux, un mince feuillet celluleux le sépare seul de la face externe de la carotide, rapport important. Au-delà de la fente sphénoïdale, la dure-mère l'enveloppe et l'isole si bien qu'exceptionnellement les fractures de l'étage antérieur peuvent l'intéresser. Quant à la troisième et la quatrième paires, elles sont parfaitement isolées du rocher et de la carotide. — La fréquence des fractures du rocher, les rapports particuliers du nerf moteur oculaire externe avec cet os, son bord tranchant surtout, et sa fixité, tout est réuni pour faciliter sa lésion dans les fractures du crâne. — Une remarquable observation de Jacobi corrobore par l'autopsie l'opinion de M. Panas. A la production de la paralysie, la rupture du nerf n'est pas nécessaire. Sa compression, sa contusion, son inflammation par propagation suffisent. Cette dernière éventualité explique l'apparition tardive de la paralysie.

D. BERNARD.

XXII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE; par Ch. FÉRÉ. (*Revue de médecine*, 1881.)

L'auteur se propose d'établir l'autonomie trop souvent méconnue de cette affection, décrite d'ailleurs depuis longtemps sous des noms divers, en mettant en lumière et les traits principaux de la maladie et certaines particularités de son évolution importante pour le pronostic, d'après les observations prises surtout à la consultation de M. Charcot à la Salpêtrière.

Maladie de l'âge adulte et de l'âge mûr, plus fréquente chez les goutteux, les anémiques, les nerveux, la migraine ophthalmique, atteint souvent des sujets de bonne santé habituelle, et à peu près également les deux sexes. — Spontanément ou à la suite du travail intellectuel prolongé, d'un excès, de troubles gastriques, l'affection apparaît d'emblée avec tous ses caractères. Exceptionnellement les troubles oculaires s'entent sur une migraine habituelle simple. — Obnubilation passagère de la vue, hémioptie transitoire homonyme, rarement croisée, supérieure ou inférieure, cécité complète, tels sont les divers phénomènes qu'on peut observer du côté de la vision et que domine par sa spécialité le *scotome scintillant*, isolé ou combiné à eux, sous ses diverses formes. C'est un scotome latéral limité par un bord étincelant. Le malade ne le dit externe que parce qu'il prédomine dans l'œil affecté du côté externe; il est véritablement hémioptique. Il faut plusieurs attaques pour que les malades se rendent bien compte d'un symptôme qui ne fait d'abord que les éblouir. Pareil à un globe de feu, à une zone dentée rouge ou blanche, phosphorescente, vibrante et tournante qui s'élargit et s'ouvre d'un côté, tandis que son centre s'obscurcit et que ses bords se découpent de plus en plus, il ne consiste plus finalement qu'en une ligne verticale brisée et irisée qui disparaît. Durant l'attaque, on a constaté avec la dilatation ou le rétrécissement de la pupille, une anémie papillaire, origine de plusieurs théories pathogéniques. Des accidents névralgiques, une sensation de tension oculaire ont fait croire à un glaucome aigu. — Après un temps variable de quelques minutes à une heure et plus, éclate la douleur céphalique frontale, temporale, ou pariétale. Très limitée d'abord, elle envahit tout un côté du crâne, tout le crâne même et s'accompagne de vertiges, qui ont pu être constatés dès la période précédente. — Des nausées et des vomissements terminent l'accès.

Tel est le syndrome type, complet, à côté duquel l'auteur étudie les *migraines ophthalmiques frustes*. Alors les troubles oculaires constituent seuls, pendant longtemps, toute l'affection. Une migraine légère les suit ou au contraire, ils sont si fugaces qu'on croit à une migraine simple. Les divers symptômes sont dissociés, séparés dans leur apparition par plusieurs jours.

L'aphasie dans ces diverses modalités est l'accident qui se surajoute le plus fréquemment aux phénomènes décrits plus

haut, celui qui impressionne le plus fâcheusement le malade. Puis viennent par ordre de fréquence les troubles de la sensibilité (fourmillement, endolorissement, sensations de froid) et beaucoup plus rarement ceux de la motilité (parésies ou paralysies). Ils occupent le membre supérieur, tout un côté du corps, le corps entier parfois. — En outre, la migraine ophthalmique coïncide avec des attaques épileptiformes, peut se substituer à de véritables attaques d'épilepsie. Serait-elle alors de l'épilepsie larvée? On ne devra pas confondre ces cas avec les troubles oculaires prémonitoires de l'attaque d'épilepsie qui ne ressemblent aucunement à ceux de la migraine ophthalmique. — Si le caractère de ces symptômes et de ces accidents est d'être transitoires, de courte durée, M. Charcot a montré qu'ils peuvent, l'hémiopie, les scotomes, l'aphasie surtout, persister, s'établir même définitivement; ce qui, non moins que les relations de la maladie avec l'épilepsie, rend fort incertain l'avenir d'une migraine ophthalmique.

Quant à la physiologie pathologique, fort obscurcie par ces accidents, M. Féré, s'appuyant principalement sur les travaux de M. Reynaud, sur l'aphyxie locale des extrémités, pense que la migraine ophthalmique dépend d'une anémie cérébrale consécutive elle-même à une excitation du sympathique. Des congestions, de la nécrobiose même pourraient la suivre et ainsi s'expliqueraient les troubles permanents. D. BERNARD.

XXIII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PHÉNOMÈNES NERVEUX, NOMMÉS RÉFLEXES TENDINEUX; par J.-L. PRÉVOST. (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 1881, n^{os} 1, 2, 3.)

Le travail très intéressant de M. le professeur Prévost est divisé en deux parties. La première est en quelque sorte une revue, ayant pour objet les réflexes tendineux; la seconde, contient les expériences et les conclusions de l'auteur.

Première partie. — M. Prévost rappelle les expériences par lesquelles Brown-Séguard, en lésant la moelle, obtint l'épilepsie spinale (1858); puis les travaux de Charcot et Vulpian (1866) et de leurs élèves (Bouchard, P. Dubois, 1868), sur la trépidation épileptoïde des membres (phénomène du pied, clonus du bras). En 1874, Erb et Westphal rapprochent de ces faits,

la contraction du triceps crural qui suit la percussion de son tendon (phénomène du genou). Mais, tandis que le phénomène du pied n'apparaît que dans les cas pathologiques, celui du genou est physiologique. Berger n'a constaté son absence que dans 1,56 cas sur 100. L'absence de ce phénomène est considérée comme un symptôme important du début de l'ataxie locomotrice, quand la sclérose atteint la région lombaire (Westphal, Erb, Erlenmeyer). Le réflexe patellaire fait également défaut dans les polyomyélites antérieures aiguës ou chroniques. Au contraire, les phénomènes tendineux sont exagérés dans tous les cas où l'on observe une certaine rigidité musculaire (scléroses du faisceau pyramidal primitives ou consécutives, contracture hystérique).

L'interprétation physiologique de ces phénomènes a été diversement donnée. Westphal admet qu'il s'agit d'une contraction directe, produite par les vibrations du tendon. Erb en fait un réflexe déterminé par l'excitation de fibres nerveuses tendineuses (Tschiriew a démontré l'existence de ces fibres); Schulze et Fürbringer, ayant constaté que la section du crural abolit la contraction du côté correspondant, et que la percussion détermine quelquefois un mouvement qui se propage jusqu'au membre du côté opposé, se rangent à l'idée qu'il s'agit d'un phénomène réflexe.

Quelques auteurs ont cherché à résoudre la question en étudiant les phénomènes tendineux par la méthode graphique. Le temps qui s'écoule entre l'excitation du tendon et la contraction du muscle a servi particulièrement d'argument; mais les divers observateurs sont arrivés à des opinions absolument discordantes. G. Burckhardt pense que les phénomènes tendineux sont des réflexes, dont les ganglions spinaux sont le centre; Brissaud en fait des réflexes médullaires; Gowers pense que le clonus du pied résulte de l'excitation directe, tandis que le phénomène du genou est de nature réflexe; enfin, A. Waller rejette l'idée d'un réflexe et pense que la moelle n'agit qu'en maintenant le tonus musculaire qui est nécessaire à la production du phénomène.

Par des sections méthodiques portant sur la moelle et les racines, Tschiriew pense avoir démontré que les phénomènes tendineux sont des réflexes qui utilisent pour se produire la 6^e paire lombaire chez le lapin, probablement la 3^e et la 4^e chez l'homme.

Deuxième partie. — Ici M. Prévost rapporte trois séries d'expériences qu'il a entreprises dans le but d'élucider la question de la nature du réflexe tendineux.

Par la première série de recherches, il a confirmé les faits suivants : 1° la section du crural abolit le réflexe du genou (Schulze et Fürbringer) ; 2° la section de la racine postérieure de la 6^e paire lombaire, chez le lapin, abolit le réflexe du genou (Tschiriew) ; celle des racines postérieures voisines n'a pas d'influence sensible, à moins que l'on n'atteigne les racines du sciatique ; dans ce cas on obtient une augmentation du réflexe, de même façon que lorsque, ainsi que l'a fait Tschiriew, on sectionne le sciatique lui-même.

Dans la seconde série d'expériences, M. Prévost étudie l'effet du curare et des anesthésiques. Le premier de ces corps abolit le réflexe, ainsi que l'ont démontré Schulze et Fürbringer. L'anesthésie par le chloroforme aboutit au même résultat, quand elle est très profonde ; il semble en être de même pour l'éthérisation ; mais la morphine n'agit nullement dans le même sens, peut-être même exagère-t-elle le phénomène ; c'est ce dernier effet qui s'est également produit à la suite d'une injection intraveineuse de chloral.

Enfin dans la troisième série de ses expériences, M. Prévost, emploie un procédé nouveau pour l'étude du réflexe tendineux : l'anémie médullaire obtenue par la compression de l'aorte. On sait, par les travaux de Brown-Séquard, Schiff, Küsmal, Vulpian, etc., que l'anémie abolit rapidement les propriétés physiologiques de la moelle, tandis qu'elle laisse persister assez longtemps celle des muscles et des nerfs. Or, la compression de l'aorte produit d'abord l'exagération des phénomènes tendineux ; mais bientôt (40-45 secondes) elle les abolit, et cet état d'inertie persiste d'autant plus longtemps après rétablissement de la circulation, que l'espace de temps pendant lequel celle-ci est resté interrompue, a été plus considérable. De ces faits, M. Prévost conclut que le phénomène du tendon est bien un réflexe, lequel est provoqué par l'excitation du tendon lui-même, et non par celle de la peau ; ce réflexe use pour se produire de la 6^e paire lombaire chez le lapin (3^e ou 4^e de l'homme).

Cependant on pourrait, dit-il, « se demander, avec M. A. Waller, si le phénomène du genou, tout en ayant besoin de l'intégrité de la moelle pour se produire, n'est pas dû à l'exci-

tation directe du muscle. » — La transmission du réflexe du côté opposé lui semble un fait incompatible avec cette manière de voir. Mais dans un mémoire ultérieur, publié avec la collaboration de M. A. Waller¹, M. Prévost reconnaît que le mouvement du côté opposé est un mouvement d'ensemble du membre, et non une contraction du triceps crural seul. En effet, lorsqu'on a sectionné toutes les racines postérieures d'un membre, et même, en outre, tous les nerfs de ce membre, on abolit bien le réflexe de ce côté, mais sans détruire le mouvement du côté opposé. Celui-ci serait produit par la transmission directe des vibrations auxquelles donne lieu la percussion. Ces faits sont de nature à faire subsister le doute entre la théorie du réflexe et celle de M. Waller.

A. MAYOR.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XII. SUR LA CONNEXION QUI EXISTE ENTRE L'ÉTAT MENTAL ET L'INÉGALITÉ DES PUPILLES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE ; par FRANCIS WYAT-THURNAM (M. B.), médecin à l'asile de Bristol. Analyse du D^r Ch. GUYOT, de Tirlemont. (*Bulletin de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, 1880.)

D'une statistique établie sur soixante-treize cas, il résulte que la dépression mentale est généralement associée, dans la paralysie générale, à la dilatation de la pupille droite et à la contraction de la gauche. Par contre, une certaine exaltation s'accompagne d'une contraction de la pupille droite avec une légère dilatation de la gauche ; proportion, 64 p. 100 ; cas opposés, 25 ; cas douteux, 11 p. 100. Voici les déductions qu'en tire l'auteur :

¹ *Rev. méd. de la Suisse Romande*, t. 1^{er}, 1881, n^o 6.

1° La dépression précédant ordinairement l'exaltation dans la paralysie générale, la maladie était probablement à une période initiale quand il trouvait la pupille droite dilatée avec la dépression mentale; à une période plus avancée, quand il rencontrait les phénomènes opposés.

2° De la relation entre les phénomènes pupillaires et le fonctionnement de la troisième paire, de la connexion de la troisième paire avec les corps quadrijumeaux (le centre de l'expression réflexe des émotions d'après Ferrier), l'auteur passe à la connexion supposée qui, existant entre l'état de l'intelligence et celui de la pupille en général, remplace l'impression sensitive du nerf optique par l'impression d'une idée mentale, et considère les lobes optiques comme le centre réflexe commun à ces deux ordres d'impressions.

3° Rappelant le siège particulièrement à gauche du centre du langage, s'en référant à Ferrier qui appelle l'attention sur le pouvoir volitionnel moindre et sur le pouvoir automatique plus considérable de l'hémisphère droit; se rangeant à la supposition de M. Voisin sur l'existence d'un centre de grandeur, l'auteur signale la possibilité de l'existence dans l'hémisphère droit « d'un centre d'exaltation » dont l'initiative produit les illusions de grandeur, les idées exaltées, et dans l'hémisphère gauche d'un « centre de dépression » dont l'initiative provoquerait les états intellectuels qui se dessinent dans la mélancolie.

4° Enfin poursuivant l'existence de ces centres, s'appuyant sur Austin, qui avait remarqué, sauf deux cas exceptionnels, la dépression mélancolique avec la dilatation de la pupille droite, et l'excitation, l'exaltation avec la dilatation de la pupille gauche, l'auteur admet des noyaux celluloïdes, présidant au plaisir d'un côté du cerveau, à la peine, dans l'autre. En définitive, il localise les émotions tristes dans les couches optiques droites, et les gaies dans les couches optiques gauches. Le traducteur admet les opinions de l'auteur sur l'existence de ces centres dans leurs hémisphères respectifs sans les localiser davantage. A notre avis, il serait prudent de ne pas chercher à les localiser, d'autant qu'en saine physiologie, la dépression et l'exaltation ne constituent pas des fonctions, mais bien des modes de fonctionnement: point besoin n'est de chercher des organes pour remplir des fonctions qui n'existent pas.

E. CHAPENTIER.

XIII. LETTRE MÉDICALE SUR GHEEL ET LE PATRONAGE FAMILIAL, ADRESSÉE AU COMTE DE BELA (de Kalnoky), membre de la diète de Moravie ; par le D^r J. PEETERS, médecin inspecteur de Gheel. (*Bull. de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, 1880.)

Gheel, dans le département des Deux-Nèthes, est une colonie d'aliénés, composée d'un village avec de nombreux hameaux, habités par des paysans, dits nourriciers, chez lesquels sont placés, moyennant une faible rétribution, les aliénés. Cette colonie comprend de plus une infirmerie où sont transportés les aliénés malades ou en proie à un paroxysme, et où sont mis en observation les malades amenés à Gheel, pour être répartis après un séjour aussi court que possible dans les hameaux. Pour seize cents aliénés, l'infirmerie, n'en contient jamais plus de trente-cinq. Le chiffre des guérisons paraît peu élevé, à cause du grand nombre d'incurables et d'idiots inoffensifs, dont se débarrassent les hospices encombrés. La proportion des décès diminue chaque année; les évasions y sont fort rares, malgré l'emploi restreint des moyens de coercition. Depuis la création de la colonie, il n'y a eu que trois crimes commis; les suicides sont exceptionnels, un seul cas en cinq ans. En prenant le chiffre des aliénés entrés avec des chances favorables ou douteuses de curabilité, soit 103 de cette catégorie, la proportion des terminaisons heureuses sera de 83 p. 100.

L'auteur termine ainsi sa lettre : « Notre colonie peut montrer les bienfaits de la vie de famille et de la liberté octroyée à des milliers de malheureux, et cela sans charges pour le trésor. En effet, au lieu d'un établissement qui devait recevoir quatorze cents aliénés, et qui à trois mille francs par malade coûterait plus de quatre millions, nous avons une infirmerie qui a coûté deux cents mille francs et des finances qui se soldent chaque année par un boni considérable. » E. C.

XIV. LETTRE MÉDICALE SUR GHEEL ET LE PATRONAGE FAMILIAL, adressée à M. le D^r INGELS, médecin de l'hospice Guislain, à Gand; par le D^r J.-A. PEETERS, médecin inspecteur à Gheel.

La première lettre insérée dans le numéro des *Bulletins*, année 1880, était adressée au comte Bela (de Kalnoky), qui vient de mourir. Le docteur Peeters, dans cette deuxième lettre, insiste

surtout sur les avantages du patronage familial et tout d'abord au point de vue du traitement moral, sur l'isolement tout particulier dans la colonie, isolement répondant à l'idée que s'en faisaient Esquirol, Griesinger, Lowens, bien différent de l'isolement par séquestration dans un établissement fermé. — A Gheel le malade est isolé, mais jouit de la liberté et de la vie de famille. En décembre 1864, à la Société médico-psychologique, M. Jules Falret reconnaissait à la colonie les avantages suivants : grande liberté de circulation laissée aux aliénés, le bien-être moral plus grand résultant pour eux d'une manière de vivre moins monotone et de la vie de société, enfin le travail rendu plus attrayant et plus facile. La création à Gheel d'un asile au petit pied, il est vrai, n'a rien changé à ses conditions fondamentales ; car sur 1,600 aliénés à Gheel, 35 seulement sont à l'infirmerie. Toutefois il ne faut pas exagérer, et tous les aliénés ne peuvent être admis à Gheel : exemple les aliénés dangereux, et encore parmi ceux-là faut-il distinguer et ne les considérer comme tels que lorsque le délire implique chez eux une tendance expresse aux agressions contre les personnes et les choses (suicide, homicide, blessures, coups, destruction, vol, incendie), aux actes propres à troubler la tranquillité publique (cris, tapage nocturne, vagabondage), et aux offenses à la morale publique (actes et paroles obscènes, atteintes aux mœurs). Ces aliénés, non plus que ceux dont les évasions auraient été trop fréquentes, ne peuvent être conservés à Gheel.

L'auteur examine ensuite les avantages de Gheel pour les aliénés incurables et inoffensifs, et montre que la colonie répond aux indications que demandait pour eux M. Moreau (de Tours) dans son étude sur la colonie en 1862. « Il suffit de placer le malade dans les conditions d'hygiène les plus avantageuses, et de lui créer une existence qui s'éloigne le moins possible de celle dont il jouissait avant que la maladie l'eût frappé, existence à laquelle tout aliéné a un droit absolu, il ne faut pas l'oublier, et qu'on ne peut léser sans injustice. » Quant à la valeur thérapeutique du patronage familial, elle est indiscutable en raison des avantages qu'il présente sur les établissements fermés. Pour la question de dépense, M. Lunier a dit que l'isolement dans une maison de santé est le mode d'existence des aliénés le moins dispendieux en France ; cela est vrai, dit en terminant le D^r Peeters, pour la France ; mais ne l'est pas pour la Belgique.

E. C.

XV. RAPPORT MÉDICO-LÉGAL CONCERNANT L'ÉTAT MENTAL DU SIEUR M. K. B., ACCUSÉ DE TENTATIVE DE MEURTRE SUR LA PERSONNE DE M. W...; par M. le D^r RAMAER. (*Bull. de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, 1880.)

Folie morale se transformant graduellement en folie raisonnante, puis en folie caractérisée par l'idée fausse d'être la victime d'autrui, pour aboutir à la folie persécutive. Le méfait a été commis sous l'influence de la maladie. Acquittement. Séquestration dans une maison de santé. E. C.

XVI. UN CAS D'ATROPHIE DU CERVELET; par le D^r SEPPILI. (*Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*. Année 1880, 1^{er} fascicule, p. 91.)

Conclusions : 1° les altérations microscopiques qui constituent généralement l'atrophie du cervelet sont : le développement considérable du tissu conjonctif interstitiel et l'atrophie des cellules de Purkinje. Celles-ci disparaissent complètement ou sont petites de volume, irrégulières de contour, à contenu granuleux, à noyaux ou nucléoles peu ou point apparents, à prolongements rares et grêles. Les fibres nerveuses ont aussi diminué en nombre et en épaisseur;

2° Le principal phénomène morbide qui accompagne l'atrophie du cervelet est l'incoordination des mouvements. Elle ne constitue pourtant pas un phénomène constant, mais elle peut manquer dans quelques cas;

3° La circonstance que l'ataxie demeure latente dans l'atrophie du cervelet peut s'expliquer par la structure normale de l'organe, quoique celui-ci soit devenu plus petit, ou par l'augmentation de l'activité fonctionnelle de ces parties du cervelet, non sujettes à l'atrophie, ou bien par l'intégrité des veines, ou enfin par un effort conscient, volontaire et répété, par suite duquel le cerveau supplée à l'activité coordinatrice du cervelet;

4° Il ne se présente pas de désordres de la sensibilité cutanée dans l'atrophie du cervelet;

5° C'est une erreur de localiser l'appétit vénérien dans le cervelet. E. C.

XVII. DES ALTÉRATIONS DU PIGMENT CHOROÏDIEN CHEZ LES ALIÉNÉS ;
par le D^r RIVA. (*Bulletin de la Société de Médecine mentale
de Belgique*. Année 1880, 1^{er} fascicule, p. 91-92.)

Dans les maladies mentales, et de préférence dans les formes intermittentes, paroxysmatiques, quand bien même elles dépendent de la cachexie pellagreuse, l'aspect du fond de l'œil présente certains caractères spéciaux consistant en une dépigmentation de la choroïde et de l'épithélium pigmenté de la rétine, ainsi qu'en une décoloration et un état trouble de la rétine.

E. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCOLOGIQUE

Séance du 12 décembre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELASIAUVE.

M. DALY offre à la Société un travail sur *l'ethnologie considérée au point de vue sociologique*.

Suite de la discussion sur les aliénés criminels. — M. FALRET n'avait pas l'intention de revenir sur cette question, qu'il a déjà traitée en 1869. Cependant comme elle vient d'être remise sur le tapis par M. Motet, il ne croit pas inutile de rappeler les arguments qui aujourd'hui, aussi bien qu'en 1839, s'opposent à la création d'un asile d'Etat. La question, dit l'orateur, n'a pas avancé d'un seul pas. Partisans et adversaires font valoir les mêmes arguments. Néanmoins comme elle est actuellement à l'ordre du jour des pouvoirs publics, au point de vue de l'étude et non pas, je l'espère, au point de vue de la réalisation, je crois qu'il est bon de la développer devant la Société, qui pourra se prononcer ensuite avec connaissance de cause. Je ne reviendrai pas sur l'historique de la proposition que nous a faite M. Motet, à la suite de son voyage à Londres. Je

rappellerai seulement que l'idée de traiter dans les asiles spéciaux, régis par des lois spéciales, des aliénés dits criminels, a germé pour la première fois en Angleterre en 1801, à la suite d'une tentative d'assassinat, commise sur le roi par un aliéné; elle a donné lieu à la construction, en Irlande, de Broadmoore, que vous connaissez. Les difficultés pratiques, rencontrées dans l'exécution de cette nouvelle organisation, ont motivé un grand nombre de lois très complexes sur lesquelles il serait trop long d'insister. Quand cette même question a été soulevée en France, la plupart de nos confrères, je dois le dire, se sont prononcés en faveur de l'asile spécial; je me suis donc trouvé dans une situation très difficile, car je suis encore presque seul à lutter contre cette création. Mais quelle que soit l'autorité de mes adversaires, je suis loin d'être convaincu par les raisons qu'ils mettent en avant. Elles se divisent en trois groupes qu'on peut ainsi résumer : motif de sécurité, motif moral et motif législatif.

C'est le premier qui frappe le plus; tout le monde, en effet, se montre très effrayé des actes violents auxquels se livrent les aliénés, et il vient naturellement à l'esprit de chercher à préserver la société par une loi spéciale, de plus en plus nécessaire. Les tendances actuelles, par l'extrême liberté qu'elles laissent aux malades dans les asiles, enlèvent toutes les garanties de sécurité. Ce motif paraît d'abord puissant; mais quand on y regarde de près, on s'aperçoit qu'il n'est d'aucune valeur dans l'argumentation, car les aliénés dangereux, auxquels ils pourraient s'appliquer, ne sont pas des aliénés criminels, et ne seront nullement atteints par la loi qui placerait ceux-ci dans l'asile dont nous nous occupons.

Le motif moral ne doit pas nous arrêter davantage. Il est pénible, nous dit-on, de voir mélanger à des malades calmes des aliénés condamnés pour des actes infamants ou violents. La grande notoriété de certains crimes rend impossible à cacher aux familles cette promiscuité.

Je comprends à la rigueur cet argument, qui peut s'appliquer à quelques cas très rares. Pour ceux-là, je crois que Gaillon suffirait largement. D'ailleurs, nous avons dans nos asiles des malades turbulents, bien plus ennuyeux pour les autres, que ne le sont les criminels, passant le plus souvent inaperçus; leurs compagnons les supportent très bien.

D'après ceux qui invoquent le motif social, les malades condamnés par les tribunaux devraient être soumis comme tels à une certaine législation, différant de celle qui régit les aliénés ordinaires. Le médecin seul ne devrait pas être responsable de leur sortie dont les conséquences peuvent être fort graves, et partant de ce principe on en arrive à proposer la séquestration perpétuelle de tout aliéné homicide.

Il y a là, en effet, une difficulté énorme au point de vue de la pra-

tique, et tous les médecins aliénistes se sont trouvés souvent en présence de cas très embarrassants; mais la loi spéciale, à laquelle on voudrait soumettre les malades dont je parle, ne résoudrait aucunement cette difficulté. En fin de compte, ce sera toujours le médecin qui sera appelé à décider si tel aliéné peut sans danger être rappelé à la liberté. — Si vous craignez que des aliénés criminels et dangereux ne parviennent à s'échapper des asiles, faites dans chaque établissement ce qu'on a fait à Broadmoore: augmentez dans un quartier le nombre des gardiens et vous vous trouverez dans les mêmes conditions, puisque M. Motet nous a dit que cet asile d'Etat était tout à fait semblable aux autres asiles. Parchappe, du reste, n'a-t-il pas demandé depuis longtemps qu'on organisât un service spécial pour les mélancoliques à idées de suicide et les malades violents?

En agissant ainsi, nous éviterons de traiter en criminels dangereux des malades absolument inoffensifs, comme il y en a tant à Broadmoore. Autrement nous ferons un pas en arrière, nous ramenant vers l'époque où les aliénés étaient considérés comme des prisonniers.

M. LUNIER, qui ne partage pas la manière de voir de M. Motet, voudrait qu'on soumit ces malades à une législation spéciale et qu'on installât une commission qui en ferait le classement.

M. MOTET se défend d'avoir considéré Broadmoore absolument comme un asile ordinaire. Broadmoore ne relève que de l'Etat, qui l'entretient; c'est le ministre et non plus le préfet qui signe l'entrée ou la sortie des individus qui y sont séquestrés suivant le bon plaisir de Sa Majesté, pour employer l'expression consacrée. M. B.

Séance du 26 décembre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. LUYB.

M. MOTET raconte l'histoire d'un malade mort d'*étranglement interne* dans le service de M. Dagonet, et que le directeur de Sainte-Anne, sur la simple dénonciation d'un délirant persécuté, soupçonnait d'avoir été *étranglé... par un interne*. Cette idée plaisante provoqua une enquête. On devine quel en fut le résultat, mais on s'étonnera sans doute d'apprendre qu'elle fut commencée à l'insu de M. Dagonet, et que le parquet était déjà saisi alors qu'on cachait soigneusement l'affaire au chef de service.

M. DALLY s'élève avec indignation contre de semblables procédés et tous les membres, s'associant à cette protestation, décident de l'insérer au procès-verbal. Un extrait en sera remis officiellement à M. Dagonet comme un témoignage de sympathique considération.

La Société passe ensuite au renouvellement de son bureau, qui est ainsi composé pour 1882 :

M. DALLY, vice-président, devient *président* de droit.

Sont nommés : MM. MOTET, *vice-président* ; — RITTI, *secrétaire général* ; — CHARPENTIER et GARNIER, *secrétaires annuels* ; — VOISIN, *trésorier*.

Comité de publication. — MM. J. FALRET, DAGONET, DUMESNIL.

Membres adjoints au bureau pour le conseil de famille. — MM. LEGRAND DU SAULLE et LUYSS.

Commission du prix Aubanel. — MM. DAGONET, FALRET, LEGRAND DU SAULLE, MESNET, CHARPENTIER.

Commission du prix Esquirol. — MM. BAILLARGER, MÉTIVIER, LUNIER, BLANCHE et GARNIER.

M. LUNIER lit une note de M. Baillarger, sur une lésion de la paralysie générale, que l'auteur a rencontrée quatre fois. Quand dans ces cas on essaie d'enlever les méninges, elles entraînent toute la substance grise qui est sous jacente aux points altérés et amènent ainsi une véritable décortication de la substance blanche¹.

M. DALLY fait ensuite une communication sur les contractures qu'il divise en trois espèces, suivant qu'elles dépendent des muscles, de la moelle ou du cerveau. Il s'étend plus longuement sur les dernières et les désigne du nom de contracture par appréhension. Elles surviennent chez les jeunes sujets dont on a remué un peu violemment les articulations douloureuses, pour en explorer l'état. Il rapporte l'observation d'une malade non hystérique offrant une contracture de la jambe et qui refuse depuis de laisser examiner son membre. M. Dally a employé ce qu'il appelle le traitement moral. Il a engagé la malade à tenter de faire elle-même de petits mouvements. Ce traitement semble vouloir donner de bons résultats.

M. CHARPENTIER demande comment se comportent les muscles pendant le sommeil en général et la chloroformisation en particulier.

M. DALLY. — La jeune fille a été endormie une fois il y a fort longtemps par un de nos confrères, mais il s'est produit de tels accidents, que la famille n'a pas voulu consentir à une nouvelle épreuve.

M. CHARPENTIER rappelle que chez certains hémiplégiques l'appréhension de voir examiner leurs membres augmente la contracture.

M. B.

¹ Voir plus haut, p. 336.

Séance du 30 janvier 1882. — PRÉSIDENTE DE M. DALLY.

M. LUYs, après avoir retracé en quelques mots les principaux travaux soulevés au sein de la Société dans le courant de 1881, cède le fauteuil à M. Dally qui exprime à son tour, en paroles éloquentes, le légitime orgueil qu'il éprouve d'être appelé à la présidence.

M. MOTET remercie ensuite la Société des appuis bienveillants et sympathiques que chacun de ses membres n'a cessé de lui prodiguer pendant qu'il remplissait les fonctions de secrétaire général; il fait ensuite part de la mort du regretté Brierre de Boismont et donne lecture du discours prononcé sur la tombe.

M. RITI, avant de procéder au dépouillement de la correspondance, prononce également quelques paroles de remerciement à la Société qui l'a nommé secrétaire général.

La correspondance comprend les différents mémoires déposés pour le prix Aubanel et pour le prix Esquirol.

Sept concurrents se sont présentés pour le premier de ces prix, et ont envoyé les mémoires suivants :

AZAM : Des troubles intellectuels consécutifs aux traumatismes du crâne. — VERKAMF : D'une forme non décrite d'hallucinations panoramiques. — DEBACKER : Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants. — RÉGIS : Etiologie de quelques formes de paralysie générale. — BERGERON : Folie de la puberté. — BRIAND : Du délire aigu et de quelques altérations du sang dans le délire aigu. — PLI CACHETÉ : De l'hérédité dans le crime.

Deux mémoires ont été déposés pour le prix Esquirol :

1° De l'évolution du délire dans les vésanies. — 2° Des congestions dans la paralysie générale.

M. LEGRAND DU SAULLE donne lecture du rapport à la commission des finances; il fait appel aux membres de la Société qui ne sont pas encore inscrits sur la liste de souscription dressée pour élever une statue à Pinel. Il annonce en terminant que, grâce à son initiative, la famille de Belhomme vient de verser entre ses mains une somme d'argent destinée à fonder un prix qui portera le nom de prix Belhomme.

M. FOVILLE communique à la Société quelques considérations médico-légales sur la responsabilité des faibles d'esprit. M. B.

Séance du 27 février 1882. — PRÉSIDENTE DE M. DALLY.

Prix Belhomme. — La somme d'argent que la famille Belhomme se dispose à verser à la Société, pour la fondation d'un prix, est acceptée. Ce prix, d'une valeur de 900 francs, sera triennal et portera le nom de *Prix Belhomme*. Il sera décerné pour la première fois en avril 1885 à l'auteur du meilleur travail sur l'Idiotie. Les conditions du concours seront fixées ultérieurement.

Hydrocéphalie. — M. Christian présente les pièces anatomiques d'un hydrocéphale dont l'histoire peut être ainsi résumée : Cet homme mort à quarante ans a eu une enfance très tourmentée et ne paraissait pas devoir vivre longtemps. Il se fit cependant remarquer de bonne heure par un goût spécial pour la musique et une aptitude particulière à apprendre les langues étrangères. Son caractère a toujours été un peu difficile, mais ce n'est qu'à l'âge de trente-neuf ans qu'il a donné des signes bien manifestes d'aliénation mentale : il devint vers cette époque triste, maussade, emporté, violent, et présenta même des impulsions à l'homicide et au suicide. Dans les derniers mois de sa vie il eut, en outre, des attaques épileptiformes auxquelles il finit par succomber.

L'encéphale pèse 1400 grammes et les ventricules contenaient au moment de l'autopsie 1100 grammes de liquide. La substance grise est amincie; tout le cerveau s'est étalé sous l'influence de la pression du liquide ventriculaire, de sorte qu'il semble avoir gagné en étendue ce qu'il perdait en épaisseur. Le crâne est complètement ossifié; il est symétrique; son diamètre antéro-postérieur offre une longueur de 24 centimètres; la circonférence est de 70 centimètres.

M. CHARPENTIER demande si les ventricules communiquaient avec une cavité arachnoïdienne par la fente cérébrale. Si la communication existait, on ne voit guère comment le liquide comprimant le cerveau à la fois en dehors et en dedans aurait pu en accroître le développement; il devait au contraire en diminuer le volume.

M. CHRISTIAN n'a pu vérifier ce point de doctrine.

M. FALRET. J'ai observé autrefois, dit-il, ce malade qui m'a vivement intéressé : c'était un véritable aliéné à forme mélancolique avec impulsions dangereuses; il a de tout temps appartenu à cette catégorie de faibles d'esprit qui présentent quelques facultés particulières très développées peuvent en imposer tout d'abord et passer aux yeux du monde pour avoir une certaine intelligence, mais ne sont en réalité que des imbéciles.

M. LUNIER connaît quelques idiots qui passent pour être d'excellents musiciens.

Présentation de malade. — M. RÉGIS lit une note relative à un malade présenté déjà par M. Ball à l'Académie de médecine. Le sujet de l'observation est un jeune homme de dix-huit ans qui présente des hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une otite moyenne. L'otite serait elle-même la conséquence d'un soufflet. Il résulte de cette note deux points saillants : d'abord l'hallucination se rattache à l'otite et en second lieu le malade ne serait pas aliéné.

M. BLANCHE demande si M. Ball n'a pas dit à l'Académie que le malade avait des tendances et même des impulsions au suicide. Ce serait alors un aliéné ordinaire.

M. BALL. C'est vrai, mais je ne le considère cependant pas comme aliéné.

M. BLANCHE. Si je me suis permis de vous faire cette petite observation, c'est que vous avez aussi parlé de violences qui semblaient constituer de véritables actes délirants, et de plus que vous avez fait séquestrer le malade.

M. BALL. Il a en effet commis quelques actes qu'à la rigueur on peut qualifier de délirants; j'ajouterai même qu'il a, à différentes reprises, manifesté l'intention de se tuer; mais je ne crois pas qu'il y ait dans ces faits des éléments suffisants pour constituer un véritable délire.

M. BLANCHE. Ne pensez-vous pas alors que ces impulsions au suicide étaient déterminées par une certaine croyance en ses hallucinations? Enfin il était par moments très violent et a menacé dans la rue des personnes dont il se croyait insulté.

M. BALL. Je ne le crois pas. Ses violences reconnaissent pour causes des choses futiles. Cet enfant a quitté l'école, débile, triste, lypémanique, irritable, et depuis une fièvre typhoïde n'a jamais été ce qu'il paraissait être auparavant. Ces faits justifient parfaitement sa séquestration à l'asile.

M. LUNIER. Il ne me semble pas absolument démontré que cet individu soit aliéné; il offre des anomalies dans les actes et il lui suffit d'avoir des impulsions pour entrer dans la catégorie de ceux qu'on séquestre, parce qu'ils ne peuvent se soustraire à leur premier mouvement. Il y a en somme de fortes réserves à faire sur ce point. De plus, je considère les autres phénomènes présentés par le malade comme des illusions et non pas des hallucinations. L'hallucination a en effet son siège dans le centre même, l'illusion au contraire dans l'organe du sens ou l'appareil de transmission. L'otite ne peut donc déterminer que des illusions.

M. BALL place définitivement son malade dans la catégorie des incorrects. S'il offre, dit-il, des troubles intellectuels, c'est dans l'ordre de la volonté et non pas de la pensée qu'il faut les chercher; de plus, le véritable intérêt de l'observation porte sur la dis-

inction entre une hallucination et une illusion. Peut-être un jour toutes les hallucinations ne seront-elles que des illusions.

M. BOURDIN, qui tient aussi pour les illusions, se demande s'il n'y aurait pas, par hasard, une simple coïncidence entre l'otite et les troubles intellectuels présentés par le sujet.

M. RÉGIS répond que le phénomène, illusion ou hallucination, tend à disparaître sous l'influence du traitement local.

MARCEL BRIAND.

BIBLIOGRAPHIE

XII. *Recherches sur la localisation des fonctions dans le cerveau de l'homme*; par SIGISMOND EXNER. Vienne, 1881.

Cet ouvrage est certainement le plus considérable de tous ceux qui ont été consacrés à une étude d'ensemble des localisations cérébrales chez l'homme. Mais il ne faut pas s'attendre à y rencontrer de nouveaux faits cliniques ou expérimentaux, attendu que l'œuvre entière ne renferme que des observations déjà publiées; et encore l'auteur s'est-il arrêté dans ce travail de compilation, à l'année 1880, c'est-à-dire à une époque depuis laquelle une trentaine de cas importants sont venus s'ajouter aux autres. Il n'est pas non plus à dire pour cela que l'étude de M. Exner soit dépourvue d'originalité, tant s'en faut. D'ailleurs cette seule qualité pouvait justifier une tentative dans laquelle il s'agissait de tirer un nouveau parti d'une matière déjà fructueusement exploitée.

Il faut convenir que certains *localisateurs*, impatients de fixer avec la rigueur mathématique la topographie fonctionnelle de l'écorce cérébrale, ont péché par excès de précision, au risque de discrediter la cause qu'ils voulaient servir. M. Exner a su éviter cette tendance. Frappé du défaut de coïncidences des lésions dans un certain nombre de cas, où les relations cliniques présentaient une analogie étroite, sinon une identité parfaite, il s'est borné à confronter tous les faits mis en circulation depuis l'origine de la doctrine localisatrice : on conçoit que la totalité des observations employées à une pareille enquête fournisse des conclusions plus

légitimes que celles qui ont été formulées sur l'examen d'une quantité relativement restreinte de cas.

D'un autre côté, il n'était pas possible de chercher à utiliser dans la même mesure les milliers de faits accumulés depuis tantôt un siècle dans les recueils médicaux. L'auteur n'a conservé de cet immense dépouillement d'observations que celles qui concernaient des *lésions corticales*; et, qui plus est, parmi celles-là, il en a élagué encore un grand nombre, pour la raison que l'indication du siège des altérations à la surface des plis cérébraux ne présentait pas la précision nécessaire.

Après avoir ainsi réduit le nombre des cas de localisations publiés jusqu'à janvier 1880 au chiffre de 167, M. Exner s'est livré à un véritable jeu de patience, consistant à figurer sur des schémas de l'écorce cérébrale les lésions mentionnées dans ces 167 observations en les superposant les unes aux autres. Or, de ce travail de synthèse qui semblait devoir aboutir à la conclusion que l'aire motrice est plus étendue qu'aucun auteur ne l'a dit, il est résulté ceci : c'est qu'il existe en effet une très vaste région de la face externe et de la face interne du cerveau, dont l'altération *peut* produire des troubles de la motilité; mais aussi qu'il existe certaines circonvolutions ou certaines portions bien circonscrites de la même région, dont l'altération entraîne non pas éventuellement, mais fatalement, des phénomènes de spasme ou de paralysie.

Il va sans dire que, parmi les 167 cas utilisés par M. Exner, un bon nombre est relatif à des *lésions sans symptômes*. Ceux-là, qu'il appelle cas négatifs, ont d'abord été employés tous seuls à la délimitation de l'aire corticale, dont les modifications ne produisent pas de troubles moteurs; mais ils ont du même coup servi à circonscrire l'aire motrice, car sur les schémas où les lésions sont représentées par une série de teintes superposées ou juxtaposées, le champ moteur reste nécessairement incolore. En apportant le plus grand soin à la collation et à la figuration de ces cas négatifs, l'auteur a donc été fort bien inspiré. De là résulte encore une notion fort curieuse, à savoir que la région corticale, dont les lésions ne produisent pas de troubles de la motilité, et que l'on peut appeler région *latente*, est beaucoup plus étendue dans l'hémisphère droit que dans l'hémisphère gauche; ou, en intervertissant les termes, que les centres moteurs dans l'hémisphère gauche, ont une importance quantitative supérieure à celle des centres homologues dans l'hémisphère droit. Si l'on rapproche ce fait de la localisation du langage dans le lobe frontal gauche, on est en droit d'admettre, d'une façon générale, la prééminence de cette moitié du cerveau sur celle du côté opposé, du moins chez l'homme, l'*homo sapiens* de Cuvier.

Entrant ensuite dans le détail, M. Exner démontre que les circonvolutions peuvent être réparties physiologiquement en trois

catégories, ou anatomiquement en trois régions qu'il appelle : région *latente*, région *relative* et région *absolue*. La région latente est celle dont les altérations pathologiques ne donnent *jamais* lieu à des symptômes paralytiques. La région relative est celle dont la destruction totale ou partielle entraîne *quelquefois* des troubles moteurs. Enfin la région absolue est celle dont les localisations morbides produisent toujours et fatalement ces troubles. A première vue, il peut paraître singulier qu'un territoire cortical soit, suivant les cas, psycho-moteur ou indifférent. En d'autres termes, on peut s'étonner qu'il existe une région *relative*. On comprend néanmoins qu'il en soit ainsi quand on réfléchit qu'une altération pathologique, si limitée qu'elle soit, détruit en même temps des portions motrices de l'écorce et des portions non motrices. Or, dans les régions cérébrales où siègent les centres de mouvement, la destruction du tissu cortical empiète le plus souvent sur des parties dépourvues de propriétés motrices, de telle sorte qu'il est fort difficile de déterminer, à l'aide d'un petit nombre de cas seulement, quelles parties sont dévolues aux mouvements volontaires et quelles parties ne le sont pas. Mais en superposant une grande quantité de lésions analogues, on arrive à circonscrire un département de substance grise dont la lésion ne manque jamais dans tel ou tel cas de paralysie localisée. Ce département relativement restreint représente le champ *absolu* d'un centre moteur ; le reste représente le champ *relatif*. Il peut se faire que, chez un sujet, le champ relatif soit seul intéressé, le champ absolu restant indemne, et que cependant une perversion de la motilité en soit la conséquence. Chez un autre sujet, le même champ relatif peut présenter les mêmes altérations et les fonctions motrices auront conservé intactes leurs attributions physiologiques. La conclusion qui découle nécessairement de la comparaison de ces faits, en apparence contradictoires, est la suivante : la forme et les dimensions du champ relatif varient suivant les individus. Autant le champ absolu est fixe dans sa situation et dans ses propriétés fonctionnelles, autant le champ relatif de chaque localisation est changeant dans son étendue et dans ses rapports anatomiques. Il va sans dire que le champ relatif lui-même ne dépasse jamais certaines limites.

On doit savoir gré à M. Exner d'avoir insisté sur les champs *relatifs* des centres moteurs, qui permettent de comprendre quelques divergences d'opinion relatives à la détermination exacte de certaines localisations.

Les champs *absolus*, au dire de M. Exner, sont très rapprochés les uns des autres, mais ils ne se confondent pas. Ils ne correspondent pas non plus d'une façon rigoureusement exacte aux territoires qui ont été délimités par MM. Charcot et Pilres : ainsi ces auteurs placent le centre cortical des muscles de la langue dans la partie la plus inférieure et la plus postérieure du *gyrus frontalis* in-

férieur et le font empiéter sur la partie inférieure du *gyrus central* antérieur (circonvolution frontale ascendante). M. Exner localise ce centre un peu plus haut.

De même, pour MM. Charcot et Pitres, les muscles du visage ont leurs centres dans les extrémités inférieures des deux circonvolutions rolandiques, tandis que toute la portion supérieure de ces circonvolutions, avec le lobule paracentral, est affectée aux deux membres; quant au tiers moyen des circonvolutions rolandiques, il appartiendrait exclusivement au membre supérieur et même seulement à l'avant-bras et à la main. Exner, à l'encontre de cette opinion, signale douze observations de paralysie des membres sans lésions du lobule paracentral ou des parties les plus élevées des circonvolutions rolandiques.

Enfin, contrairement à l'opinion la plus généralement admise, Exner prétend que la partie la plus élevée des circonvolutions centrales renferme le champ *absolu* du membre supérieur et non pas celui du membre inférieur, etc...

On pourrait, à notre avis, adresser un reproche à M. Exner. Pour établir toutes ces localisations, d'après les cas si nombreux qu'il a analysés, il s'est servi des schémas de Ecker. Ces schémas sont sans doute très suffisants pour représenter une localisation, dans sa forme générale et ses dimensions approximatives, mais pour limiter les champs *relatifs*, ces figures sont par trop propices. Le mieux eût été de prendre avec grand soin l'empreinte de chaque hémisphère et d'y reproduire fidèlement le caractère topographique de la lésion.

On conçoit qu'un travail si consciencieux ait permis à l'auteur de se faire une opinion et de la proclamer : « Je ne croirai, dit M. Exner, à l'uniformité fonctionnelle de toutes les circonvolutions que lorsque une collection de faits analogues à celle-ci, aura démontré que le *champ absolu du membre supérieur siège à la face inférieure du lobe sphénoïdal, celui de l'hypoglosse dans le lobe occipital et celui de l'œil dans le lobe frontal.* » E. B.

XIII. *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*; par P. RICHET. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. 1 vol. in-8°. 1881.

Certainement depuis Carswell jamais médecin n'a mis au service de la science plus habile crayon que M. P. Richet. On n'estimera pas moins que les planches à l'eau-forte, gravées par lui-même, les croquis qu'il a si libéralement répandus dans le texte et qui traduisent, avec une exactitude à laquelle une description écrite ne saurait que difficilement prétendre, les divers et fugaces épisodes de l'hystéro-épilepsie.

La première partie de cet ouvrage traite de la grande attaque

hystérique complète et régulière. L'auteur étudie d'abord en détail l'ovarie, les zones hystéro-épileptogènes, les hallucinations, les divers prodromes.

Le myographe lui a permis de faire des deux premières périodes *épileptoïde* et de *clownisme*, là où tout paraît désordonné, une description très précise dans les moindres détails, de les différencier exactement. Le retour incomplet de la sensibilité sensorielle, la variété du délire distinguent de la troisième période (*des poses plastiques*), la quatrième (*de délire*), tandis que les hallucinations, les soubresauts, les contractures rapprochent celle-ci de la première, fait important. — La température constamment normale, la reprise rapide de la conscience, la fatigue légère qui suit l'attaque aussi bien que les états de mal hystéro-épileptiques les plus prolongés ne permettent la confusion ni avec l'accès, ni avec l'état de mal épileptiques.

Ces descriptions parfaitement exactes, quant aux malades de la Salpêtrière peuvent-elles s'appliquer à celles qu'on observe en dehors? M. Richer, qui ne nie pas l'influence de l'imitation sur le mal hystérique et la démontre même, répond à cette objection souvent faite par des observations d'attaque hystéro-épileptique prises, la première sur une malade même du service de M. Charcot avant son entrée, les autres sur des malades de la clientèle civile à Paris et ailleurs, enfin par des observations puisées dans les annales de la science, auxquelles s'applique nettement la division en périodes établies par le professeur de la Salpêtrière. M. Richer a pu en outre, dans ce long dépouillement, relever bien des erreurs de diagnostic et rapporter à l'hystérie des faits attribués à l'épilepsie. Il faut d'ailleurs rapprocher la grande attaque de l'attaque d'hystérie vulgaire. Elle n'est que le degré le plus intense de l'hystérie et son étude approfondie jette un jour singulier sur toute la symptomatologie de la névrose.

En abordant, dans la deuxième partie, la description des principales variétés de la grande attaque hystérique, variétés dépendant soit de l'extension, de la prédominance d'une période, soit de l'immixtion d'éléments étrangers de somnambulisme, de catalepsie, de léthargie, M. Richer déclare que c'est là la partie la plus intéressante de sa tâche, la plus pratique et la plus propre à éclairer certaines parties obscures de l'histoire. Sur ce dernier point l'espoir du lecteur sera quelque peu déçu, ici comme dans l'appendice. Qu'est devenu le projet d'un chapitre dont le titre avait paru fort original : « *De l'hystérie dans l'art ?* »

Dans la question difficile de la catalepsie, de la léthargie et du somnambulisme hystériques provoqués, rien n'a été négligé pour emporter la conviction du lecteur, pour le conduire sur un terrain solide. Les faits les plus simples, les plus grossiers, les signes dia-

gnostiques physiques, et facilement appréciables des divers états nerveux, ont été recherchées à la Salpêtrière. A l'appareil des magnétiseurs, on substitue la lumière Drummond, le bruit du gong, les vibrations du diapason, etc... L'hyperexcitabilité neuro-musculaire caractérise, sans fraude possible, la léthargie hystérique provoquée, la distingue de la catalepsie, du somnambulisme hystérique. Ce dernier est une léthargie dans laquelle fait défaut l'hyperexcitabilité. Ces deux états si divers, léthargie et catalepsie, peuvent d'ailleurs coexister chez le même sujet, comme l'a montré M. Descourtis le premier. Ce nom a été oublié par l'auteur si empressé à rendre à chacun justice.

La troisième partie a rapport à des faits trop souvent exposés et discutés en ces derniers temps pour y insister. Il s'agit de l'anesthésie hystérique et des agents œsthésiogènes, de la paralysie et de la contracture hystériques.

Le phénomène du transfert pour l'anesthésie, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, pour la catalepsie mettront le médecin à l'abri de la simulation. L'action d'arrêt de la compression de l'ovaire, des interventions électriques, de l'excitation des zones hystéro-épileptogènes, jointe aux signes déjà indiqués, distinguera l'hystéro-épilepsie de l'épilepsie. La quatrième et dernière partie se termine par un exposé des divers traitements proposés. L'internement loin du milieu habituel et l'hydrothérapie méthodique combinés, l'électricité statique sont les seuls dont l'expérience ait sanctionné la valeur.

D. BERNARD.

XIV. *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie*; par Georges COULBAULT. Thèse de Paris, 1884.

Y a-t-il une relation de cause à effet entre les lésions de la corne d'Ammon et l'épilepsie? Tel est le problème que se proposait de résoudre l'auteur de ce travail, écrit sous l'inspiration éclairée de M. Bourneville. A notre sens, deux sortes de facteurs peuvent conduire à la solution d'une aussi importante question. En premier lieu, l'étude clinique des malades apporte par les constatations anatomo-pathologiques un ensemble de probabilités en faveur ou non d'une corrélation entre les phénomènes cliniques et les lésions. Il s'agissait, en second lieu, de dégager la notion de causalité qui comporte un triple examen, savoir: 1° l'altération a-t-elle précédé ou du moins accompagné l'explosion des manifestations convulsives? 2° par quel mécanisme doit-elle être considérée comme génératrice des phénomènes? 3° le même complexe symptomatique ou une fraction de celui-ci peut-il être produit par l'expérimentation?

Tel est d'ailleurs le plan suivi par M. Coulbault. Après avoir brièvement, mais d'une façon suffisante, résumé l'historique et l'état

de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie de la corne d'Ammon, il groupe par l'exposé concis de quatre-vingt-treize observations les matériaux pathologiques. Nous y comptons quatre-vingt-sept faits tirés des auteurs et six appartenant à M. Bourneville. Un semblable nombre, évidemment faible, si on le compare à l'immense quantité des épileptiques quelconques, suffit déjà à affirmer qu'il ne s'agit point là d'une coïncidence fortuite; d'autant, comme le fait remarquer l'auteur, que tous les épileptiques autopsiés en dehors de ceux-ci n'ont pas été examinés à ce point de vue, et que beaucoup d'entre ceux qui ont été considérés comme ayant leurs cornes d'Ammon saines en eussent peut-être présenté des dégénérescences si l'examen microscopique avait été pratiqué. En réalité, les recherches dirigées sur l'organe qui nous occupe ont déjà fourni quatre-vingt-treize résultats consistant, le plus habituellement, en l'induration scléreuse du tissu. On n'en possède actuellement que trois analyses histologiques qui semblent établir que le processus dans son intimité doit être considéré comme une hyperplasie conjonctive aboutissant à la destruction granulo-graisseuse des vaisseaux et des cellules pyramidales. (MM. Bouchard et Sommer.)

La corrélation clinique avec localisation spéciale une fois établie, l'auteur se demande si l'épilepsie a été dans l'espèce la conséquence de la maladie de l'hippocampe. La multiplicité des cas collationnés, le fait qu'on avait généralement affaire à de l'épilepsie acquise, l'intensité et l'âge des lésions rapprochés de l'époque du début des symptômes, la haute valeur de l'opinion de M. Charcot en pareille matière, tranchent pour lui en faveur de cet avis. Quant au mécanisme, bien que chez ces malades on ait noté des troubles de la sensibilité générale confirmant les résultats expérimentaux de Ferrier, quoique Sommer, en Allemagne, admette un rayonnement de l'excitation de la corne sur le centre épileptogène vasomoteur, M. Coulbault incline à penser que toute décision concernant la pathogénie doit être réservée.

En somme, c'est la un mémoire consciencieux qui délimite par la condensation de tous les éléments d'une question, l'aire du terrain gagné sans négliger de mettre en évidence les points obscurs que les cliniciens de l'avenir auront à cœur d'éclaircir. P. K.

XV. *Des hallucinations et des terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents*; par F. DEBACKER. Thèse de Paris, 1881.

L'auteur divise les hallucinations et les terreurs nocturnes en deux groupes distincts : les unes sont d'origine cérébrale, les autres ont leur source ailleurs. Ces dernières sont le plus souvent produites par des indigestions gastro-intestinales, déterminées par une dentition difficile et laborieuse, des vers intestinaux, la constipa-

tion, la diarrhée, etc. Les autres dépendent quelquefois des maladies guéries qui ont laissé dans les fonctions cérébrales un trouble plus ou moins durable ; on les rencontre dans la convalescence de la fièvre typhoïde, de la pneumonie ; on peut les rencontrer encore chez les individus surmenés, où elles constituent une sorte de délire d'inanition. D'autres fois, elles sont les symptômes de maladies cérébrales actuelles, comme dans l'idiotie, etc. ; elles sont alors permanentes. D'autres fois, enfin, elles sont les prodromes d'affections cérébrales à venir ; c'est alors qu'on doit tenir compte de l'hérédité : elles peuvent précéder la méningite tuberculeuse, l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie. Plus rarement elles ont pour cause des intoxications (belladone, opium, sulfate de quinine). CH. F.

XVI. *De la pseudo-paralysie générale alcoolique*; par A. LACAILLE.
Thèse de Paris, 1881.

Contrairement à ce qu'on a cru, l'auteur pense que l'alcoolisme, non seulement n'est pas la cause la plus fréquente de la paralysie générale, mais même qu'il paraît incapable de l'engendrer de toutes pièces. L'erreur des anciens auteurs tient à quatre causes : 1° beaucoup de paralytiques généraux étaient considérés comme alcooliques alors qu'ils ne l'étaient pas en réalité ; 2° d'autres, considérés comme paralytiques par alcoolisme, n'avaient commis d'excès que depuis le début de la maladie, qui était en somme la cause de l'alcoolisme ; 3° certains cas d'alcoolisme chronique, ressemblant plus ou moins à la paralysie générale ont été confondus avec cette maladie, jusqu'à Magnus Huss, Lasègue, J. Falret ; 4° enfin certains cas, considérés aujourd'hui comme constituant la véritable paralysie générale alcoolique, ne sont pas à proprement parler de véritables cas de paralysie générale, et ils diffèrent des autres cas par leur mode de début, leur symptomatologie, leur marche et leur pronostic. Dans la pseudo-paralysie des alcooliques, il n'est pas rare de voir les symptômes propres à l'affection paralytique succéder à des attaques épileptiformes répétées, ou encore à un accès d'alcoolisme subaigu. Cette pseudo-paralysie se caractérise en outre : 1° par des symptômes qui lui sont propres, (embonpoint, coloration rouge de la face, troubles gastriques divers, troubles visuels, attaques épileptiformes ou apoplectiformes, troubles intellectuels particuliers) ; 2° par des particularités, des symptômes qui lui sont communs avec la paralysie générale. L'inégalité pupillaire, qui manque une fois sur trois dans la paralysie générale, est la règle dans la pseudo-paralysie alcoolique, et en outre, dans cette dernière affection, la pupille est presque toujours immobile et plus ou moins déformée. Les troubles de la sensibilité sont la règle dans la pseudo-paralysie, qui se distingue encore en ce que la paralysie y commence toujours par les extré-

mités, qui sont plutôt engourdies, inhabiles, qu'affaiblies, tandis que dans la paralysie générale, la paralysie est plus étendue d'emblée, et en outre est progressive. Dans la paralysie alcoolique, le tremblement est général, il est limité dans la paralysie générale et il est fibrillaire. L'embarras de la parole est le plus souvent très marqué dès le début de la pseudo-paralysie, etc. Au lieu d'être progressive, la pseudo-paralysie arrive brusquement à son apogée, elle présente en outre des rémissions tant dans son ensemble que pour plusieurs de ses symptômes en particulier; ces rémissions sont quelquefois assez longues, et assez complètes pour faire croire à une guérison. En somme, la pseudo-paralysie des alcooliques se distingue autant par sa marche que par ses symptômes; elle paraît aussi distincte, autant qu'on peut en juger, par son anatomie pathologique. Ca. F.

XVII. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie*; par Martial HUBLÉ. Thèse de Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*. 1881.

S'il est dans les sciences un terrain dont le défrichement exige une observation et une expérimentation opiniâtres autant que judicieuses, c'est à coup sûr celui de la thérapeutique. On n'en saurait aborder les problèmes si délicats sans compter sur un guide et une méthode éprouvés, surtout lorsqu'il s'agit de maladies du système nerveux. Ces conditions, M. Hublé les a réalisées grâce à l'impulsion savante de M. Bourneville. Il a eu soin d'ailleurs, limitant son champ d'inquisition, de s'adresser à quatre médicaments d'une importance capitale dans le traitement de la névrose, et l'on peut se convaincre par la lecture des nombreuses observations du mémoire que, malgré l'ancienneté de la maladie, en dépit de l'influence épileptogène du milieu, selon l'expression de M. Bourneville, les succès ont répondu à la persévérance du chercheur.

La scrutation des quarante-six faits, exposés en détail, peut seule renseigner sur la mesure et l'individualité des résultats, les conditions dans lesquelles a lieu l'intervention devant, à notre sens, toujours guider le thérapeute. Nous nous proposons donc simplement de retracer les grandes lignes de ce travail.

L'auteur le divise en quatre chapitres correspondant tout naturellement aux quatre agents considérés : bromure de camphre, de zinc, d'arsenic, de sodium. Chacun d'eux débute par l'histoire naturelle, chimique et médicale du médicament. En effet, a propos du bromure de camphre notamment, la question de légitimité de l'entité chimique se pose d'emblée. M. Hublé la tranche dans l'espèce en rappelant les travaux de Swartz de Gand, de Ed. Dubois (1874) et Clin (1875) qui ont obtenu des cristaux clinorhombiques (professeur Friedel, de l'École des mines) de la substance. La bibliographie des premières recherches instituées avec elle se résume dans les publications de M. Bourneville bientôt confirmées par Lawson.

La thèse de M. Hublé apporte neuf cas nouveaux venant en majorité à l'appui de l'action curative du camphre monobromé. L'ingestion de doses croissantes (de 0,40 à 6 grammes) et longtemps continuées fait d'abord diminuer puis disparaître les accès et vertiges; 2 grammes administrés en lavement (Observation XX), à plusieurs reprises (on a dû donner simultanément par les voies buccale et rectale, 6 grammes), guérissent l'état de mal ou les accès graves en ramenant la température de 42 à 40 puis de 40 à 38 en faisant disparaître le coma. Plusieurs exemples de guérison maintenue après cessation de l'ingestion médicamenteuse.

Le bromure de zinc, préconisé par M. Hammond, de Philadelphie, aurait l'avantage d'éviter, même employé à hautes doses, l'intoxication bromique et les éruptions cutanées. Sur les neuf observations présentées par M. Hublé concernant des quantités graduellement ascendantes de 0,20 à 4 gr. 50 par jour, nous notons quatre exemples topiques d'amélioration considérable tant pour les accès que pour les vertiges. Telle l'Observation XXIX, caractérisée par l'aggravation constante de l'épilepsie au moment où l'on commence à administrer le bromure de zinc; au bout d'une année de traitement, on note au lieu de trois cent quatre-vingt-six, cent soixante-quatre accès. — De l'influence heureuse du bromure d'arsenic, M. Hublé ne nous relate qu'un cas concluant dans lequel un double essai aux doses progressives de 0,001 à 0,01, puis de 0,002 à 0,03, déterminait chaque fois une amélioration aboutissant en dernier ressort à la disparition des accès et vertiges pendant trois mois. Le médicament semblerait convenir de préférence aux épileptiques atteints de dermatoses.

Avec le bromure de sodium, nous abordons la grave question de la sélection des agents chimiques basée sur le plus ou moins de rapports physiologiques que possède le métal avec les humeurs de l'économie, l'alcalinité du sang, par exemple, dérivant de la soude. Est-il plus actif et cependant moins dangereux que le bromure de potassium? Les indications bibliographiques émanées d'autorités telles que Rosenthal, Martin-Damourette et Pelvet, Trousseau et Pidoux, Gubler, Dumont, Huette, Bennett d'Edimbourg, W. Hammond, paraissent affirmatives. Ainsi en est-il de la pratique de M. Hublé, qui prescrit des doses croissantes (1 gr. à 10 gr.) et se garde bien, l'effet thérapeutique obtenu, de diminuer graduellement les quotités; attendant, à l'exemple de M. Legrand du Saulle, que le bien-être persiste quelques mois, il ne diminue pas la quantité mais l'administre tous les deux jours la première quinzaine et tous les jours pendant la seconde. Dès que l'épilepsie a disparu pendant dix-huit mois, le bromure de sodium est donné tous les trois jours pendant la première quinzaine, tous les jours durant la seconde, ceci pendant deux ou trois ans encore après la rétrocession totale des accès et vertiges. Suivent quinze observations dont la première

(Observation XXXII) équivaut à une guérison complète au moins pendant huit mois chez une petite enfant de trois ans, les autres témoignant, à l'exception des trois dernières, d'un effet très puissant de la médication.

En somme, sans vouloir s'engager dans des considérations de thérapeutique comparée au moins prématurées, l'auteur, tout en maintenant au bromure de potassium sa suprématie, lui reproche son inertie en certains cas, son action toxique à hautes doses. Il n'en serait pas de même pour les trois autres bromures. Le monobromure de camphre mériterait d'être choisi dans l'épilepsie vertigineuse, le délire postépileptique, et l'état de mal. Au bromure de zinc, il faudrait réserver les accidents convulsifs survivant à l'administration des bromures alcalins. Egalement inoffensif et bien toléré, le bromure d'arsenic conviendrait chez les épileptiques affectés concurremment de dermatopathies. Enfin c'est le bromure de sodium qui, se rapprochant le plus dans sa base de la constitution chimique des éléments séreux de l'organisme, semblerait devoir mériter la préférence. Et de fait, les arguments présentés nous paraissent rationnels.

P. K.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Enseignement des sourds-muets par la parole; par L. GUYOT; thèse de Paris, 1881.

De l'emploi de la Fève de Calabar dans le traitement du tétanos; par G. E. CHARIER; thèse de Paris, 1881.

De la coexistence de la méningite suppurée et de la pneumonie au troisième degré; par B. SALVY; thèse de Paris, 1881.

Essai sur l'amnésie traumatique isolée; par H. FERRÉ; thèse de Paris, 1881.

De la révulsion à la nuque dans les affections chroniques du cerveau et de ses enveloppes; par Emm. BLÉ; thèse de Paris, 1881.

Considérations cliniques sur la folie épileptique et particulièrement sur l'aura; par P. ARIS; thèse de Paris 1881.

Contribution à l'étude des modifications de la sensibilité du membre supérieur consécutives aux lésions nerveuses; par G. MIALARET; thèse de Paris, 1881.

Des lésions syphilitiques du rachis; par L. LEVOT; thèse de Paris, 1881.

Contribution à l'étude de la névrite traumatique; par J. REY-BARREAU; thèse de Paris, 1881.

Description d'un nouvel excitateur électrique; par TURCHINI (avec une planche), (in *Lo Sperimentale*, 1881, fasc. 9.)

Contribution au traitement de la gastralgie (nerveuse) par les courants constants; par Raffaele VIZIOLI, in *Il Morgagni*, 1881, fasc. 6.

De l'aphasie par P. A. CLOMBE; thèse, 1882.

Etude sur le traitement des fractures indirectes récentes du rachis; par S.-M. CARAFI, thèse, 1881.

Les Eaux de Lamalou et l'ataxie locomotrice; par A. COT.; thèse, 1882.

Etude sur les tumeurs malignes des os du crâne; par MERCIER-VALENTON; thèse, 1881.

Quelques observations de rhumatisme cérébral; par M. DEBRICON; thèse 1881.

Essai sur la diminution de l'urée dans l'atrophie musculaire progressive; conséquences qu'on peut en déduire au point de vue du siège de la formation de l'urée dans l'organisme; par H. PELLEGRIN; thèse, 1881.

FAITS DIVERS

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. PRIX. *Extrait du programme des concours.* — *Prix fondé par un anonyme.* Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. Prix : 8,000 francs. Clôture du concours : 31 décembre 1883. — Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Conditions des concours. Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Seront exclus du concours : 1° les mémoires qui ne rempliront pas les conditions précitées; 2° ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement; 3° ceux qui auront été publiés, en tout ou en partie, ou présentés à un autre corps savant; 4° ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée. L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations, les concurrents sont tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront. Les mémoires doivent être revêtus d'une épigraphe, répétée sur un pli cacheté, renfermant le nom et l'adresse des auteurs. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert en séance publique par le président, qui proclame immédiatement le lauréat. Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur, faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce délai, la récompense ne sera plus accordée. — Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois, l'auteur pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, en faire prendre copie à ses frais, en fournissant au secrétaire de la Compagnie la preuve que ce mémoire est son œuvre. L'Académie accorde gratuitement, aux auteurs des mémoires dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires de ces travaux tirés à part et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais. —

Nota. Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent prendre part au concours.

ASILE DE BRON. — *Concours pour l'internat.* A la suite de ce concours, ont été nommés : internes titulaires : MM. Foucherand, Tati, Roussel; — internes suppléants : MM. Domeck et Laurent.

PRIX HAMMOND. — Sous le titre de *Prix Hammond*, l'Association neurologique de New-York propose un prix de 2,500 fr. à décerner, au mois de juin 1882, à l'auteur du meilleur mémoire relatif aux fonctions de la couche optique chez l'homme.

Les conditions du concours sont les suivantes : 1° le concours est ouvert à toutes les nations ; 2° les mémoires doivent s'appuyer sur des observations et des expériences originales recueillies sur l'homme et sur des animaux inférieurs ; 3° les mémoires doivent être écrits en anglais, en français ou en allemand (dans ce dernier cas ils doivent être en caractère italien) ; 4° les mémoires doivent être adressés, affranchis, avant le 4^{er} février 1882, au D^r E.-C. Seguin, 41, West, rue n° 20, cité de New-York ; chaque mémoire portera une devise, qui devra être répétée dans une enveloppe cachetée contenant la carte de visite de l'auteur ; 5° le mémoire couronné sera la propriété de l'Association, qui se chargera de le publier.

NOMINATIONS. — M. FAUCHER, directeur-médecin de l'asile de Rodez, est nommé directeur-médecin de l'asile de Limoges, en remplacement de M. BONNET, admis dans le cadre de disponibilité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ALAVOINE (J.). — *Traitement et curabilité de la phthisie pulmonaire par l'électricité.* Brochure in-8° de 49 pages, Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier. Prix : 1 fr. 50.

BEARD (G.-M.). — *The case of Guileau a psychological study.* Brochure in-8° de 36 pages, New-York. (Extrait du *Journal of nervous and mental disease*, January 1882.)

— *Trance and muscle reading.* Brochure in-8° cart. de 40 pages et gravures intercalées dans le texte.

CROTHERS (T.-D.). — *The trance state inebriety its medico-legal relations.* Brochure in-8° de 39 pages, Hartford, Conn., The case Lockwoodet-Brainard company.

DURAND (M.). — *De l'écriture en miroir (étude sur l'écriture de la main gauche en ses rapports avec l'aphasie).* Brochure in-8° de 25 pages. Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier. Prix : 1 fr.

FÉRÉ (Ch.). — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales (Amblyopie croisée et hémianopsie).* Un volume in-8° de 240 pages avec 49 figures dans le texte. — Aux bureaux des *Archives de Neurologie*. Prix : 3 fr. 50. — Pournos abonnés, prix : 2 fr. 50.

TABLE DES MATIÈRES

- Esthésiogènes, par Vigouroux, 86.
 Aliénés criminels, 226.
 Amaurose consécutive aux lésions du sourcil ou de la région orbitaire, par Santos Fernandez, 98.
 Amblyopie croisée et hémianopsie d'origine cérébrale, par Ch. Féré, 338.
 Anatomie comparée du système nerveux central, 237.
 Anomalie de formation particulière du cerveau et de la moelle, 235.
 Anthrax grave (amélioration chez un paralytique général à la suite d'un), 221.
 Antonomasie, 106.
 Aphasie (contrib. à l'étude de l'), par Raymond et Dreyfous, 80.
 Apoplexie bulbaire avec paralysie croisée de la sensibilité, 229.
 Asile d'aliénés de Ceylan (cas observés à l'), par Plaxton, 223.
 Asiles d'aliénés de la Seine, 124, 268.
 Asile de Villejuif, 269; — de Sarreguemines, 108; — pour les aliénés criminels, 107; — Sainte-Anne (scandale à l'), 363.
 Asphyxie locale des extrémités, 230.
 Ataxie locomotrice (et syphilis), par Althaus, 349 — (conservation des réflexes tendineux dans l'), par Thième, 244.
 Béribéri au Brésil, par Tarissan, 245.
 Cachexie pachydermique, par Blaise, 60, 141.
 Cerveau (sur quelques points de l'anatomie et de la physiologie du), par Ranney, 344.
 Cervelet (atrophie du), 360.
 Chaire de clinique des maladies du système nerveux, 268.
 Chorée dite électrique, 243.
 Choroïdien (altérations du pigment) chez les aliénés, 361.
 Circonvolutions cérébrales (variétés des), par Giacomini, 348.
 Commotion rétinienne et commotion cérébrale, 238.
 Congrès médical de Séville, 270; — des neurologistes et des aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest, 234.
 Contractures, 364.
 Corne d'Ammon (chez l'homme et chez quelques singes), par M. Duval, 4; — (lésions de la) dans l'épilepsie, par Coulbault, 373.
 Crâne (fractures non mortelles de la base du), 99; — (trépanation du), chez un aliéné, guérison complète par Mackensie Bacon, 225.
 Délire chronique, 105.
 Délire des grandeurs (il n'est pas un signe exclusif de la paralysie générale progressive), par Lautar, 248.
 Démence aiguë chez une jeune femme, mort par phthisie pulmonaire deux ans plus tard, sans guérison de la maladie mentale, par Mackensie Bacon, 222.
 Diplopie paralytique, 231.
 Eczéma chronique guéri par les courants galvaniques, par Hammond, 93.
 Elongation des nerfs, par Witkowski, 96; — des nerfs céphaliques, 241; — du nerf sciatique pour une névralgie, par Macintosh, 93.

- Empyème (accidents réflexes à la suite de l'), 245.
- Epilepsie (lésions de la corne d'Ammon dans l'), 373; — (modification du poids du corps à la suite des accès), 236; — (accès d') pendant le sommeil chloroformique, 239; — (recherches cliniques et thérapeutiques sur l'), 376.
- Ergot de seigle (action de l') sur le système nerveux central, 242.
- Ergotisme (psychoses dans l'), par Siemens, 218.
- Galvanomètre (question du), par Remak, 92; — par Bernhardt, 93.
- Génital (inversion du sens), par Charcot et Magaan, 53.
- Gheel (lettres sur), 358.
- Hallucinations (et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents), par Debacker, 374; — (dans la paralysie générale), par Girma, 247.
- Hémianopsie d'origine cérébrale, 338.
- Hémiathétose, 230.
- Hémiplégie spasmodique infantile, 231.
- Hémorrhagies primitives, immédiates ou directes des ventricules cérébraux, par Sanders, 100.
- Hydrocéphalie, 366.
- Hyperexcitabilité neuro-musculaire, 129, 310.
- Hypnose redivivus, par Tuke, 223.
- Hypnotisme chez les hystériques (contribution à l'étude de l'), par Charcot et Richer, 129, 310.
- Hystériques (caractères, mœurs, état mental des), par Huchard, 187.
- Hystéro-épilepsie (études cliniques sur l'), par Richer, 371; — (notes pour servir à l'histoire de l'), par Féré, 160, 281.
- Insula (lésion ancienne du lobe de l'), par Bourneville et Bonnaire, 176.
- Laryngées (crises) tabétiques, par Cherclewski, 349.
- Localisation dans les fonctions du cerveau, par Seguin, 105; — par Exner, 368.
- Magnétisme animal (nouvelles expériences sur le), par Grutzner, 91.
- Maladies mentales (leçons de Guislain sur les), 110.
- Maladies mentales et nerveuses (influence de notre civilisation présente sur le développement des) par Jewell, 217.
- Manie aiguë, 242.
- Métalloscopie, métallothérapie, aësthésiogènes, par Vigouroux, 86.
- Meurtre (rapport médico-légal sur un cas de tentative de), 360.
- Microcéphale (crâne et cerveau d'une), par Jensen, 211.
- Migraine ophthalmique, par Ch. Féré, 351.
- Moelle allongée (faisceau longitudinal postérieur de la calotte dans la), par Roller, 345.
- Moelle épinière (décussation des fibres inhibitoires de la), par Ott et Smith, 345; — (lésions de l'axe gris de la), dans un cas de syphilis récente, par Jarisch, 103; — (un cas d'hémilésion de la), par Gilbert, 273. — (altération de la), dans un cas de pied bot varus équin, par Pitres, 319.
- Moteur oculaire externe (paralysie traumatique du), par Panas, 351.
- Nerf auditif (structure du), par Erlitzky, 36.
- Nerfs (élongation des), 93, 96, 241.
- Névralgie naso-orbitaire intermittente, par Seigmüller, 91.
- Névralgie iléo-lombaire symptomatique des affections des organes génitaux de la femme, 246.
- Nominations : MM. Bayle, Bergeron, Bertherand, Billod, Boudin, Bouteiller, Briand, 127; — Carlyle, 270; — Faucher, 380; — Faure, 127; — Gallopain, Girou, 270; — Hildenbrand, 270; — Legras, 127; — Laborde, Lianta, 269; — Longaud, 270; — Marchant, Pons, 127; — Schitz, 269.
- Noyau lentiforme (structure du), 346.
- Oculaires (quelques points de la pathologie des lésions de la syphilis cérébrale et spinale), par Steman Bull, 95.
- Ophthalmie sympathique, 238.
- Ophthalmique (migraine), 351.

- Optique (bandelette, chiasma), 236, 344. — (distribution du nerf dans la rétine), 344.
- Organes centraux (action de la lymphe sur les), 210.
- Paralysie agitante guérie, etc., par Mann, 95.
- Paralysie ascendante aiguë, 240.
- Paralysie diphthérique du nerf pneumogastrique, par Gulat, 246.
- Paralysie générale (Hallucinations dans la), 247; — (état mental et pupille dans la), 356; — Décortication de la substance blanche dans la), 364; — (pseudo-paralysie, d'origine saturnine), 247; — (pseudo-paralysie alcoolique), 376.
- Paramyoklonus multiple; 235.
- Patronage familial (lettres sur le), 358.
- Pédoncule cérébral (structure du pied du — et du noyau lentiforme), par Pasternatzky, 346.
- Pied bot varus équien (altération de la moelle dans un cas de), 310.
- Piscidia erythrina, par Ott, 94.
- Pneumogastrique (paralysie diphthérique du), 246.
- Pouls carotidien (étude expérimentale sur l'état du — pendant le travail intellectuel), par Gley, 246.
- Prix Belhomme, 366; — de l'Académie de médecine de Belgique, 379; — Hammond, 380.
- Procès Laros (le) au point de vue psychologique, par Mann, 220.
- Psychoses (les) dans l'ergotisme, 218.
- Pupille (fixité de la), 231; — dans la paralysie générale, 356.
- Quadrifumeaux (anatomie des tubercules — antérieurs) par Cancer, 345.
- Réflexes tendineux (étude sur les), par Prévost, 353; — (conservation des — dans l'ataxie locomotrice), 244.
- Réflexes (accidents survenant après l'opération de l'empyème), par J. Martin, 245.
- Sabbat (le), par Bourneville et Teinturier, 115, 249.
- Saturnine (pseudo-paralysie générale, d'origine), 247.
- Sens génésique (inversion du), par Charcot et Magnan, 53.
- Sclérose centrale (contribution à l'étude de la), par Eikholt, 86.
- Sciaticque (névralgie) guérie par l'élongation, 93.
- Société médico-psychologique, 105, 226, 361. — psychiatrique de la province du Rhin, 108. — de psychiatrie et des maladies nerveuses de Berlin, 529. — d'anthropologie 271.
- Syphilis (et ataxie locomotrice), 349; — (lésions de l'axe gris de la moelle épinière dans un cas de — récente), 103.
- Système nerveux central (action de l'ergot de seigle sur le), 242.
- Tabes dorsal (sur certaines phases peu connues du), par Buzzard, 103. — (crises laryngées du), 349.
- Terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents, 374.
- Tétanie, 235.
- Travail intellectuel (pouls carotidien pendant le), 246.
- Trépanation du crâne chez un aliéné, guérison complète, par Mackintosh, 225.
- Ventricules cérébraux (étude sur les hémorragies primitives, immédiates ou directes des), par E. Sanders, 100.

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

- Althaus, 349.
- Bacon (Mackensie), 222, 225.
Baillarger, 364.
Ball, 367.
Baumgartner, 239.
Becker, 238.
Berlin, 238.
Bernard (D.), 351, 353, 373.
Bernhardt, 93, 230.
Besser, 109.
Blaise, 60, 144.
Blanchard, 95.
Blanche, 367.
Blumenthal, 231.
Bonnaire, 176.
Bourdin, 106, 107, 368.
Bourneville, 115, 176.
Briand, 107, 229, 363, 364.
Brissaud, 371.
Bull (Steman), 95.
Bumm, 344.
Buzzard, 103.
- Canser, 345.
Charcot, 53, 120, 310.
Charpentier, 107, 357, 358, 359, 360,
361, 364, 366.
Cherchewsky, 349.
Christian, 125, 226, 227, 228, 366.
Coulbault, 371.
- Dally, 229, 361, 363, 364.
Debacker, 374.
Delasiauve, 106.
Dreyfous, 80.
Duval, 1.
- Eickholt, 86.
- Erlitzky, 36.
Exner, 368.
- Falret, 106, 229, 361, 366.
Féré (Ch.), 103, 104, 160, 244, 245,
246, 247, 248, 281, 337, 347, 349,
350, 351, 375, 376.
Foville, 107, 228.
Friedreich, 235.
Furstner, 235.
- Garnier, 114.
Giacomini, 347.
Gilbert, 273.
Girma, 247.
Gley, 246.
Grutzner, 91.
Guertin, 243.
Guislain, 110.
Gulat, 246.
- Hammon, 93.
Hirschberg, 231.
Hoffmann (von), 241.
Hublé, 376.
Huchard, 187.
- Jarish, 103.
Jensen, 211.
Jewell, 217.
Jolly, 236.
- Kéroual (P.), 91, 98, 110, 217, 220,
344, 345, 374, 378.
Kronecker, 230.
- Lacaille, 375.
Lacassagne, 268.
Lautar, 248.

- Le Bailly, 246.
 Legrand du Saulle, 106.
 Léo, 109.
 Lidell, 99.
 Lunier, 228, 363, 364.
 Luys, 105, 106, 365.
- Mackintosh (Norman), 93.
 Maun (E.-C.), 95, 230.
 Magnan, 53, 106, 107.
 Marie (P.), 348.
 Martin (G.), 245.
 Mayor, 356.
 Meyer (A.), 247.
 Motet, 107, 227, 363, 365.
 Musgrave-Clay (R. de), 96, 100,
 103, 221, 222, 223, 224, 225.
- Nasse, 108.
- Olier (H. d'), 346.
 Ott (J.), 94, 345.
- Panas, 351.
 Pasternatzki, 346.
 Pignol, 95.
 Pitres, 319.
 Plaxton, 223.
 Prevost, 353.
- Ranney, 343.
 Raymond, 80.
 Reinak, 91, 230, 234.
- Richard, 104.
 Richer, 129, 310, 369.
 Ripping, 108.
 Roller, 236, 345.
 Rumpf, 240.
- Sanders, 100.
 Savage, 221.
 Schuchardt, 108.
 Schultze, 240.
 Seeligmuller, 91.
 Seguin, 104.
 Senator, 229, 231, 234.
 Sæmens, 218.
 Smith, 345.
 Stilling, 236, 344.
- Talamon, 93, 94, 95, 96, 217.
 Tarissan, 235.
 Teinturier, 115, 249.
 Thieme, 244.
 Tuzcek, 242.
 Tuke (Hack), 223.
- Vigouroux, 84, 91, 92.
 Voisin, 105, 106.
- Westphal, 233, 234.
 Wiedersheim, 237.
 Wilkowski, 96, 242.
- Zaehner, 235.

EXPLICATION DES PLANCHES

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

Fig. 1. — Coupe transversale de l'encéphale de l'homme au niveau des corps genouillés; — *CO*, couche optique; *CC*, corps genouillés; — *V*, cavité du diverticule sphénoïdal du ventricule latéral; — *H*, saillie blanche intra-ventriculaire de la corne d'Ammon; — *CH*, circonvolution de l'hippocampe (2^e circonvolution temporo-occipitale). Grossiss. 3 fois.

Fig. 2. — La corne d'Ammon de la figure précédente grossie 10 fois. — *H*, saillie intra-ventriculaire de la corne; — *CB*, corps bordant; — *PC*, plexus choroïdes; — *X*, entrée de la pie-mère dans le repli mésentérique; — *O*, subiculum; — *e*, entrée du sillon qui sépare la circonvolution de l'hippocampe de la circonvolution godronnée; — *a*, couche de substance amorphe; — *b*, stratum granulosum; — *c*, stratum radiatum; — *d*, couches des cellules nerveuses étoilées; — *f*, couche de substance blanche médullaire.

PLANCHE II

Fig. 3. — Coupe transversale de la corne d'Ammon d'un singe cynocéphale (Grossiss. 12 fois). — Lettres comme pour la figure 2.

Fig. 4. — Idem chez un singe cèbien (Grossiss. 6 fois). — Lettres comme précédemment; de plus : — *Cp*, corps calleux; — *CC*, circonvolution du corps calleux ou *gyrus fornicatus*; — *h*, bandelette du trigone.

Fig. 5. — Coupe de la moitié inférieure, et *figure 6* coupe de la moitié supérieure (sous-calleuse) de la corne d'Ammon du mouton. — Lettres comme ci-dessus.



PLANCHE III

Fig. 7. — Rat; coupe horizontale; grossiss. 8 fois; lettres comme ci-dessus.

Fig. 8. — Rat; coupe verticale; idem.

Fig. 9. — Lapin; coupe transversale. Grossiss. 3 fois et demi. Les portions sous-calleuses des deux cornes d'Ammon sont soudées sur la ligne médiane; *V*, cavité de l'hémisphère; — *CC*, partie corticale homologue du gyrus fornicatus; — *Cp*, corps calleux; — *CH*, circonvolution de l'hippocampe; *b, b*, stratum granulosum de la circonvolution godronnée; — *e*, sillon qui sépare la circonvolution godronnée d'avec la circonvolution de l'hippocampe; *CB*, corps bordant.

Fig. 10. — Taupe; coupe horizontale, grossiss. 7 fois. Lettres comme ci-dessus.

Fig. 11. — Chauve-souris; coupe horizontale. Grossiss., 16 fois. Lettres comme ci-dessus.

PLANCHE IV

Développement de la corne d'Ammon et des plexus choroïdes.

Fig. 12. — Coupe horizontale de l'encéphale d'un embryon de mouton long de 16 millimètres. — 1, cavité des hémisphères (ventricules latéraux); — 2, cavité de la couche optique (3^e ventricule); 3, cavité des tubercules quadrijumeaux; — *CS*, corps strié; — *pm*, pie-mère en voie de formation; — *P*, plexus choroïdes.

Fig. 13. — Même coupe, mouton long de 21 millimètres. Lettres comme ci-dessus, de plus *F*, fente de Monro.

Fig. 14. — Coupé horizontale de l'encéphale d'un embryon de lapin, long de 17 millimètres; lettres comme ci-dessus; — *X*, lieu de la formation de la corne d'Ammon.

Fig. 15. — Embryon de lapin, long de 36 millimètres; — *y*, vaisseaux placés dans le sillon qui sépare deux plis, lesquels vont former les deux circonvolutions de la corne d'Ammon.

Fig. 16. — Lapin presque à terme, et *figure 17*, lapin à terme. Lettres comme dans les figures de la PLANCHE III. (Comparez notamment avec la *figure 8*.)

PLANCHE V

Fig. 1. — 3/7 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carminate. Faisceau postérieur supérieur montrant des tubes nerveux à myéline volumineuse et presque égale avec des cylindres d'axes larges et colorés vivement.

Fig. 2. — 3/7 Hart. : Trois tubes nerveux à myéline du faisceau postérieur supérieur du nerf auditif soumis à l'action de l'acide osmique à 1/2 pour 100.

Fig. 3. — 3/7 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carminate. Faisceau antéro-inférieur montrant des tubes nerveux de diverse dimension avec des cylindres d'axes sous l'aspect de petits points qui ne se colorent pas par le picro-carmin.

Fig. 4. — 3/7 Hart. : Deux tubes nerveux à myéline du faisceau antéro-inférieur du nerf acoustique soumis à l'action de l'acide osmique. Sur toute la longueur de ces fibres se présentent beaucoup de renflements de diverse forme. On ne reconnaît pas les noyaux de la gaine de Schwann et des étranglements.

Fig. 5. — 3/4 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carmin montrant au milieu une large cloison conjonctive. A, Tubes nerveux avec des cylindres d'axes larges et colorés. B, Tubes nerveux avec des cylindres d'axes fins qui ne se colorent pas.

Fig. 6. — 3/4 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carminate. Faisceau postéro-supérieur montrant parmi des tubes nerveux volumineux un flot de la substance grise avec beaucoup de cellules ganglionnaires vivement colorées. Il s'échappe de la substance grise des trabécules conjonctifs jusqu'au bord du nerf.

Fig. 7. 3/4 Hart. : Coupe transversale semblable de l'autre individu montrant deux îlots de la substance grise avec des cellules ganglionnaires.

Fig. 8. 3/9 Hart. : Trois cellules ganglionnaires de la substance grise des îlots mentionnés. On voit la membrane propre autour des cellules, protoplasma finement grenu, un grand noyau ovale avec un nucléole et des prolongements protoplasmiques.

PLANCHE VI

L, I, foyer ancien ayant détruit le lobule de l'insula.

F³, partie atrophiée de la troisième circonvolution frontale.

F a, circonvolution frontale ascendante dont la partie inférieure est atrophiée.

P a, circonvolution pariétale ascendante dont l'extrémité inférieure est atrophiée.

T¹, lésion de la première circonvolution temporo-sphénoïdale.

T², deuxième circonvolution temporale dont l'extrémité postérieure est lésée.

P², lobule du pli courbe.

L, O, lobe orbitaire (face inférieure du lobe frontal).

M, membrane résultant : 1° des replis de la pie-mère qui enveloppaient entre autres la première circonvolution temporale et le lobule pariétal inférieur; — 2° des débris de ces mêmes circonvolutions.



217

PLANCHE VII

Méningo-encéphalite chronique généralisée.

Séparation de la substance grise de la substance blanche sur toute la face convexe de l'hémisphère droit, excepté sur le lobe temporo-sphénoïdal, au niveau duquel il n'existait que des adhérences partielles.