ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

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

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

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

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ABADIE (J.), ARNAUD, BABINSKI, BALLET, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BOYER (J.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CARRIER (G.), CAUDRON, CESTAN, CHARON, CHARPENTIER, CHRISTIAN, CULLERRE, DANJEAN, DEBOVE (M.), DENY, DUVAL (MATHIAS), FÉRÉ (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GARNIER (S.), GOMBAULT, GRASSET, GUIARD, KERAVAL, KOUINDJY, LADAME, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY, LWOFF, MABILLE, MARANDON DE MONTYEL, MARIE (A.), MASSELON, MAUGERET (R.), MERKLEN, MIERZEJEWSKI, MIRALLIÉ, MOURATOFF (W. A.), MUSGRAVE-CLAY, PAPADAKI, PARIS (A.), PASTUREL, DE PERRY, PICQUÉ, PIERRET, PITRES, RAVIART, RAYNEAU, RÉGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), ROTH (W.), ROY, SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, THULIÉ (H.), URRIOLA, VACHIDE, VALLON, VIGOUROUX, VILLARD, VOISIN (J.), VURPAS, YVON (P.).

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

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

Deuxième série, tome XVIII. — 1904.

Avec 17 figures dans le texte et 11 planches.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1904

Vol. XVIII. Juillet 1904. N° 103.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

Médiumnité délirante;

PAR

PAUL SOLLIER,
Médecin du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine.

FRANÇOIS BOISSIER,
Médecin adjoint du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine.

Au moment où MM. Gilbert Ballet, Dheur et Monnier-Vinard, apportaient leurs observations à la Société médico-psychologique, nous suivions des cas analogues dont nous nous proposions aussi de faire l'objet d'une communication.

Il n'y a pas à revenir sur la théorie physiologique du spiritisme [1], mais il faut en compléter le cadre pathologique. La clinique permet toujours de relever des détails restés dans l'ombre ou de contrôler au moins les données antérieurement acquises. Depuis les formes légères du petit somnambulisme, ce cadre pathologique comprenait déjà tous les degrés jusqu'aux plus amples manifestations de la grande hystérie; mais il faut en élargir les limites et les étendre du champ de la névrose à celui de la vésanie délirante.

L'occultisme sous toutes ses formes est de nos jours plus en faveur que jamais au détriment de la santé morale de ceux qui s'y adonnent avec quelque conviction; aussi l'hygiène elle-même doit-elle tirer profit des acquisitions de cette pathologie spéciale. Celle-ci devrait mettre à contribution l'étude exacte des médiums les plus célèbres et l'expli-

[1] Réservant aussi cette question, MM. Ballet et Dheur renvoient le lecteur aux chapitres spéciaux de MM. Ch. Richet, Myers et P. Janet, auxquels s'est ajouté depuis M. Grasset dans le *Spiritisme devant la Science*.

cation rationnelle et critique de leurs exploits. M. Flournoy a donné le modèle du genre dans *Des Indes à la Planète Mars* suivi de *Nouvelles observations sur un cas de somnambulisme avec glossolalie*. Malgré l'apparence étrangement mystérieuse et déconcertante des phénomènes présentés par Mlle Smith, l'auteur est toujours parvenu à en surprendre le point de départ, à en dépister la genèse intime et le mécanisme naturel, même quand il a dû, pour y réussir, avoir recours à l'expertise des philologues. S'il a pu ainsi démontrer l'appareil compliqué des facultés dites supranormales de son curieux sujet et en cataloguer les éléments maladifs, combien serait-il plus facile d'établir le bilan pathogénique des médiums plus modestes qui se rencontrent presque partout. La supercherie que l'on reproche si souvent à ces derniers est elle-même symptomatique, déduction faite des jongleries de quelques professionnels. Ainsi faudrait-il éventer le plus possible ces *trucs* inconscients et parfois si puérils dont les auteurs eux-mêmes sont les premières dupes, comme l'a très heureusement entrepris M. P. Janet à la Société de psychologie en 1902 à propos d'un cas de *Phénomènes d'apport*.

Au bénéfice de la même prophylaxie il y aurait lieu de divulguer les accidents causés par la fréquentation des séances de spiritisme. Charcot, Forel, Vigouroux, Henneberg, Donath et Goscheit en ont publié des exemples dans lesquels il s'agit de personnes, surtout des jeunes filles, antérieurement saines, devenues hystéro-épileptiques à la suite de leur participation à des scènes d'évocation d'esprits. C'est la conséquence forcée de ces pratiques qui constituent un dressage intensif de l'automatisme, une entraînement méthodique au dédoublement et à la désagrégation de la personnalité. Ici elles font éclore ou aggravent la névrose, ailleurs elles réveillent et systématisent un tendance à la vésanie qu'une vie régulière et bien dirigée aurait réduite au silence ou à de favorables proportions. Tels sont les dangers à faire connaître à ceux même, qui, sans autre conviction, ne voient dans ces opérations qu'un innocent jeu de société.

Pour en revenir aux rapports du spiritisme avec les troubles mentaux, dans la voie ouverte à la Société médico-psychologique en avril 1903, il serait utile de rechercher les cas

de délire à forme médianimique et les cas d'aliénation survenant chez les médiums pour voir s'il n'y a pas dans ces faits un aspect particulier de ce que Flournoy appelle « le tempérament médiumnique » ? Quoi qu'il en soit, il semble pour l'instant, que ces troubles mentaux se présentent sous trois modalités différentes :

1° Le délire vésanique revêt la forme médianimique, il constitue sous cette forme toute la maladie dont les éléments symptomatiques sont représentés par ceux de la médiumnité elle-même. A quelque groupe nosologique que se rattache cette maladie mentale, elle se renferme dans les limites de ce délire, débutant et finissant avec lui. Dans ce cas, le trouble mental ne diffère de la médiumnité commune que par l'état d'esprit persistant et par la mauvaise influence qu'il imprime à la vie sociale du sujet en raison des actes extravagants auxquels celui-ci peut être entraîné par l'obéissance à ses hallucinations. Dans cette catégorie peuvent se placer le malade de MM. Ballet et Dheur et notre première malade.

2° Le délire médianimique n'est que le début, la première étape plus ou moins courte d'une psychose grave qui dans la suite revêtira une forme différente. Il peut être soit un épisode dans l'évolution d'une vésanie, soit une phase transitoire entre un état névropatique prodromique et une maladie mentale confirmée ; ce dont notre second malade serait un exemple.

3° Un délire vésanique de forme quelconque peut venir compliquer un cas de médiumnité ordinaire durant depuis un temps plus ou moins long. Ce délire marque alors un progrès nouveau accompli pour la désorganisation psychique du sujet. Il peut même constituer le mode de terminaison naturelle de certaines médiumnités. Cela pourrait être le cas du malade de MM. Ballet et Monnier-Vinard, comme ce fut celui de plus d'une célébrité du spiritisme[1].

Il est d'ailleurs curieux de constater que le délire de médiumnité peut naître spontanément, ou si l'on préfère, que les éléments d'un délire peuvent revêtir d'eux-mêmes la forme médianimique sans initiation spéciale et surtout sans

[1] Home et ceux que cite sans les nommer Allan Kardec dans le livre des médiums, p. 310.

entraînement spirite préalable du sujet. Une seule séance de table tournante suffit pour mettre le malade de MM. Ballet et Dheur sur la voie rapidement parcourue dans la suite de la désagrégation mentale. Notre première malade n'avait jamais pris part à aucune pratique spirite avant l'éclosion de son délire, elle n'en a pas moins appliqué à tous ses phénomènes hallucinatoires le mécanisme des divers modes de communication avec « l'au-delà » qui contituent le rituel classique du spiritisme.

Observation. I. — *Phénomènes hallucinatoires verbaux, psychomoteurs, typtologiques et graphomoteurs. Spécialités médianénémiques diverses. Tables tournantes, typtolologie mentale intérieure, messages écrits et parlés, dessins, révélations inspirées, adoption d'un esprit téléologique. Apostolat et mission morale réformatrice. Tendances mystiques avec érotisme, théomanie raisonnante.*

L'histoire de la malade peut se diviser en deux phases principales : l'une comprenant la période antérieure à son entrée en traitement et son premier séjour au sanatorium de Boulogne; l'autre correspondant au temps écoulé après sa sortie et à son second séjour dans l'établissement. Elaboré dans la première phase le système délirant s'est développé et précisé dans la seconde pour s'atténuer dans la suite.

1° Phase. — *Rêverie et distraction.* — Mme Cam... Schtein (nom que nous lui supposerons pour la commodité de l'exposition), est âgée de trente-six ans, son intelligence générale paraît brillante au premier abord quoique plutôt médiocre en réalité. Sa famille appartient à l'orthodoxie israélite, la religion n'a cependant occupé qu'une place minime, négligeable même dans son éducation. Son enfance se serait passée grise et peu caressée auprès d'un père aimant le faste et le luxe, nerveux, qu'elle a à peine connu; de sœurs plus âgées qu'elle, mariées longtemps avant elle et d'une mère au caractère sec avec qui elle ne sympathisait pas. Le naturel terne et positif de cet entourage choquait ses aspirations vers un idéal encore vague. Pour échapper à cette ambiance qu'elle jugeait indigne d'elle, Cam... prenait l'habitude de se bercer dans des romans éthérés dont elle était naturellement le principal personnage. Absorbée dans ces lointaines rêveries elle préparait son cerveau graduellement au travail automatique et aux fantaisies délirantes qui caractérisent son état physique actuel. Sa pensée était toujours absente, elle était selon sa propre expression « follement distraite » ce dont on la plaisantait en disant : « Mademoiselle Cam... est sortie ».

A cette époque de sa vie elle entendit parler de spiritisme par un sien oncle, adepte convaincu. Ces propos l'intéressèrent, mais elle n'assista jamais à aucune séance, son oncle mourut et elle ne revint pas de longtemps sur ce sujet.

Toujours lasse de son milieu et toujours plus sentimentale, Cam... crut réaliser ces rêves en acceptant un mari qu'elle revêtait d'avance de tous les attributs poétiques et chevaleresque qu'elle désirait lui voir. Mais plus occupé de ses affaires que d'idéal, celui-ci lui parut bientôt lamentablement terre à terre. Elle se trouva la plus incomprise, la plus isolée, la plus malheureuse des créatures ! Elle prit une grande pitié pour elle-même. Roulant ses déceptions dans sa pensée,elle commença à orienter ses interminables méditations vers l'espoir d'un monde meilleur dans une vie future et s'abîma dans des préoccupations d'ordre métaphysique. Associant à sa propre souffrance celle de l'humanité, elle donna aussi une couleur philanthropique aux songes dans lesquels elle se réfugiait à la fois contre de vifs besoins sexuels insuffisamment satisfaits et contre la « vulgarité d'un époux incapable, croyait-elle, de partager l'élévation de son âme et de sa tendresse. » Elle songea à la religion qu'elle connaissait mal et essaya de prier.

Premières hallucinations. Audition d'esprits. — Ainsi confinée en elle-même, au plus fort de son amertume, Cam... commença à entendre « une voix très douce qui partait de sa poitrine » vers le creux épigastrique. Elle l'entendit pour la première fois un jour qu'elle était restée toute troublée après une altercation avec son mari. C'était une voix très tendrement encourageante, qui lui promettait des compensations et des satisfactions dans la suite des temps. « J'ai tout de suite senti, dit-elle, que ce n'était pas la voix de ma conscience, c'était bien quelque chose de tout à fait étranger à moi ». Plus les rapports du ménage devenaient difficiles, plus la voix devenait pressante et nette ; mais Cam... ne savait à qui l'attribuer, quand un nouveau sujet de rancœur lui vint.

M. Schtein, névropathe lui aussi, surmené par des soucis de négoce et très déprimé, dut se condamner à une continence absolue, ce qui accrut violemment les griefs de la malade toujours tourmentée par les exigences de ses sens. La voix plus affectueuse encore lui devint précieuse. Une saison à Royat mit alors Cam... en relations avec une dame qui avait fait tourner des tables et qui l'entretint de ce sujet. L'envie la prit aussitôt d'essayer toute seule de ce passe-temps ; un guéridon épela sous sa main le nom de son père. « Elle avait, dit-elle, toujours cru à l'occultisme » sa conviction se fortifia de cet événement, qui lui donna fort à penser sur l'origine de sa voix, sans qu'elle la reconnût pourtant comme celle de son père et qui eut une grande influence sur la marche de ses phénomènes dans la suite.

Au printemps 1901, l'état nerveux du ménage était précaire, celui de M. Schtein surtout nécessita un séjour en Suisse. Cam... prodigua pour le soigner un zèle excessif, elle s'épuisa à son chevet en veilles superflues. La voix de l'esprit familier l'y suivit, elle la recherchait d'ailleurs; la voix louait son abnégation en faveur d'un homme si peu méritant et approuvait les méditations d'ordre humanitaire et philosophique encore planes mais tenaces qui l'occupaient. Cam... commençait déjà à noter « un recueil de ses pensées », c'étaient des aphorismes sur la morale de l'amour et des sentiments en général; elle songeait aussi à la possibilité d'améliorer la vie en luttant contre l'égoïsme et la méchanceté des hommes par la « fondation d'une religion basée sur la bonté », elle pensait à cela sans exaltation, seulement en femme qui a d'elle-même une haute opinion.

Confirmation du médianimisme. Médiumnité parlante. — L'occasion se présenta à Cam... de révéler à son mari l'existence de cette voix dont elle n'avait jamais rien osé dire à personne; celui-ci n'hésita pas à lui donner l'assurance que c'était bien réellement un esprit. Tandis qu'il allait s'améliorant, sa femme, au contraire, déclinait, elle fut prise de fatigue douloureuse avec insomnie, agitation, chaleur à la tête, angoisse et rêvasseries. Elle dut s'aliter. M. Schtein veilla à son tour sur elle. Un soir elle se leva en toilette de nuit, se dressa solennellement devant lui et le fit mettre à genoux. Elle lui imposa les mains et lui annonça qu'elle sentait que la voix allait parler. En effet, sans qu'elle sût d'avance ce qu'elle allait dire, « la voix parla par sa bouche à elle ». Ce fut une diatribe assez longue contre le pauvre homme qui fut accablé de reproches : « Je t'ai, dit la voix, donné cette femme si pure et si bonne, et tu n'as pus su lui donner le bonheur, tu ne l'as jamais comprise, tu n'es qu'une brute, c'est une mésalliance pour elle, etc. ». Bref ce fut l'écho de toutes les récriminations que la malade elle-même ruminait contre lui intérieurement. M. Schtein écouta religieusement, déjà certain de l'essence supranormale de la voix, en qui cette fois, à certains détails, il reconnut formellement celle de sa mère à lui, morte depuis quelques années. Ce fut un nouveau trait de lumière pour Cam..., elle avait connu sa belle-mère quelques mois seulement, mais elle l'admirait beaucoup et gardait d'elle une grande impression.

Adoption d'un esprit téléologique. — La malade était donc fixée enfin sur l'identité de son consolateur. Ce guide tutélaire qui prenait si bien sa défense était l'esprit de sa belle-mère. Dans l'état d'éréthisme nerveux où elle était, elle la sentait toujours présente, il lui suffisait de la désirer pour l'évoquer. Elle le faisait d'ailleurs à chaque instant à l'instigation même de son mari, qui lui repro-

chait à l'occasion de manquer de foi, s'il croyait surprendre quelque tiédeur dans sa conviction, et qui se plaisait à consulter aussi l'esprit de sa mère. Cette hallucination était calmante, modératrice, appaisante, elle se manifestait dans les mauvais moments auxquels ses promesses semblaient apporter un baume, elle était de bon conseil et recommandait la femme à l'affection du mari. Elle constitua le premier personnage téléologique auquel un autre esprit-guide s'ajoutera bientôt, sans cependant que la belle-mère passée au second plan disparaisse jamais tout à fait.

Vision.— L'état nerveux de Cam... s'aggrava encore, elle devint plus agitée, plus absorbée ; un soir, elle sentit un trouble plus profond et vit une grande lumière se faire devant elle. Dans cette lueur Dieu lui apparut très nettement entouré de divers personnages d'essence divine qui semblaient réunis en conseil. Dieu lui adressa la parole en un langage amical et lui dit qu'il s'appellerait pour elle *Rarahu*. A ce moment elle sentit s'accentuer un sentiment de défaillance, il lui sembla que sa vie s'en allait; qu'elle s'éteignait complètement dans un immense désir de mourir, mais Rarahu lui ordonna de vivre, il lui déclara qu'il pouvait l'emmener avec lui dans l'Olympe, mais qu'il voulait la laisser sur la terre pour y accomplir sa mission en propageant la charité et la bonté ». L'apparition s'évanouit, la malade éprouva alors la sensation d'une « violente déchirure dans le front ». Ce fut si douloureux qu'elle craignit pendant plusieurs jours d'avoir une lésion au cerveau. Elle demeura quelque temps abattue, et n'eut jamais d'autres hallucinations de la vue. mais la voix de Rarahu persista, tendant à se produire plus spontanément que celle de la belle-mère qui était pourtant souvent évoquée, le mari aidant. Quelques autres voix s'étaient manifestees à la suite de la vision mais elles avaient vite disparu ; d'ailleurs une amélioration générale se dessinait, les deux voix principales elles-mêmes devenaient plus discrètes. Il fallut bientôt un appel recueilli pour les avoir. Le calme augmenta de jour en jour. L'ensemble de ces accidents aigus et de leur convalescence avait duré quarante jours, le ménage Schtein revint à Paris et Cam... demanda pour achever sa guérison à entrer au sanatorium où elle arriva le 2 juillet 1901.

Amélioration et dissimulation des phénomènes délirants. Ambitions philanthropiques et littéraires. Préoccupations érotiques. — A ce moment là, Cam... se présente comme une malade en pleine dépression neurasthénique avec angoisse et malaise nerveux, sans que rien puisse faire supposer autre chose chez elle. Elle dissimule en effet avec une persévérance et un succès complets tout ce qui reste de son délire et tout ce qui l'a constitué jusqu'alors. Elle a de la céphalée, des crises de larmes, une fatigue précoce et doulou-

reuse au moindre effort, des troubles vasomoteurs, de la tachycardie, de l'insomnie et un éréthisme génital qui la gêne beaucoup. Elle est triste et découragée. L'isolement, le repos au lit avec l'appui d'un traitement moral soutenu la relèvent peu à peu, cette amélioration se fait par oscillations successives. Elle parle abondamment de ses projets d'avenir et se laisse aller librement aux fantaisies de son imagination dont l'amour et la piété constituent les matériaux. Elle voudrait trouver un homme qui sût l'aimer selon ses sentiments à elle, mais cet amour terrestre l'effraie car elle ne peut pas le concilier avec « la pureté » qui doit rester son apanage et qui est la condition de sa mission. D'autre part, grâce à l'instabilité psychasthénique de sa mémoire, l'image mentale de son mari s'est effacée, elle la reconstitue conforme à ses rêves, elle lui écrit pour le dresser selon son modèle. Mais les réponses ont beau être empreintes de toute la tendresse exigée, la seule vue de l'écriture de M. Schtein comme ses premières visites suffisent à ramener tous les malaises momentanément, les indécisions recommencent entre l'amour et la pureté sacrée. Les choses s'arrangent enfin, les visites du mari sont bien supportées et même désirées. Les perplexités érotiques font place à de longues dissertations sur l'amour. Cam... espère se créer une existence de tendresse amoureuse au sein d'un milieu littéraire qu'elle veut grouper autour d'elle, tout en exerçant son prosélytisme religieux. Elle a repris le manuscrit déjà assez touffu de ses pensées et elle y ajoute de nouvelles maximes. Elle n'aime pas qu'on traite de simple passe-temps cette occupation, elle a la prétention de faire ainsi une œuvre importante dont le public devra s'émouvoir et qui lui fera une place dans les belles-lettres.

Elle discute la valeur des religions, repousse le judaïsme qui ne répond plus aux élans charitables et mystiques de son âme, elle veut même améliorer le christianisme. Elle jette sur le papier les premières bases de la religion de la bonté, elle en compose un article qu'elle voudrait faire insérer plus tard dans un grand journal quotidien. Elle est très préoccupée de sa beauté qu'elle suppose très imposante ; elle drape sa robe, met une fleur dans ses cheveux, prend avec les autres malades une attitude pleine de dignité grave, un peu hautaine même, mais courtoise. Seule dans sa chambre elle lit des romans et prie longuement. Sauf quelques inégalités de caractère assez légères, elle fait l'impression d'une personne tout à fait normale et reprend peu à peu la vie ordinaire. Elle se prépare à quitter le sanatorium au mois de septembre. Pendant ces deux mois Cam... n'a jamais parlé à qui que ce soit de ses communications avec des esprits dont nous n'étions encore nullement avertis. Une ou deux fois seulement au cours de nos causeries, elle avait demandé si nous ne savions rien de l'existence de « consciences parlantes » et si la conscience au sens religieux

du mot ne pouvait revêtir la forme concrète d'une voix. Soupçonnant l'éventualité de quelque hallucination, nous avions alors cherché, mais en vain, à provoquer des aveux dans ce sens. Elle disait qu'elle posait simplement cette question pour s'instruire, ce qui paraissait plus que vraisemblable, étant donnée l'allure toujours transcendantale de ses sujets de conversation habituels. En parlant de son séjour en Suisse, elle mentionnait souvent l'état nerveux grave pendant lequel elle disait avoir eu du délire et beaucoup souffert et qu'elle appelait *sa fièvre cérébrale*. C'est bien plus tard seulement et par le récit qu'elle nous en fit que nous avons appris ce qui s'était passé en réalité dans cette période, et su qu'elle avait encore au sanatorium entendu spontanément d'abord, puis évoqué en cachette sa belle-mère et Rarahu.

En somme, pendant cette première phase, elle avait sans influence extérieure spéciale évolué vers une religiosité extrême et fait ses premiers pas sans initiation véritable dans le spiritisme actif; elle a fait parler des tables comme médium typteur; elle a été médium auditif, parlant et voyant. Comme tous les médiums, comme Home, comme Mlles Smith entre autres, elle s'impose un apostolat moralisateur et bienfaisant; comme eux, elle a ses esprits-guides et protecteurs: sa belle-mère et Rarahu, qui bientôt s'appellera *Deus*. Mais retenons pour l'instant ce nom de *Rarahu*. Rappelons-nous que le mysticisme de Cam... est, selon la règle, fortement empreint d'érotisme à tendance lascive et tendre. Or l'esprit de Rarahu lui a déjà « promis de devenir son amant céleste » sa voix est caressante à l'extrême, elle sent qu'elle le chérit passionnément.

N'est-il pas naturel qu'il ait pris « pour s'adresser à elle seule », il l'a dit, le nom du personnage le plus suave d'une amoureuse et charmante idylle du roman contemporain, du *Mariage de Loti*? Cam... est pourtant sincèrement convaincue qu'elle n'a jamais entendu ni lu ce nom antérieurement. Mais nous savons qu'elle a lu les œuvres de Loti; ce mot est resté déposé, avec bien d'autres matériaux analogues, dans le domaine des souvenirs subsconscients où sa mémoire de névropathe laisse tomber tant de faits et où il a servi à l'élaboration du roman subliminal que lui racontent ses hallucinations. Nous avons pu, d'ailleurs, pendant ce premier séjour constater l'acquisition de notions que plus tard nous avons retrouvées complètement oubliées par la mémoire consciente et édifiées en révélations spirites diverses dont nous pouvions ainsi reconnaître l'origine ignorée par la malade.

2e Phase. — *Reprise des phénomènes spirites. Tables tournantes. auditions, révélations diverses.* — Arrivée dans le Sud-Ouest au commencement de septembre 1904, après quelques jours d'équilibre apparent pendant lesquels tout allait si bien qu'elle put faire

venir sa fille auprès d'elle, Cam..., privée d'une direction suffisante et livrée à la crédulité complaisante de son mari se laissa peu à peu glisser sur la pente où elle devait reprendre ses diverses « spécialités médianimiques ». M. Schtein ne demandait qu'à consulter sa mère, Cam... aimait entendre celle-ci louer sa « haute pureté » et blâmer la froideur de son fils ; elle regrettait aussi la voix de Barahu et de temps en temps elle se recueillait et s'efforçait de l'évoquer pour voir s'il était encore à la portée de son appel. Si la voix ne répondait pas, elle savait que la table parlerait et elle avait des envies terribles de faire tourner son guéridon. Elle céda.

Très versée à ce moment-là dans ses idées philanthropiques, rêvant de pacification universelle, elle appelait dans le guéridon les esprits des hommes qui se sont illustrés dans cet ordre d'activité. Elle réussit même à désincarner le tsar Nicolas II qui vint dans le pied du meuble approuver les projets de Cam..., Jésus-Christ y vint aussi. Ce retour d'entraînement de l'automatisme ne tarda pas à remettre en action la « spécialité auditive » qui rendit la table moins nécessaire. M. Schtein saluait et prodiguait les marques de respect quand un esprit se manifestait. Le ménage s'isolait en de longues séances pour s'entretenir avec les personnages évoqués, Cam... se rappelant plus tard l'étrangeté de ces *a parte* en disait « nous avions l'air de deux cabanons ». Malheureusement son exaltation s'en augmenta rapidement, l'insomnie reparut, ses nuits se passaient à méditer et à enregistrer les propos des esprits, elle essayait de les écrire, mais ils étaient quelquefois dictées avec une telle vélocité que sa main n'arrivait pas à les tracer en entier ; elle appelait son mari qui s'installait à son chevet pour écouter, il écrivait lui-même sous la dictée des désincarnés. La voix de Barahu arrivait de nouveau spontanément, il était presque toujours là maintenant, se faisant l'interlocuteur principal, le guide attitré, mais il prenait son vrai nom *Deus*, dont il signait tous ses entretiens.

Révélation d'un système théologique. Révélations de mystères scientifiques. — Pendant ce nouvel intervalle d'activité cérébrale automatique, Cam... reçoit de Deus des quantités de révélations, toutes en rapport naturellement avec les tendances et l'état d'esprit actuel de la malade préoccupée de connaître « l'au-delà » de forcer l'admiration respectueuse du monde par l'élévation éthérée de sa personnalité, de le régénérer par la vulgarisation des principes de charité. Tandis que les autres esprits parlent surtout au moyen de la table, Deus plus assidu se manifeste plutôt en auditions verbales psychiques et psychomotrices ou même graphomotrices « semi-mécaniques ». Il enseigne ainsi : « Qu'il y a un Dieu pour chaque système solaire ; le nôtre est régi par *Neptune*. Neptune se

manifeste quelquefois à Cam..., une voix sèche et brutale le caractérise. A un autre système solaire préside le dieu I ou *Zëus*, c'est un dieu sévère, austère et ascétique, il intime quelquefois à Chams... des injonctions dures au sujet de ses devoirs et des sacrifices qu'elle doit consentir. Au-dessus de tous les Dieux plane et domine Deus, dieu du système solaire de Céphée, le plus grand, le plus noble, le plus parfait. Son nom signifie *Idéal* car *Deus* dérive de *Ideus* qui veut dire *Idée* et idée équivaut à « *Bonté-Charité* » ; il a pris intimement pour elle seule le nom de Rarahu dont il ne se sert presque plus maintenant. Ces diverses divinités étaient celles qui entouraient le Deus pendant l'apparition en Suisse. Elles ont toutes compris les souffrances cruelles que Cam... éprouvait dans son cœur, elles ont compati au défaut d'amour vrai au besoin immense de tendresse qui la torturait. Saturne s'est offert à l'aimer, mais il exprimait son sentiment matériellement comme un homme, en lui disant que l'amour est fugace et qu'il faut saisir le moment qui passe; elle l'a accepté sans sympathie et ne l'a pas recherché. Deus au contraire l'a conquise par un charme inexprimable, il lui a tenu des propos enivrants en lui promettant d'être à jamais l'amant spirituel qui lui manque, et de lui révéler des choses surprenantes. ».

Elle écrit en effet en médium semi-mécanique des communications ou des prédictions de découvertes astronomiques, physiologiques et médicales ; son mari les admire, il croit fermement à leur origine surnaturelle et en conserve précieusement les manuscrits. C'est un fatras mal compris et mal assemblé, résultat de l'élaboration sub-consciente des lectures qûe nous lui avons vu faire pendant son premier séjour au sanatorium. On y retrouve des réminiscences d'Uranie de Flammarion, de divers feuilletons scientifiques de journaux politiques et de conversations avec d'autres malades. M. Schtein qui n'a pas vu ces livres ou articles entre les mains de sa femme, n'admet pas que ce soit des souvenirs non reconnus par elle, et il s'émerveille de ces facultés divinatoires. Cam... nie sincèrement avoir rien su antérieurement de tout cela, ce qui est fort naturel, car, au moment de ces acquisitions, elle était en plein état de psychasthénie et dans des conditions excellentes pour le passage de ses impressions dans la sphère subliminale avec le minimum de réceptivité de sa mémoire normale. Deus dicte littéralement.

« *Planètes.* — Elles sont habitées. Les lois de l'attraction univer-
« selle qui s'applique aux planètes ne s'applique (*sic*) pas à d'autres
« corps célestes.

« *Molécules.* — Les molécules du corps humain sont toutes dif-
« férentes les unes des autres. Chacune d'elles forme un être
« animé et ils sont tous pareils (*sic*). Les êtres animés peuvent

« être engendrés par des réactions chimiques d'une façon géné-
« rale. L'accouchement sera supprimé. Dans une réaction chi-
« mique quand une couleur se produit, elle se forme par la
« création de petits êtres infiniment petits ayant cette couleur.
« Tous les êtres animés peuvent être créés par des réactions chi-
« miques successives, ainsi naissent les spermatozoïdes; l'amour
« physique sera supprimé... La vie existe dans tous les règnes
« de la nature, quand on sort l'écorce d'un arbre il souffre, quand
« un cristal est brisé il se clive et se régénère, il vit ; la sensibilité
« est proportionnelle à l'intelligence de chaque être. . . . . .

« *Œil.* — Dans l'opération de la cataracte, on a actuellement
« tort d'enlever le cristallin, il suffit de couper un petit nerf qui y
« aboutit; la substance maladive devenue opaque du cristallin
« cesse ainsi d'y arriver ; le cristallin redevient transparent. Il y a
« pour faire cette opération à construire un petit instrument —
« à établir — terminé en forme de fourche. . . . . .

« *Rôle de l'iris.* — L'œil ne voit pas seulement par la réfraction
« opérée sur le rayon lumineux par le cristallin, l'iris contient
« une foule de petits éléments opérant comme des miroirs. Il y a
« un jeu de réflexion de l'iris à la cornée transparente ; un nerf
« optique s'épanouit dans cette partie, et du jeu contradictoire
« des rayons lumineux réfléchis se produit l'impression lumi-
« neuse.

« *Oreille.* — Le tympan a, à sa partie inférieure, un petit trou
« presque imperceptible, perméable à l'eau et qui joue un grand
« rôle dans l'audition. Si à la naissance de certains enfants
« entendant mal on débouchait ce trou, ou si on en perçait un
« autre à côté, ils entendraient bien. Ce trou n'est pas dans le
« champ visible à l'œil dans les conditions actuelles ; il y aura à
« composer un instrument pour le voir. Le rôle de l'oreille est
« analogue à un instrument de musique. L'oreille a une partie
« insensible dans le lobe (vers l'extérieur de l'oreille). Cela est dû
« à ce que dans cette partie il n'y a pas de mélange de nerfs et
« des muscles ; le nerf cesse là. Il y a plusieurs parties du corps
« où se produit ce même phénomène. Dans la paume de la main
« cette même disposition existe et c'est ainsi que sous Louis XIV
« certaines personnes se faisaient percer la paume de la main et
« ne souffraient pas au diaphragme, l'insensibilité est presque com-
« plète en certains points, etc. . . . . »

Une quantité de confidences de cette espèce lui sont faites par Deus. Il lui donne, entre autres, par psychographie le moyen d'établir *un télescope à un millimètre près* et lui en expose la disposion des lentilles. Elle en reparle souvent en le désignant du nom de « mon télescope ». Le mari admire toujours.

Mysticisme. Mission Kamienne. Erotisme. — Dans ses entretiens avec les esprits, il est souvent question aussi de ses souffrances toujours les mêmes. L'esprit de Jésus-Christ lui cite son propre exemple et l'exhorte à les supporter, il l'assure que ces tortures sont purificatrices et la préparent à son apostolat. Elle pense en effet plus que jamais à répandre sa nouvelle religion. Son oncle l'ancien spirite, l'y encourage par le pied de la table. Deus par un message graphomoteur lui prescrit de désigner cette religion par son prénom en prenant seulement la première syllabe, ce sera la *religion Kamienne*. Deus l'écrit par un K, c'est plus solennel que le simple C de son nom. Elle sera donc l'initiatrice du *Kamianisme*. Les Kamiens seront pris dans toutes les confessions épurées pour la circonstance de tous les dogmes qui ne concourent pas à la seule bonté. Pendant le mois d'octobre Cam... s'exalte beaucoup en en parlant. Très peu d'hommes actuellement adultes seront dignes de devenir de vrais Kamiens, ils sont trop brutaux et trop égoïstes, seuls les enfants que l'on va pouvoir élever selon les principes de la charité intégrale deviendront les vrais fidèles. La malade se recueille et prie longuement, elle recherche les gens pieux qui peuvent l'entourer et exhale des malédictions contre les juifs et les protestants qui ne comprendront pas sa religion. Elle tient des propos édifiants à une dame et à une jeune fille dévotes et se sent poussée à leur dire « qu'elle a Dieu en elle » et que Jésus lui parle, mais elle n'ose pas; elle consulte Deus en elle-même pour savoir ce qu'elle doit faire. C'est le Dieu ascétique qui répond très courroucé : « Tu dois le dire, dis-le ». Elle raconte alors ce qui lui arrive à ces deux personnes qui s'extasient et lui affirment qu'elle est en état de grâce, qu'elle devrait se faire baptiser. Un prêtre dont elle aime la conversation lui donne le même conseil et lui propose ses bons offices à cet effet. Elle sort très peu et lit beaucoup. Un jour qu'elle se repose avec plusieurs personnes devant l'hôtel où elle loge, un garçon éconduit un vagabond quémandeur, elle s'indigne, rappelle le mendiant, lui fait l'aumône et fait à l'assistance l'apologie de la bonté.

Toute cette exaltation n'allait pas sans augmentation des malaises nerveux, l'éréthisme génital redevenait particulièrement lancinant. Cam... reprenait son mari en grippe, elle lui reprochait d'être indifférent, impuissant même. Elle se plaignait de mourir d'amour inassouvi. Sa femme de chambre la surprit un jour sur son lit, elle était nue et se livrant à l'onanisme; elle gémissait, elle disait en pleurant « qu'elle succombait, que la continence la tuait, qu'elle devait être hystérique et qu'on ne la soignait pas, qu'elle avait peur d'avoir une maladie de la matrice. »

Elle dut s'aliter encore, on fit venir sa belle-sœur de Paris pour la soigner. Mais à l'arrivée de cette parente et avant de l'avoir

vue, Cam... prétendit qu'elle avait vu la nuit *par clairvoyance télépathique* une lettre que celle-ci écrivait à M. Schtein, cette lettre était défavorable à la malade et la dénigrait auprès de son mari. Deus s'en mêlait et lui disait : « Chasse ta belle-sœur, elle plaint ton mari, elle écrit que tu n'es pas pure ! » et elle mit la belle-sœur à la porte de sa chambre. La nuit suivante elle divagua et délira tout haut, mais elle ne se rappelle pas avoir eu aucune vision, elle eut encore comme en Suisse et comme à chacun de ses paroxysmes le sentiment de quitter la terre, de sortir de la vie « dans une agonie très douce ». En même temps elle entendait la voix caressante de Deus qui l'appelait et voulait l'emmener dans les régions célestes, elle aurait voulu se laisser aller mais le Dieu ascétique lui rappelait la mission Kamienne qui exigeait qu'elle vécut. Un jour pourtant elle crut devoir faire son testament.

M. Schtein parti, elle commença à aller mieux, elle accepta les soins de sa belle-sœur. On profita d'une sérieuse amélioration pour la ramener à Paris et elle entra de nouveau au sanatorium le 31 octobre 1901.

Second séjour. — *Etat physique.* — A ce moment Cam... est amaigrie, son teint est mat, pâle, un peu jaune, les traits sont tirés. Elle garde dans son lit une attitude hiératique, les cheveux étalés soigneusement sur son oreiller, les yeux brillants, l'air inspiré, le ton prédicant, elle incarne son rôle d'apôtre. Elle est constamment en communication avec les esprits, et met autant d'insistance à nous faire part de ces phénomènes, qu'elle avait mis de soin à nous les cacher la première fois. Son état physique est mauvais, elle ne dort pas, l'appétit est nul, elle alterne entre la prostration et l'excitation avec angoisse et pleurs. Une contrariété légère, une lettre, une visite, ou même la représentation exacte de son mari en pensée seulement augmentent ce malaise nerveux. Elle éprouve alors une céphalée frontale pénible, avec serrement dans la poitrine, chaleur et sécheresse de la peau, pouls contracté, tachicardie, troubles vasomoteurs, bouffées congestives avec picottement au visage surtout aux joues; douleurs dans les jambes « comme si un fluide acre envahissait les muscles, fourmillements dans les mains, excitation sexuelle avec contractions saccadées de la vulve et quelquefois spasme vénérien spontané jusqu'à neuf fois dans la nuit. Cet inconvénient lui est particulièrement pénible et elle demande du bromure de camphre pour y remédier. Détail à noter, chaque contrariété est suivie de coliques avec diarrhée. Il suffit qu'elle pense à son mari pour éprouver de vives douleurs dans les jambes, correspondant à une douleur pareille dans les joues. Si on lui frotte les jambes dans ces circonstances, elle a aussitôt mal aux joues, et d'autant

plus fort que la friction des jambes est plus énergique. Elle sent mal ses membres quand elle ne les voit pas. Ils lui font quelquefois l'impression d'avoir changé de volume. La sensibilité cutanée est diminuée par places, cette hypoesthésie est irrégulièrement distribuée et varie souvent. Le sens stéréognostique est très altéré. L'automatisme bat son plein sous toutes ses formes. La mémoire des faits actuels est fugace, le souvenir des phénomènes hallucinatoires éprouvés dans des périodes semblables est au contraire très net.

L'ensemble du malaise, même les douleurs des membres, s'amende facilement quand on tient à la malade des propos consolateurs et fermement encourageants, elle est d'ailleurs très accessible à tout traitement moral efficacement dirigé. Dans ces mauvais intervalles les paroxysmes sont généralement marqués par la présence de ce qu'elle applele *ses voix stridentes*, des voix de mauvais esprits, elles durent heureusement peu et s'effacent dès que l'anxiété diminue. Toutes les autres voix viennent aussi l'obséder à la fois, elle prévoit leur arrivée, elle les sent « qui font pression » dans sa tête avant d'éclater. Elle s'efforce de les chasser et la lutte est pénible. La fin du malaise et le prélude d'un calme au moins relatif sont marqués par le retour de la voix tutélaire de Deus ou par celle de la belle-mère qui reprennent peu à peu le dessus. Aussi sont-elles, surtout celle de Deus, appelées avec une ardente ferveur. Dans ces périodes de grande activité symptomatique, les voix inconnues, passagères et les « voix stridentes » revêtent la forme d'hallucinations auditives ordinaires, les voix familières conservent plutôt leur caractère psychique ou psychomoteur; en aucun cas elles ne proviennent du dehors, d'un point quelconque de l'espace extérieur. C'est dans la tête ou dans la poitrine qu'elles se font entendre. L'obsession des voix diminue progressivement avec la production de l'affaissement. Aux heures tranquilles, elles sont presque difficiles à obtenir volontairement, il faut un certain effort de concentration cérébrale, le secours de la table est dans ce cas même quelquefois necessaire.

Dessins médianimiques et messages psychographiques mécaniques et semi-mécaniques. — Au commencement de novembre 1901, après quelques jours de traitement et de repos complet, les grands malaises étaient suffisamment amendés, mais l'automatisme persistait. Cam... a une envie pressante de prendre un guéridon pour causer avec ses esprits, mais elle est maintenue au lit et sait qu'on ne lui permet pas cette pratique. C'est avec son crayon qui ne la quitte pas qu'elle s'entretient avec l'au-delà, en écrivant et en dessinant. Elle a déjà dans le midi, au mois d'octobre, obtenu un dessin médianimique accompagné d'un message. Ce graphique

est constitué par un point noir, arrondi, très appuyé, duquel partent au hasard, de gauche à droite, des lignes sinueuses dont l'une, au milieu des autres, figure grossièrement un profil de tête d'homme. Elle l'a tracé les yeux fermés, machinalement, sans diriger sa main elle-même, son poignet marchait tout seul; après l'avoir vu, elle a écrit sous la dictée psychomotrice, en message semi-mécanique et sur la même feuille, ce que ces traits représentaient. C'est Deus lui-même son divin guide. Elle ne veut pas se séparer de ce dessin, elle le conserve sur elle comme un précieux talisman, mais elle nous a permis d'en prendre un

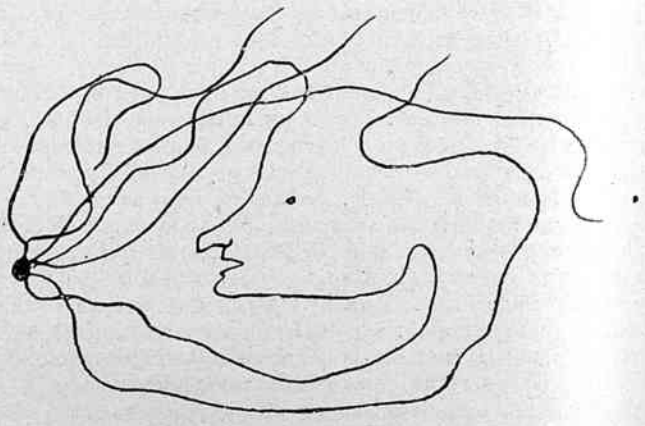


Fig. 1. — Premier dessin médianimique exécuté les yeux fermés par Cam...

calque (*fig.* 1). Elle vit maintenant le crayon à la main et au milieu des conversations de tout ordre que nous avons avec elle, Cam... s'interrompt souvent, sa main exige qu'elle exécute des graphiques du même genre, presque tous accompagnés ou suivis d'une explication écrite. Ces figures et messages sont en rapport avec ses méditations sur les problèmes théologiques, astronomiques et mystiques. Ce sont des représentations hyéroglyphiques et vagues de divinités et de constellations encore inconnues des hommes, ce sont encore des révélations sur l'élévation de son origine à elle, sur l'importance de sa mission, sur l'admiration et la tendresse incomparable qu'elle inspire à son protecteur céleste.

Pour le dessin n° 2 par exemple, après une conversation banale, Cam... entre en état d'inspiration, elle ferme les yeux. Son crayon s'applique sur le papier très fortement et y trace sans s'en détacher un ensemble de lignes courbes et de lignes droites; sans avoir ouvert les yeux elle ajoute des points et une barre intérieure (*fig.* 2) qui forment très imparfaitement une figure humaine. Les yeux toujours fermés, mais après avoir regardé elle écrit mécaniquement : « Dessin rare en sa netteté, figure de Dieu antique païen,

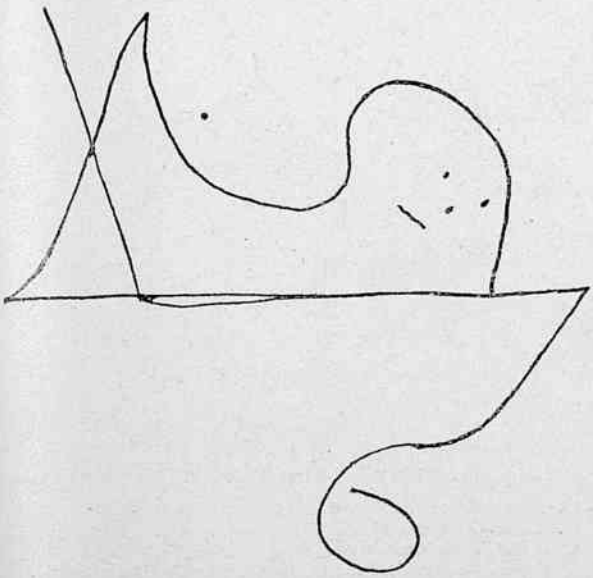


Fig. 2. — Dessin médianimique (novembre 1901).

XVe siècle avant J.-C. » L'écriture de ce message est beaucoup plus régulière, plus vigoureuse, plus large et plus anguleuse que son écriture habituelle ; elle l'a tracé avec une extrême rapidité et, l'inspiration continuant, elle ferme aussitôt pour la troisième fois les yeux et écrit précipitamment sur la même feuille : « Donné et fait pour le Dr Boissier par la future déesse Cam... » Elle regarde et lit. Le mot « future déesse » l'étonne ; son ambition mystique ne va pas jusqu'à admettre cette qualification comme une vérité, elle veut effacer, elle biffe future déesse, mais elle n'ose pas le supprimer et réécrit déesse.

Tous les dessins de cette époque, combinaisons de lignes, où dominent les courbes sinueuses rehaussées de points sont exécutés de la même manière, les points étant ajoutés les yeux fermés. Chacun d'eux reçoit son explication sous forme de message mécaniquement écrit. Tous représentent des constellations, des symboles divins, ou des objets trouvés dans des astres. Un seul, tout en étant constitué des mêmes éléments linéaires est interprété

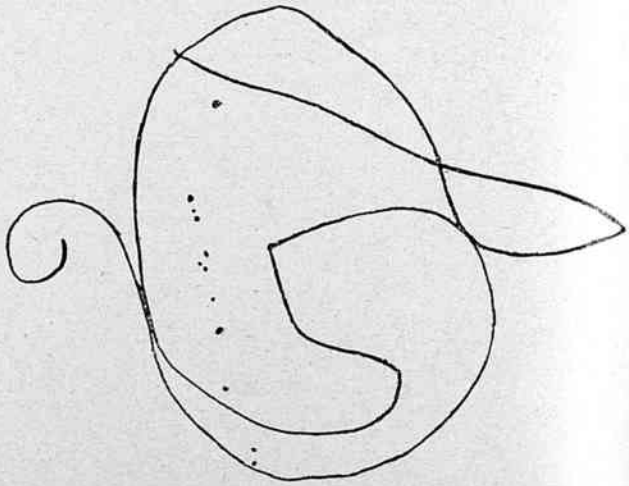


Fig. 3 *a.* — Dessin médianimique exécuté les yeux fermés.

Nous demandons ce qu'il représente :
C... attend la réponse de Dieu (Deus) qui lui dicte :
« *Un œuf de poule pondu dans de la m... e* »
C'est pour se moquer de nous que Deus a fait cette réponse triviale.

différemment. Il est inspiré et fait devant l'un de nous que la malade considère comme sceptique et qui par conséquent est exposé à la mauvaise humeur de Deus ou à ses sarcasmes ; aussi l'explication est-elle la suivante : « Un œuf de poule pondu dans de la m...de ». L'esprit est bien discourtois; un médium plus expérimenté aurait attribué cette réponse aux esprits mystificateurs, Mme C... M... se tirera de la même manière de ces mauvais pas quand elle sera mieux entraînée, pour le moment. Elle disculpe son protecteur en disant qu'il a voulu simplement se moquer de notre incrédulité (*fig.* 3, dessin *a*). Un autre graphique analogue (*fig.* 3, dessin *b*) se complète du message que voici : « c'est une constellation près de Saturne, plutôt au Nord qu'au

« Sud et qu'on découvrira bientôt au moyen de ton télescope « celui qu'elle a inventé dans le Midi), on ne la voit pas de la « terre, elle est superbe d'éclat ». D'autres sinuosités rehaussées de points (*fig.* 4, *a* et *b*) sont définies l'une, *a* : « constellation d'Astor, invisible de la terre », l'autre, *b* : « épaves d'ossements de troglodytes trouvées dans Céphée ». La même figure en *c* nous

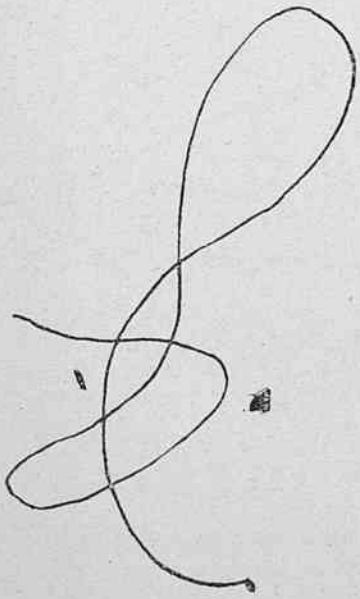


Fig. 3 *b.* — Dessin médianimique exécuté les yeux fermés, les points ont été mis après, mais *avant d'avoir rouvert les yeux.*

« C'est, dit *Deus* à Cam, une constellation près de Saturne, plutôt au Nord qu'au Sud et qu'on découvrira bientôt au moyen de *ton* télescope (celui qu'elle a inventé), on ne la voit pas de la terre, elle est superbe d'éclat »

montre une élucubration plus compliquée avec cette légende dictée en style télégraphique : « Constellation derrière Orion, « habitants doués d'une perspicacité extraordinaire, n'ont qu'un « sens général : l'entendement, les petits traits fins sont canaux « inégaux filtrant l'eau au passage et reliant une étoile à l'autre « sera découverte dans vingt ans au moins — chaque étoile est « monde perfectionné, astronome qui le découvrira descendra « de Leveyrier ». Plus enchevêtrée la figure 5 nous est expliquée

par quelques mots seulement : « Fouet du gardien de l'Ereb », et une annotation ajoute : « A manche du fouet ».

La figure 6 nous ramène parmi les divinités en *a* c'est «, Boutara « le dieu issu du soleil et de la terre et régissant le monde « terrestre sous les ordres de Neptune. Au-dessous de sa tête sont

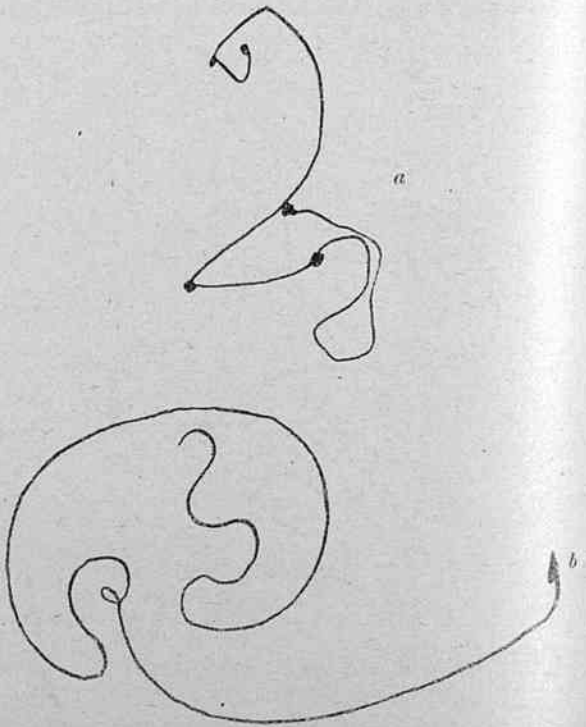


Fig. 4 a et *b*.

« diverses régions inexplorées de la terre dont on connaîtra par « Cam... un jour les richesses minières multiples contre Afrique « pays de neige — pays bleu — » Les points qui forment les yeux et le nez ont été ajoutés, les yeux toujours clos, ainsi que la barre de la bouche, celle-ci qui a été tracée plus lentement et plus prudemment est tremblée. En *b* nous trouvons un graphique du même genre toujours des lignes droites surmontées ou entourées de courbes mais sans addition de points, légende médianimique :

« C'est Cam... et Deus dans les bras l'un de l'autre priant Dieu le « Père de bénir leur union ».

Un moment après avoir terminé le dessin de la figure 8, Cam... écrit de nouveau les yeux ouverts : « Explication du dessin *b* « donnée correctement par Deus à déesse Cam... sur le devant du « dessin complémentaire sont indiqués nettement les contours du

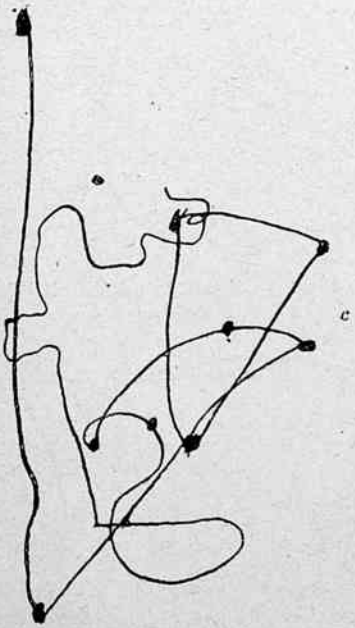


Fig. 4. — Dessins exécutés les yeux fermés ; légendes dictées par *Deus* après avoir regardé.

« rond du haut du dessin qui implique la contexture d'un banc « d'huîtres où vont les déesses amoureuses le soir sous la voûte des « cieux étoilés, priant Dieu le père, de leur donner des bénédic- « tions pour la création future d'être divins, dignes de peupler les « cieux. Deus semble prendre Cam... dans les bras sans la toucher « pour ne pas froisser son âme pure. Le don des âmes provenant « du respect mutuel des êtres contrairement aux idées des « hommes qui désirent et prennent la chair, puis négligent l'âme ; « le signe de la décadence d'un peuple provient de la direction « donnée à la chair périssable par l'âme impérissable. Perfection-

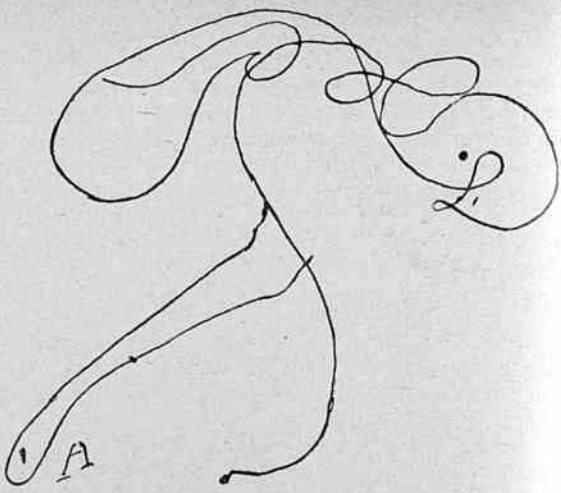


Fig. 5. — Fouet du gardien de l'Erèb.
A, manche du fouet.

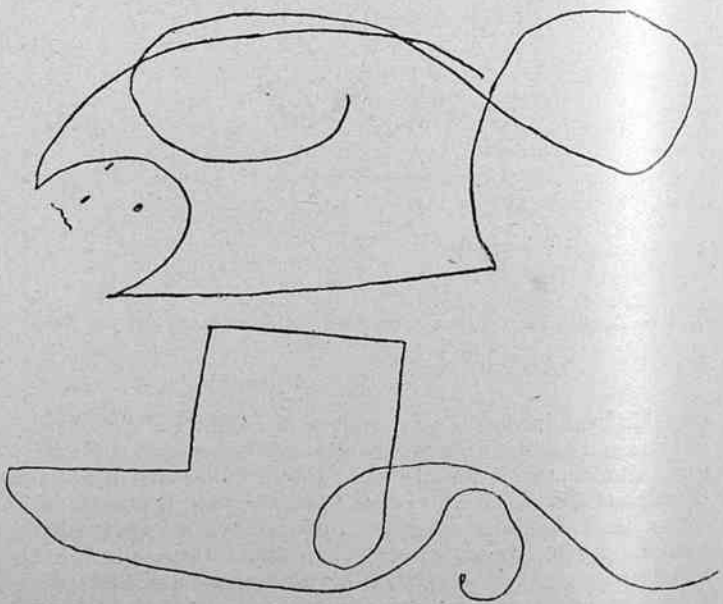


Fig. 6. — Dessins médianimiques exécutés les yeux fermés. *Deus* a dicté les explications immédiatement après.

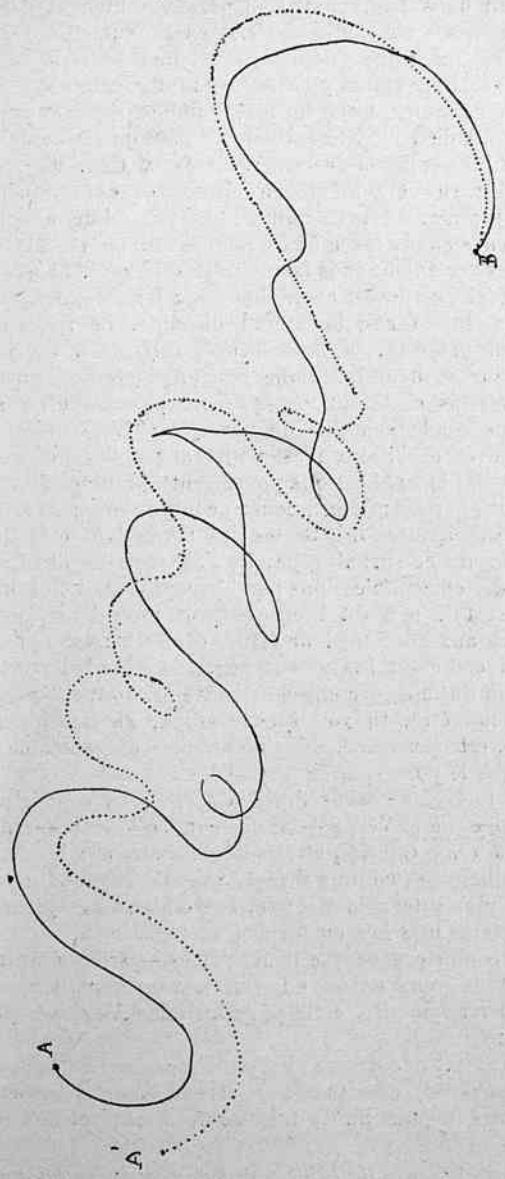


Fig. 7.

« nement dans l'amour appelé perfectionnement dans les races. « Les hommes sont bestials (*sic*) en amour et leur planète ne se « perfectionnera que s'ils deviennent meilleurs et prient les dieux « de les éclairer sur ce point et sur tant d'autres ».

C'est à ce moment que fut tentée une expérience particulière.

Profitant de l'activité actuelle de l'automatisme de Cam..., l'un de nous lui demanda de tracer, les yeux clos, une ligne longue et repliée sur elle-même en sinuosités compliquées, et, sans ouvrir les yeux, de revenir du point terminal de la ligne au point initial en suivant les mêmes sinuosités. Le résultat fut obtenu presque exactement sans la moindre difficulté. La seconde partie de l'expérience devait avoir lieu assez longtemps après, alors que l'automatisme serait fortement diminué. Le résultat en fut en effet tout différent, la malade ne put jamais, les yeux fermés, revenir sur les méandres d'une ligne qu'elle venait de tracer[1] (*fig.* 7).

Ces dessins cessèrent presque complètement de se produire vers la seconde semaine de novembre. L'état d'esprit toujours mystique et ambitieux n'est pourtant pas aussi mégalomane que ces légendes et explications pourraient le faire croire, ce sont les esprits qui parlent; Cam... cause de toute chose plus naturellement, bien qu'elle ajoute foi à toutes ces révélations et à la réalité de leur provenance surnaturelle. En l'absence des dessins, elle reçoit encore des communications psychographiques telles que celle-ci :

« C'est toi, m'a dit Dieu pendant mon délire (conscient), qui « dictera aux hommes leur future conduite; voici pourquoi :

« Ton cœur est infiniment pur, ton âme belle dans toute l'ac- « ception du mot, car elle est dénuée de tout sot orgueil ; mieux « qu'aucun être, tu vois que le corps, en tant qu'enveloppe de « l'âme, est périssable, donc méprisable aux yeux de Dieu, dont « tu seras le porte-parole devant les hommes.

« La nouveauté dans l'idée à faire vivre c'est la combinaison « du Moi et de la Vérité — apporte à la Vérité — soit la Bonté « par la *vraie* Charité, et fais-là connaître aux hommes qui ne la « pratiquent pas comme il faut, s'ils t'écoutent, tu seras auprès « d'eux mon intermédiaire; va, fais d'abord des jeunes élèves, je « te dicterai mes lois au fur et à mesure.

« Ecris plus encore que tu ne parles — *scripta manent.* »

Quelques jours après, elle écrit devant nous, toujours avec une rapidité vertigineuse, cette page intitulée *Naissance* (sa naissance à elle) :

« Delos est une déesse chargée d'envoyer l'étincelle divine dans « chaque âme; elle prit par erreur l'âme d'une étoile morte, « nommée depuis Siloë, fille de la beauté et de l'amour ou de

[1] Sollier. *Du sens de la direction dans ses rapports avec l'automatisme* (*Bulletin de l'Institut général de psychologie*, p. 506).

« céphée et de Dieu. Cette étincelle divine, jetée dans une âme « humaine, devait jeter la perturbation dans cette âme même par « la lutte de la matière et de l'essence divine. Kam souffrit toute « sa vie : enfance, jeunesse, mariage. Le monde, l'argent, « l'égoïsme, le désir brutal et jamais l'amour. L'enfant voulut « sortir de son enveloppe mortelle il y a quatre mois (allusion à « ses sensations de mort éprouvées en Suisse et dans le Midi, à « l'opparition de Deus et à sa mission), nous l'en empêchons pour « qu'elle crée la religion de la Bonté chargée de régénérer le « monde en perfectionnant le christianisme continué dans le « Kamianisme. Celle-ci sera..... (saura pas aujourd'hui — inutile). » Elle s'est brusquement arrêtée d'écrire, et cette parenthèse indique assez que Deus se refuse de rien dicter de plus, il ne veut pas que nous en sachions plus long. Nous insistons pour qu'elle obtienne la suite, mais elle refuse énergiquement : « Non, dit-elle, il est « terrible, je sens qu'il est en colère. »

Mais, plus tard, elle reprend le crayon et termine : « Sera une « religion de transition, base de la tolérance. » Elle ajoute alors quelques explications orales : « Les enfants seuls seront réelle- « ment Kamiens; le tsar (dont elle a évoqué typtologiquement « l'esprit dans le Midi), sera fou des idées que j'aurai, il m'a pro- « mis à ma mort de recueillir mes cendres dans un sarcophage « d'or ciselé à l'île Borromée. Les juifs et les protestants réfrac- « taires seront déportés à Silo qui s'abîmera dans les flots. »

Au milieu d'une causerie où nous discutons théologie, elle sent que l'inspiration va venir; elle prend le crayon et sa main écrit : « Vous êtes déiste, c'est-à-dire croyez à *tous* les dieux; or, « demandez qu'on vous démontre Dieu; or, l'Infini n'est pas « démontrable, puisque démontrer c'est réduire un fait à des « faits tangibles et l'infini est intangible. Démontrer quel Dieu? Il « y a : 1° Dieu Infini; 2° Dieu de notre système solaire : Neptune; 3° Dieu du système solaire de Céphée : Deus. 4° Dieu du sytème solaire de... »; ici, de nouveau, la communication s'arrête. Deus refuse de rien dicter de plus. L'écriture de ce message n'est ni l'écriture ordinaire de Cam... ni celle des révélations qui accompagnent les dessins, surtout les premiers; cette fois, c'est une écriture très verticale, tantôt ramassée, tantôt lâche, avec jambages allongés.

L'inspiration cesse, elle revient à son état ordinaire et continue la conversation; il s'agit maintenant de son recueil de pensées, elle discute un aphorisme à y incorporer et le note, mais avec sa conscience et sa volonté à elle et de son écriture habituelle sur la feuille même où elle vient d'enregistrer le message : « Le respect « est aux cœurs purs ce qu'est l'oxygène aux corps sains, » et, plus bas, celui-ci : « L'âme est tout étant essence divine, et c'est « aux âmes qu'on juge les hommes, non aux corps, seuls signes

« distinctifs des races, les questions de races sont stupides. » Et cet autre enfin : « La peine de mort est une œuvre digne des « hommes, elle prouve à quel point l'esprit mortel est éloigné de « l'esprit de Dieu, qui est toute Miséricorde, toute Bonté envers « les humains; mais ceux-ci se dévoreront entre eux jusqu'à ce « qu'ils crèvent d'orgueil, tout comme la grenouille se croyant « le bœuf! »

La forme et le fond, comme l'écriture de ces pensées conscientes, diffèrent sensiblement de ceux des messages mécaniques et semi-mécaniques. Cam... considère ces pensées comme des ébauches qu'elle retouche et ciselle; tandis que les messages, malgré leur style incomplet et leur extravagance, lui paraissent des choses sacrées auxquelles elle ne doit rien modifier.

Un autre jour, au cours d'une conversation quelconque, l'esprit de Deus se manifeste tout à coup, le crayon que Cam... tient toujours « entraîne sa main » et elle écrit très rapidement : « Dirai docteur secret médecine et bonheur humanité, sur ma- « ladie contagieuse avec permission de Cam... Cam... permettra « docteur faire connaître secret sur fièvre typhoïde, façon isoler « les malades dans grande cloche de verre. Dirai secret d'Uranie « pour guérir radicalement fièvre typhoïde comme l'ai révélé à « celui qui le fit tant souffrir. » Celui qui la fit tant souffrir, c'est son mari. Celui-ci, en effet, quand il se servait d'elle comme de son médium ordinaire, avait, par son intermédiaire, consulté Deus pour guérir la surdité incurable d'un de ses amis.

Deus avait prescrit par la table cinquante centigrammes de quinine. M. Schtein, qui avait entendu dire qu'on donnait du sulfate de quinine pour certaines affections de l'oreille (vertige auriculaire), fut frappé d'admiration; mais, à la même époque, l'esprit avait ordonné contre la diarrhée d'un autre ami un lavement d'eau de Cologne qui heureusement ne fut pas administré.

Typtologie mentale. — Plusieurs des messages qui précèdent et notamment le dernier, sont en style télégraphique, c'est la caractéristique des messages de certains jours. Cette forme paraît être le mode intermédiaire entre les communications auditives ou graphiques en langage complet et les communications typtologiques; ces dernières étant forcément un peu longues à recueillir exercent la patience de la malade et sont généralement aussi composées en style incomplet. Comme la plupart des médiums, Cam... a commencé par la typtologique à bascule, c'est-à-dire par la table. Aujourd'hui encore, elle aurait volontiers recours à ce moyen, surtout quand par les autres voies l'esprit fait attendre ses avis.

Mais, comme ce procédé lui est actuellement interdit et comme l'activité momentanée de ses centres automatiques en mettent d'autres à sa disposition, la typtologie s'établit par son fidèle

crayon. Celui-ci, quand il n'écrit pas, frappe les coups des lettres sur la table de chevet ou sur n'importe quoi. Un matin, pendant notre visite, Deus épèle par les frappements du crayon. Il déclare que l'un de nous a fait, il y a quelques années, partie d'un comité consistorial à Paris et possède l'âme plusieurs fois réincarnée d'un ancien prêtre. Le premier fait étant exact, Cam... triomphe, car, dit-elle, elle l'ignorait absolument, la vérité du premier fait doit entraîner celle du second. Elle oublie que nous lui avons parlé de ce comité lors de son premier séjour; notre incrédulité la déconcerte et semble irriter Deus.

Le crayon frappe, en effet, avec une certaine violence, il épèle de nouveau : « Dis à Monsieur... » et s'arrête brutalement, puis il reprend en coups secs : « Cam... repose-toi. » Déus ne dira plus rien de la matinée. Les mécréants lui déplaisent, il profère même plusieurs fois le mot de Cambronne pour l'un de nous qui plaisantait à son sujet. Ces grossièretés sont monnaie courante en matière de spiritisme, on les met à l'actif des esprits trompeurs et des esprits légers. Cam... n'ayant jamais fréquenté les milieux spirites, bien que ces trivialités soient tout à fait contraires à son tempérament, excuse Deus et cherche à justifier l'expression de sa colère.

Le crayon n'est bientôt plus nécessaire pour frapper les lettres, un doigt y suffit et enfin, chose plus intéressante, la typtologie devient purement mentale. C'est dans la tête, « dans la pensée », que les coups des lettres se succèdent sans aucun mouvement externe. C'est le moyen de communication qui a prévalu pendant presque tout le mois de décembre. Les lettres sont battues très vite, le médium a hâte de découvrir le sens de la phrase dictée et cherche à deviner les mots bien avant qu'ils soient achevés.

Un jour entre autres, pendant ce même mois de décembre 1901, nous trouvons Cam... de mauvaise humeur ; à la suite d'une visite de son mari, elle a mal dormi, elle est énervée, elle a eu mal aux jambes et de la diarrhée. Toute la matinée, la typtologie mentale a été très active sans qu'elle ait eu à se recueillir pour la provoquer. Le phénomène reprend devant nous. Les lettres successivement se confondent dans sa tête : « A, b, c, d, e, *f*. Elle poursuit : *a*, sans laisser continuer, elle cherche à deviner le mot commençant par *fa*, cela doit être *fais*, un sentiment intérieur d'affirmation lui exprime que c'est bien le mot voulu.

Elle laisse continuer : « *a* encore, puis a, b, c, d, e, f, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q. r, s, *t*. Elle s'arrête et pense *attentat*? sensation intérieure de négation, elle pense alors *attention*? sensation intérieure d'affirmation. Elle poursuit alors le mot suivant, toujours impatiente de devancer la marche du procédé.

La phrase constituée est la suivante : « Fais attention à la clef à cause de la garde-malade. » Cette fois, cet avis de défiance à

l'égard d'une garde qu'elle estime et dont elle est très sûre révolte sa justice, aussi affirme-t-elle que ce n'est pas Deus qui parle, ce ne peut être la voix de personne assure-t-elle, et la voilà sur le chemin d'attribuer les vains propos aux esprits mystificateurs, comme les vétérans des évocations.

Cette typtologie intérieure va durer pendant des mois, se répétant presque tous les jours à certaines périodes. « Cela m'agace quelquefois, dit Cam..., alors je fais les mots moi-même, mais je me trompe, alors Deus recommence lentement, *en appuyant les lettres*, et en formant des mots auxquels je ne m'attends pas du tout. » (*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Sur les modifications craniennes consécutives aux atrophies cérébrales unilatérales (*hémiplégie infantile*).

Par G. PAUL-BONCOUR.

Dans les encéphalopathies infantiles, l'état du crâne ne doit pas rester inaperçu : il n'est jamais indifférent d'essayer d'établir les rapports qui existent entre le crâne et le cerveau et de déterminer l'influence que le contenant peut exercer sur le contenu ou réciproquement.

Personne ne met en doute que ces rapports ne soient étroits, mais quelle en est la nature ? Quel en est le degré ? Quelle est celle des deux parties dont l'action est prépondérante ? Autant de questions, dont on se préoccupe rarement : peut-être en raison de leur aridité ou de leur complexité, peut-être aussi parce que leur utilité est ignorée.

Il est un fait que l'étude de la craniologie a mis en évidence : la boîte cranienne à l'état normal permet au cerveau de prendre le développement dont il a besoin. On doit même ajouter que le contenu peut prendre un développement exagéré (par exemple dans l'hydrocéphalie,) sans que le contenant, c'est-à-dire l'enveloppe osseuse, ne cesse de s'adapter à cette pression intra-cranienne anormale. D'ailleurs, sans avoir recours à des exemples pathologiques,

n'est-il pas prouvé que la persistance de la suture métopique est en relation avec une augmentation normale du volume cérébral [1]. Le crâne par cette anomalie continue à remplir son rôle protecteur sans apporter aucune entrave à la croissance des centres nerveux. Que devient cette loi dans les cas pathologiques ?

Si une suture prématurément synostosée s'oppose à la croissance d'un cerveau sain, ce dernier éprouvera quelque gêne, mais malgré tout, à moins que toutes les sutures ne soient synostosées, le cerveau pourra acquérir un développement normal. Les circonvolutions seront tassées les unes contre les autres, l'endocrâne en présentera les traces, mais grâce à une dilatation compensatrice, le développement encéphalique se fera dans une direction opposée et le résultat sera une déformation cranienne ; mais remarquons-le, cette déformation est la preuve de l'adaptation de la boîte cranienne à la pression interne. Nous jugeons inutile d'entrer dans de longues explications concernant le mécanisme des déformations consécutives à la synostose prématurée d'une ou plusieurs sutures, nous renvoyons à une communication que nous avons faite récemment à la Société d'Anthropologie « sur la morphologie cranienne dans ses rapports avec les états pathologiques du cerveau [2] ». Nous avons présenté des pièces et démontré le soin avec lequel il est nécessaire et d'étudier et d'interpréter les faits.

Ce qu'il importe de savoir c'est que seul un cas de synostose complète et prématurée du crâne est de nature à s'opposer au développement d'un cerveau sain. Le cas doit être rare, car ainsi que nous le faisions remarquer antérieurement dans un mémoire sur *Le crâne dans les idioties* [3] », sur 625 crânes recueillis au musée de Bicêtre, nous n'avons relevé qu'un seul cas de synostose complète et encore le cerveau qui y était renfermé présentait des lésions qui s'opposaient à son développement tout autant que l'inextensibilité de la boîte osseuse.

[1] Papillault. — *Suture métopique* (*Mémoires de la Société d'Anthropologie*, 1896).

[2] *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 1902, page 35.

[3] Bourneville. — *Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, compte rendu de Bicêtre pour 1901, page 193.

Si au contraire les sutures restant libres, il existe un cerveau qui ne se développe pas, qu'adviendra-t-il ? Ce n'est pas une hypothèse, et le fait se présente constamment : un petit cerveau s'accompagne d'un petit crâne ; tous les cas de microcéphalie en sont la démonstration.

Quelle que soit la cause première de l'arrêt de développement des centres nerveux, le forme cranienne n'est-elle même que l'expression de cet arrêt de développement. C'est la persistance d'un état cranien infantile, dont l'étrangeté tient souvent au défaut de proportion qui existe entre le corps et la tête. La microcéphalie [1] peut s'accompagner d'un arrêt général de la croissance, constituant alors une variété de nanisme, mais elle peut aussi surmonter un corps relativement développé et, dans tous les cas, l'étude du crâne qui en a été faite est démonstrative : la forme, la disposition des parties osseuses, la valeur des angles pétro-clivien, inio-clivien, clivo-horizontal, basilaire, indiquant l'inclinaison de certaines portions craniennes par rapport à l'horizontale, traduisent mathématiquement un retard de croissance.

On nous objectera peut-être que certains caractères ne sont pas le fait de la persistance d'un état infantile : l'épaisseur des parois craniennes, par exemple, si remarquable chez certains microcéphales !! C'est une preuve, au contraire, et une preuve éclatante de l'origine centrale de la microcéphalie.

Le cerveau atrophié ne se dilate pas et par suite ne dilate pas la cavité cranienne, mais en même temps il n'exerce aucune pression sur l'endocrâne ; aussi le tissu osseux parfaitement sain continue à s'accroître. La croissance interstitielle des parois craniennes n'est pas limitée par la pression intra-cranienne, de là son épaisseur parfois inusitée. Ainsi que nous l'avons écrit antérieurement et ainsi que M. Bourneville en a relaté de nombreux exemples, dans tous les cas où un hémisphère est atrophié, la paroi correspondante est augmentée d'épaisseur [2]. Cette particularité est en relation

[1] M. Manouvrier a donné des explications anthropologiques au sujet de la microcéphalie accompagnée ou non de nanisme que nous conseillons de consulter pour comprendre tous ces rapports. *Nanisme in Société d'Anthropologie*, 16 avril 1896.

[2] *Le crâne dans les idioties.*

avec cette loi que partout où la pression est augmentée, l'os tend à s'amincir (et dans l'hydrocéphalie où elle est à son maximum on a, en effet, des parois extrêmement minces) et que là où la pression diminue la paroi s'épaissit.

La *figure* 8 et les Pl. I et II donnent un exemple frappant de cette modification de la pression intracrânienne au niveau de la loge frontale. Le cerveau de Vey... avait une atrophie double de la partie antérieure des loles frontaux : il en était donc résulté une diminution de pression dans la loge antérieure et conformément à la loi sus-énoncée, *l'os frontal s'est épaissi* ainsi que l'indique la *figure* 8, où l'on voit la coupe de cet os.

Dans la microcéphalie où la pression est extrêmement faible, puisque la masse entière est frappée d'un arrêt de croissance, l'épaisseur des parois peut être considérable. L'ossification ayant lieu librement, il en résulte un envahissement des sutures d'autant plus aisé que l'expansion cérébrale absente ne s'oppose pas à leur occlusion. Dans ces cas la synostose totale ou très avancée, d'ailleurs extrêmement rare, n'est donc que secondaire et nullement la cause de l'atrophie cérébrale.

Ce qui est vrai pour les cas de microcéphalie l'est également pour les cas où le cerveau est atteint d'un retard peu prononcé de développement.

Si on compare les crânes des idiots à des crânes de sujets normaux, on constate une diminution des diamètres craniens, mais de plus on remarque, et c'est là un fait encore plus intéressant car il en donne la raison, un certain nombre de caractères en rapport avec un stade du développement cranien nullement approprié à l'âge et à la taille du sujet[1]. On dit que le crâne présente quelques caractères infantiles, c'est très juste car tout n'est pas enfantin, la croissance générale ayant continué et atténué certains de ces caractères. L'épaisseur des parois, par exemple, ou encore l'ossification de certaines sutures sont la preuve de la dysharmonie que nous signalons.

[1] Nous avons insisté dans notre mémoire *Le Crâne dans les Idioties*, sur le défaut d'expansion cérébrale en vertu duquel les déformations sont peu accentuées chez les idiots en comparaison de leur nombre. C'est toujours la même cause qui est en jeu (comme pour la diminution des diamètres) : le retard de développement.

Nous pensons que ces explications donnent entière satisfaction, mais en cas qu'il y ait malgré tout des incrédules, nous allons ajouter les observations suivantes qui sont encore plus démonstratives car elles reposent sur des cas ayant la valeur de véritables expériences réalisées par un processus morbide.

Nos observations portent sur les crânes de sujets porteurs d'hémisphères de poids et de volumes différents par suite de la sclérose atrophique de l'un d'eux.

Leur juxtaposition a amené dans la partie du crâne correspondant à chacun d'eux des différences bien accusées : d'une part un hémicrâne normal, de l'autre un hémicrâne moins développé, autant de variations qui démontrent que le crâne s'est adapté de part et d'autre à sa fonction.

Toutes les parties de la boîte crânienne sont loin d'être également influencées. La surface extérieure ne présente souvent rien de remarquable, tandis que l'endocrâne subit des modifications fort appréciables. Mais sur ce dernier encore, l'influence cérébrale s'exerce inégalement : alors que la base cranienne subit des transformations accentuées, le reste de la surface est peu modifié.

Cela s'explique aisément : plongé dans le liquide céphalo-rachidien le cerveau en raison de son poids exerce une action directe sur la surface inférieure de l'enveloppe cranienne; que ce poids subisse des variations, la base cranienne présentera des variations parallèles.

Nous sommes informés, grâce à des recherches craniologiques patientes, qu'au cours de la croissance, la tête subit de nombreuses transformations. Les caractères morphologiques d'un crâne de fœtus différent essentiellement de ceux d'un crâne adulte ; ils sont cependant reliés les uns aux autres et leur apparition n'est pas spontanée mais le résultat d'une multitude de phénomènes mécaniques, chimiques et même pathologiques. Comme l'a écrit le Dr Papillault, un caractère morphologique porte l'empreinte de chacun de ces phénomènes, même des plus fugitifs [1].

Mais il est non moins évident que cette trace sera d'autant plus profonde que le phénomène aura agi plus longtemps et

[1] *Etude morphologique de la base du crâne* (1898). *Société d'Anthropologie.*

plus fortement. La portion cranienne répondant à l'hémisphère malade présentera donc un retard si on le compare à la partie adjacente donnant asile à un hémisphère sain. L'une comme l'autre n'auront fait que s'adapter au poids et au volume de la masse encéphalique qu'ils supportent.

Il est facile d'apprécier par une simple inspection le moindre développement de certaines parties osseuses du côté malade (diminution de la fosse cérébrale moyenne par exemple), l'asymétrie de la base cranienne, la scoliose de la partie médiane de la base, mais cela ne donne aucune notion précise de l'affaissement en masse de la base (effet direct du poids cérébral) et de ses différences.

Pour les mettre en évidence, nous avons agi avec nos crânes comme nous l'avions fait avec un crâne de myxœdémateux au sujet duquel nous avons publié récemment quelques réflexions concernant les déformations de la base dans les *Archives de Neurologie*[1]. Les crânes ont été dessinés au stéréographe, puis dans le but de connaître la différence des angles faits par chacune des voûtes orbitaires et chacun des rochers avec une ligne commune et nullement influencée par les variations du poids encéphalique. Nous avons :

1° Mesuré l'angle formé par la rencontre de la ligne suivant la direction de la voûte orbitaire avec le plan horizontal de la tête établi par Broca, plan passant par le centre des orbites et le trou optique.

2° Mesuré l'angle existant entre la ligne suivant la crête de la pyramide pétreuse du rocher et le clivus (plan de la face supérieure de l'apophyse basilaire).

Voici les valeurs de l'angle orbito-horizontal :

Côté sain.	Côté malade.
147°	136°
150°	142°
143°	135°
148°	139°
147°	137°
143°	134°

Nous ne faisons pas figurer sur ce tableau d'une part les crânes chez lesquels la différence des hémisphères était

[1] *Archives de Neurologie*, août 1903 et *Compte rendu de Bicêtre* pour 1902.

peu accentuée d'autre part ceux qui appartenaient à des sujets peu avancés en âge. Dans le premier cas la base crânienne a été insuffisamment impressionnée et les mensurations ne sauraient traduire un arrêt de développement minime.

Dans le second cas, les inclinaisons diffèrent trop peu pour avoir une valeur réelle ; mais alors ce n'est pas l'insignifiance de l'arrêt de développement qui est en cause, c'est le stade peu avancé de la croissance de l'hémisphère sain qui rétablit l'égalité. Si l'enfant eût survécu, les différences d'inclinaison se fussent accusées au fur et à mesure de l'augmentation de poids.

L'inclinaison du rocher est indiquée dans le tableau suivant qui donne l'angle pétroclivien.

Côté sain.	Côté malade.
51°	62°
55°	64°
59°	70°
60°	64°
57°	65°
55°	63°

Nous constatons dont l'inclinaison moindre du rocher placé du côté malade. Il a eu un poids moindre à supporter et son inclinaison rappelle celle qu'on observe chez un enfant nouveau-né ou un fœtus.

Chez le nouveau-né :	64°
Chez le fœtus:	65°2

On remarquera un angle de 70° qui ne se rencontre que chez les microcéphales : moyenne = 71°.

Au contraire, le côté sain se maintient dans les limites observées chez un individu normal = 50° à 60°.

Nous avons éliminé un crâne de rachitique sur lequel les différences angulaires étaient insignifiantes malgré la différence des poids.

La faiblesse osseuse ayant permis un véritable effondrement de la base sans rapport avec le poids des hémisphères, les chiffres sont au-dessous de la moyenne. Nous avons donné récemment un exemple frappant de ce que peut être l'aplatissement d'une base crânienne dans le cas de faiblesse du

tissu osseux [1]; c'était un myxœdémateux, chez lequel l'orifice externe du conduit auditif et le basion (bord antérieur du trou occipital) normalement à un niveau différent se trouvaient sur un même plan.

Nous allons maintenant signaler quelques variations morphologiques résultant de l'inégalité de volume des hémisphères. Une première modification qui apparaît, consiste dans la déviation, la scoliose de la partie médiane de la base crânienne depuis le corps du sphénoïde jusques et y compris la crête endofrontale. L'apophyse crista-galli est plus ou moins déviée vers le côté malade. Dans notre mémoire « Le Crâne dans les Idioties », nous avons déjà attiré l'attention sur cette anomalie en faisant remarquer d'ailleurs que depuis de longues années M. Bourneville [2] l'avait notée dans toutes les descriptions relatives aux nécropsies s'accompagnant d'hémiatrophies cérébrales.

Sa genèse est simple : lorsque les deux hémisphères se développent également et simultanément, la pression supportée par l'apophyse crista galli sur ses deux faces est identique. Qu'un des hémisphères s'atrophie et cesse de se développer, qu'arrive-t-il? Le demi-cerveau sain exerce sa pression d'une part sur la paroi résistante de la voûte crânienne correspondant à sa face externe, d'autre part, sur la paroi dépressible formée par la faux du cerveau et la lame mince recouvrant le tissu spongieux de l'apophyse crista-galli. Mais toute cette paroi interne se laisse déprimer par la pression normale de l'hémisphère sain, qui n'est pas contrebalancée par une pression en sens contraire. L'hémisphère au cours de sa naissance agrandit donc sa loge aux dépens de la loge de l'hémisphère opposé.

Les déformations de l'apophyse sont les suivantes : elle est plus ou moins renversée. La face répondant au côté sain est aplatie et lisse, la face opposée est bombée et renflée; ces aspects sont à rapprocher de ceux qui se retrouvent sur les

[1] *Archives de Neurologie*, 1903 et *Comptes rendus de Bicêtre*, 1903; Paul-Boncourt : *Mécanisme de quelques déformations craniennes dans le myxœdème* (*Société d'Anthropologie*, 18 juin 1903).

[2] M. Regnault (*Compte rendu de l'Association des anatomistes*, 1901-et M. Ledouble (*Traité des variations des os du crâne*), rattachent égale)ment la déviation de l'apophyse à l'inégalité de volume des hémisphères.

crânes normaux à différents âges : sur un crâne d'adulte l'apophyse crista-galli est généralement mince et aplatie sur ses deux faces : sur un crâne de fœtus, elle est, la plupart du temps, plus ou moins renflée.

Dans nos cas, un côté rappelle donc l'aspect normal, tandis que sur le côté opposé on constate la persistance de la forme fœtale. Le renversement parfois complet est l'exagération d'un mécanisme normal, due à une inégalité de pression pathologique.

Ajoutons pour aider à la compréhension de ces formes :

1° Que sur un certain nombre de crânes ayant appartenu à des microcéphales, nous avons constaté l'aspect renflé en totalité, ce qui n'a rien d'étonnant puisque l'absence de pression est générale [1].

2° Que les hémiplégiques, décédés en bas âge, ne présentent pas de déviation de l'apophyse, ou ils n'en présentent qu'une très minime puisque l'hémisphère sain n'a pas eu le temps ou mieux le besoin d'agrandir sa loge.

Une autre conséquence de la déviation de l'apophyse crista-galli est la diminution de largeur de la fosse ethmoïdale répondant au côté malade. En même temps que l'apophyse est repoussée, la partie sous-jacente, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, dont elle n'est que le prolongement la suit dans ce mouvement d'où la déviation de cette portion facile à voir lorsqu'on regarde par l'ouverture antérieure des fosses nasales ; d'où aussi le rétrécissement de la fosse ethmoïdale.

Enfin, à la partie antérieure, la crête endofrontale est repoussée du côté malade, si bien que la partie médiane de l'os frontal considéré par la face externe ne répond en rien à la saillie de cette crête osseuse interne.

La différence de pression a amené également une asymétre du corps du sphénoïde. Les deux versants latéraux qui se continuent avec la face supérieure des grandes ailes ont des inclinaisons différentes ; le versant contribuant à former la loge de l'hémisphère sain est beaucoup plus oblique que celui du côté opposé : il tend à la verticalité. La pression plus forte a modifié aisément le corps de l'os creusé de sinus et amené

[1] Nous l'avons aussi constaté sur les crânes ayant donné asile à une porencéphalie double.

un aspect normal, tandis que du côté répondant à une moindre pression on a un aspect qui serait normal si le sujet était encore en bas âge. Par suite de cet aplatissement le niveau de la naissance de la grande aile, est plus inférieur.

Nous connaissons déjà un certain nombre des phénomènes au moyen desquels la partie saine du cerveau a agrandi sa loge et rendu apparent l'arrêt de développement de la portion osseuse renfermant l'hémisphère malade.

En voici quelques autres : l'expansion cérébrale s'étant faite dans tous les sens au niveau de la loge moyenne, la partie antérieure du lobe temporal qui s'introduit sous la petite aile du sphénoïde, a légèrement repoussé en avant la grande aile : aussi l'excavation destinée à recevoir le bec de cette circonvolution a un développement notablement supérieur du côté sain ; il est parfaitement appréciable à la vue.

En arrière la pression cérébrale a produit un véritable renversement du bord supérieur du rocher en même temps qu'un léger tassement de cet os : (nous parlons toujours par comparaison avec le côté malade). Sur certains crânes même, l'orifice interne du conduit auditif n'est pas aussi régulièrement arrondi du côté sain. Nous avons d'ailleurs noté le fait pour certains trous optiques.

Si on calcule l'angle que fait la ligne du rocher avec la ligne médiane horizontale, on constate qu'il est plus petit du côté sain, l'os ayant été été repoussé vers la partie postérieure par suite de l'expansion du cerveau. Voici les angles obtenus :

Côté sain.	Côté malade.
—	—
51°	58°
55°	60°
53°	55°
60°	66°
58°	60°
50°	54°

Le déplacement en arrière du rocher est d'autant plus facile qu'aucune pression ne s'y est opposée ; dans nos hémiplégies infantiles, le cervelet présentait une atrophie croisée, c'est-à-dire qu'à l'hémisphère sain correspondait un hémisphère

cérébelleux atrophié : les rapports de ce dernier avec la face postérieure du rocher indiquent donc bien que la résistance a été minime[1].

Les moyens d'agrandissement de la loge antérieure nous sont connus : inclinaison de la voûte orbitaire, déviation de l'apophyse crista galli et rétrécissement de la fosse ethmoïdale, déviation de la crête endofrontale.

Au niveau de la voûte orbitaire on observe une autre différence entre les deux côtés. Tandis que du côté sain il y a des impressions digitales profondes et des éminences papillaires élevées, du côté malade l'aspect est plus lisse. C'est un effet de cette loi que nous avons signalée plus haut, que partout où la pression diminue la paroi s'épaissit là où elle est augmentée l'os s'amincit.

Aux circonvolutions les plus pesantes, correspondent des cavités plus profondes, mais au niveau des sillons qui les séparent, la pression est nulle et la prolifération osseuse se faisant librement vient combler le vide qui en résulte. Du côté malade le cerveau appuie moins sur la voûte orbitaire, et de plus en raison de la sclérose qui l'atteint et qui ratatine les circonvolutions, en raison des épaississements méningés qui sont fréquents, il n'y a pas des intervalles aussi accentuées et les crêtes osseuses n'ont pu s'y insinuer.

Ce n'est donc pas, comme certains cliniciens l'ont dit sans réflexion, parce que le cerveau exerce une action trophique directe sur l'os qui le recouvre (ce qui dans le cas d'atrophie de cet organe, entraînerait une atrophie des crêtes osseuses observées normalement) que l'on observe les variations précédentes.

Si on considère la voûte cranienne, on s'aperçoit du reste

[1] L'inégalité croisée n'est pas absolue, quelquefois les hémisphères cérébelleux sont égaux ; d'autres fois, plus rares, l'atrophie cérébelleuse existe du même côté que l'atrophie cérébrale. Enfin, souvent, tandis que les hémisphères cérébraux sont inégaux, les hémisphères cérébelleux sont égaux. C'est, au moins, ce qui ressort du tableau sur l'*Inégalité des hémisphères cérébraux et cérébelleux*, comprenant 90 cas que nous avons publiés dans notre *Compte rendu* de 1902 (p. 265-273). Voici d'ailleurs les chiffres : Inégalité croisée, 37 ; — inégalité du même côté, 7 ; — égalité (des hémisphères cérébelleux) 45. — Nous profitons de l'occasion pour signaler une erreur typographique : à la page 27, il faut intervertir les lettres G et D. BOURNEVILLE.

que l'épaisseur de la paroi est plus grande du côté malade. Pourquoi cet aspect ?

Parce que, comme nous l'avons dit, la pression à ce niveau est moindre. Toutefois, remarquons-le, la différence d'épais-

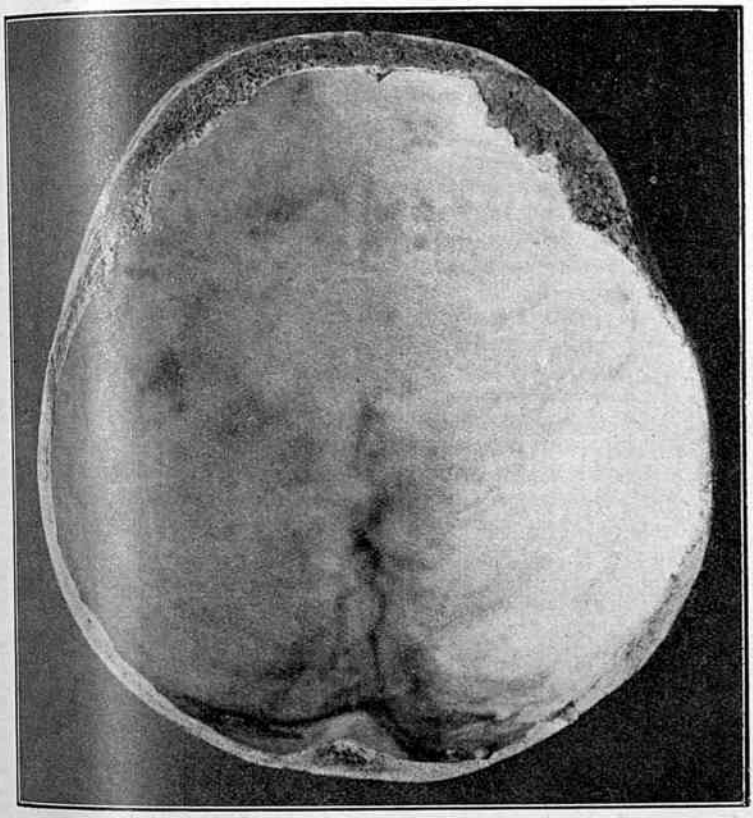


Fig. 8. — Coupe de crâne de Vey... (hauteur réelle 14 ; largeur 13).

seur est peu marquée dans certains cas et nullement comparable à celle qui accompagne les scléroses totales de l'encéphale (microcéphalie). Il y a une dernière cause qui doit entrer en ligne decompte : l'inflammation méningée.

Etant donnés les rapports des membranes avec l'endocrâne

cela n'a rien d'étonnant. Mais dans quelle mesure cette inflammation exerce-t-elle son action sur la croissance de

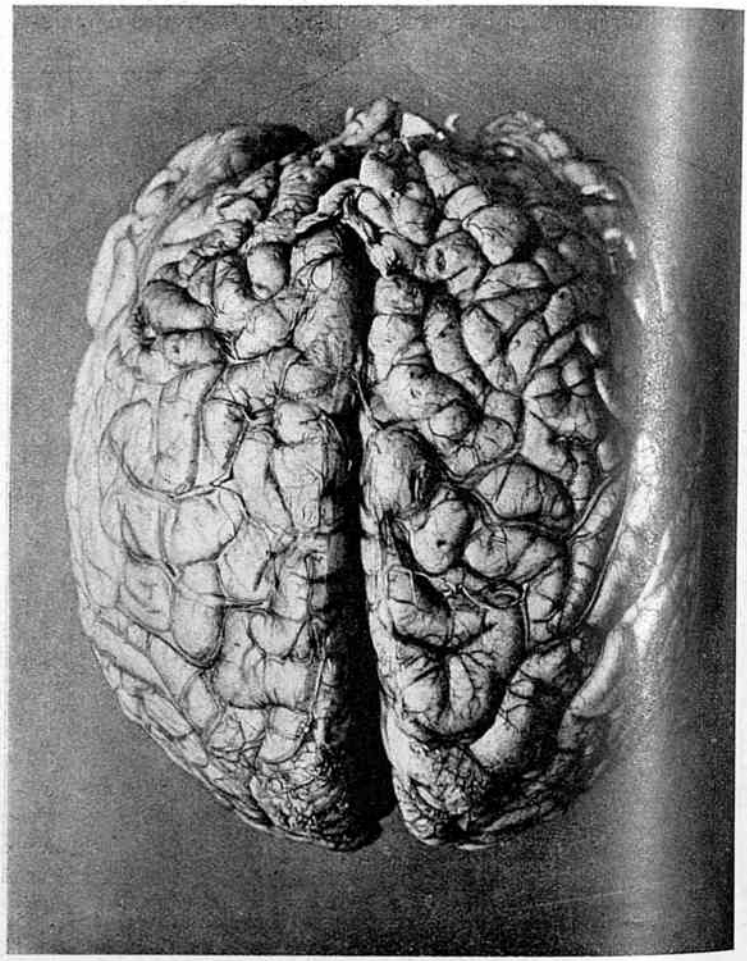


Fig. 9.

l'os ? Ce sont là des phénomènes complexes sur lesquels nous ne voulons pas nous prononcer définitivement. En effet, si nous avons des crânes où l'inflammation ne paraît pas avoir

influencé, l'augmentation d'épaisseur (le processus inflammatoire ayant été localisé à la partie postérieure du cerveau

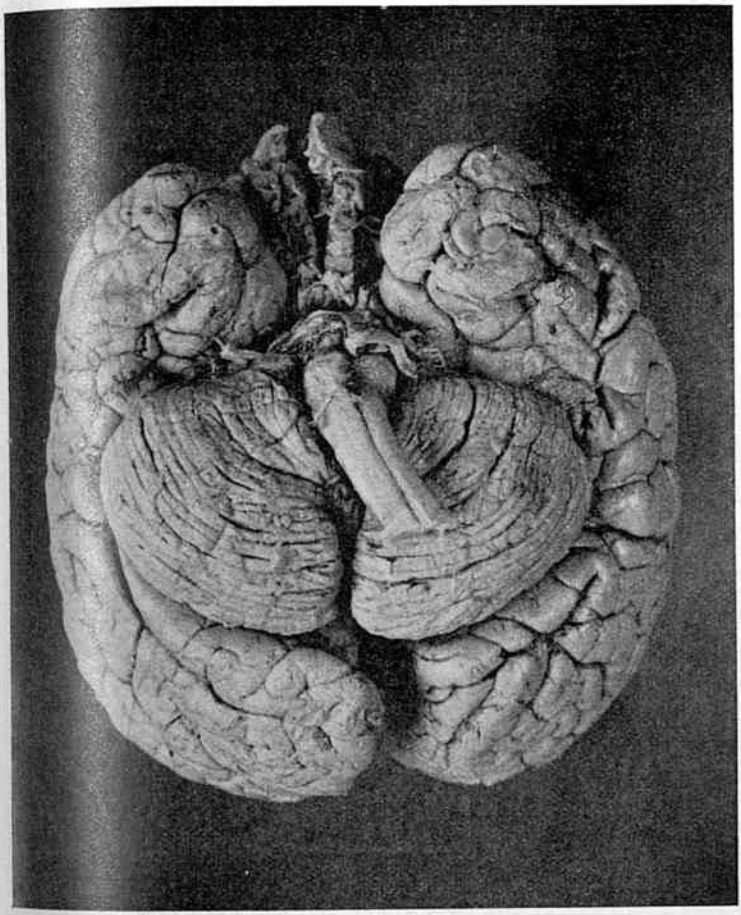


Fig. 10.

et la région frontale ayant néanmoins un épaississement notable), nous avons aussi d'autres cas où la réalité de cette action est hors de doute, par exemple le cas de R.... chez lequel l'atrophie des lobes frontaux a laissé un large

espace retro-frontal où des proliférations osseuses en forme de lamelles constituaient une croissance osseuse anormale et nettement d'origine inflammatoire.

Fig. 11.

Sur les *fig.* 8, 9 et 10, on voit l'atrophie de la partie antérieure du cerveau; sur la *fig.* 11 où est représentée la coupe du crâne, on remarquera les saillies placées à la face interne du frontal, qui sont en forme de lamelles ayant jusqu'à 2 centimètres de hauteur. Sur la *fig.* 12, on voit une anomalie assez curieuse, l'*agrandisse-*

ment des trous pariétaux. Nous la signalons non seulement en raison de sa rareté, mais aussi parce que nous pensons qu'elle est, comme les proliférations osseuses endofrontales le résultat de

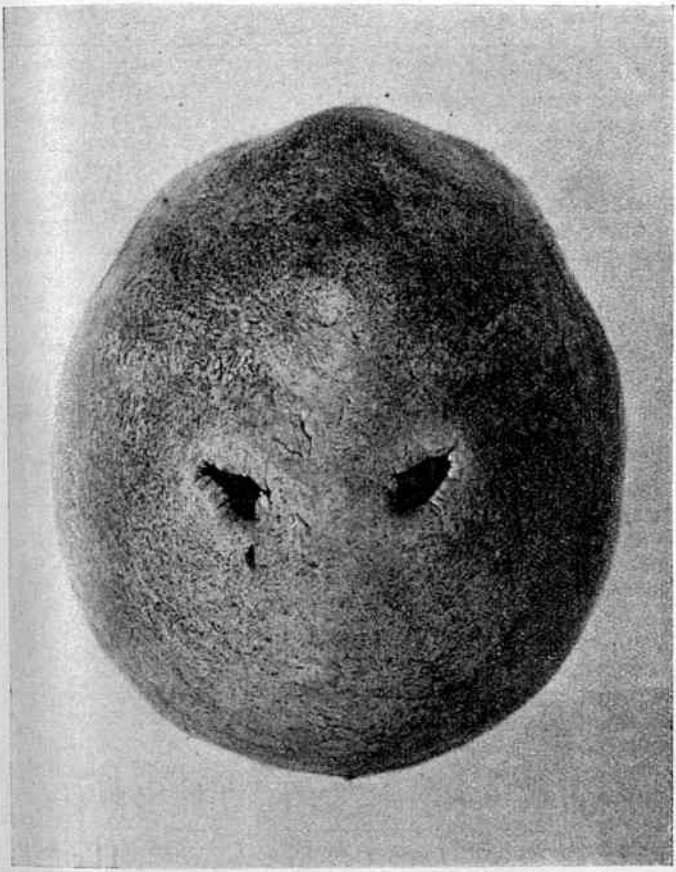


Fig. 12.

troubles inflammatoires intracrâniens, ayant exagéré la circulation et modifié le cours du sang, de telle sorte que la séance des trous a été rendue nécessaire. On trouvera des explications très complètes au sujet de ce cas dans les *Bulletins de la Société d'Anthropologie* janvier 1902).

Ces faits méritent donc d'attirer l'attention et nous espérons que l'étude d'une série de crânes ayant recouvert des cerveaux atteints de porencéphalie, pourra apporter quelque clarté. Là, les faits sont discordants : augmentation d'épais-

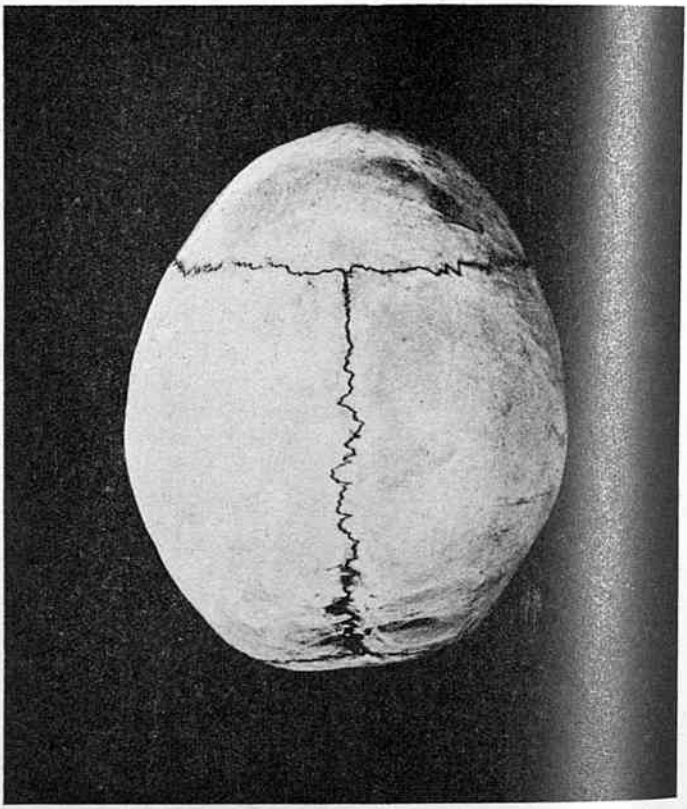


Fig. 13. — Crâne de Perr...

seur dans certains cas, aucune modification dans d'autres ou même amincissement (du côté atteint), mais comme le mécanisme qui préside à la porencéphalie est loin d'être élucidé puisqu'on invoque tour à tour des hémorrhagies, des oblitérations artérielles, de l'hydrocéphalie interne, des processus inflammatoires, des traumatismes, des arrêts de

développement limités à une zone cranio-cérébrale, des malformations osseuses, etc., etc., il semble que la diversité des causes permettra d'expliquer celle des aspects et de fixer ce point intéressant de la morphologie cranienne.

En résumé, nous avons trouvé au cours de nos recherches les preuves d'un retard de développement hémi-cranien, lié au retard de l'expansion hémi-cérébrale. Dans une moitié du crâne nous avons constaté des caractères analogues à ceux que nous avons rencontrés chez les microcéphales et les sujets ayant un faible volume encéphalique. Il y a des modifications spéciales engendrées par la juxtaposition de deux hémisphères inégaux, mais le mécanisme est un mécanisme normal et nullement un effet direct du processus pathologique.

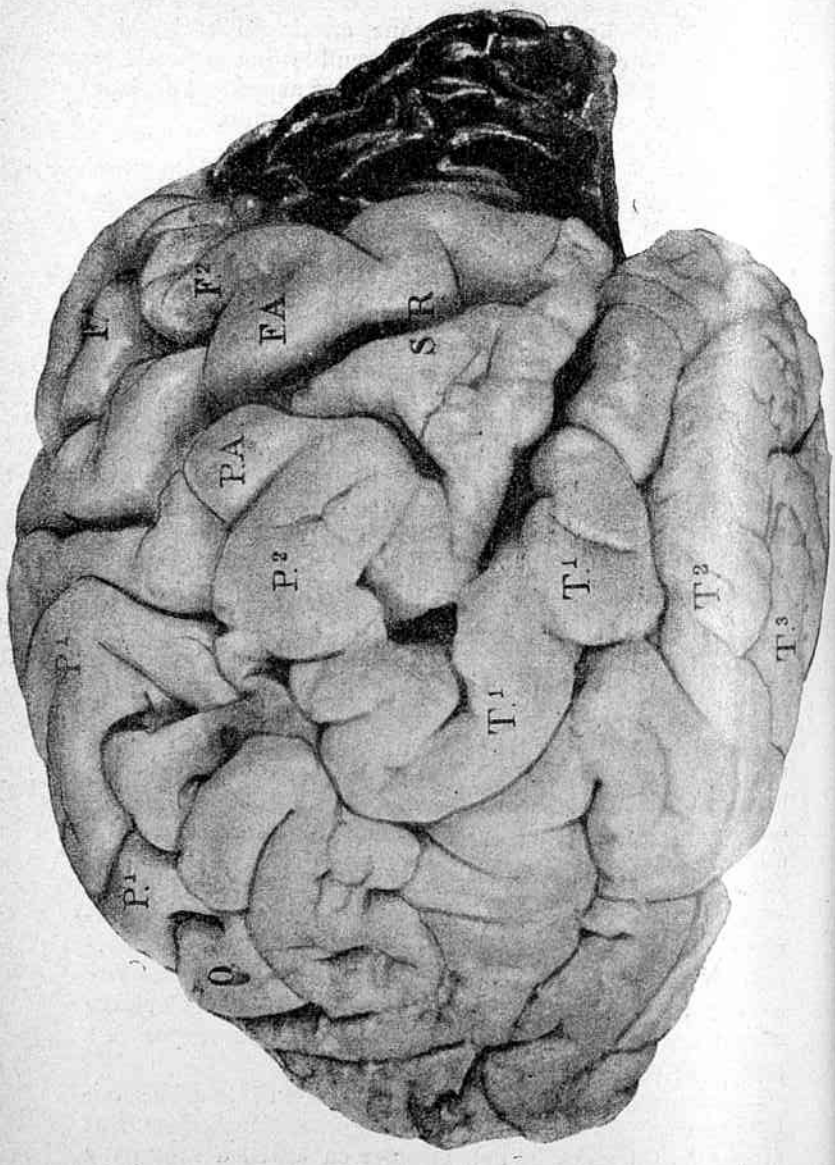
Sur la moitié du crâne insuffisamment développé on trouve également les troubles d'ossification (épaisseur plus grande) rencontrés chez les microcéphales, on y trouve même au niveau de certaines sutures, une synostose plus avancée en raison de l'arrêt de développement cérébral qui ne s'oppose pas à leur envahissement par le tissu osseux.

Sur quelques crânes notamment, il est curieux de voir au fond de la fosse cérébrale moyenne d'un côté une suture sphéno-temporale dentelée et témoignant de l'activité de l'accroissement nécessité par un hémisphère sain, de l'autre, une suture sans dentelures, à demi-synostosée, dont l'oblitération traduit l'arrêt de développement de l'hémisphère correspondant. Comme sur nos crânes d'idiots les caractères d'infantilisme sont compliqués de caractères d'ossification active.

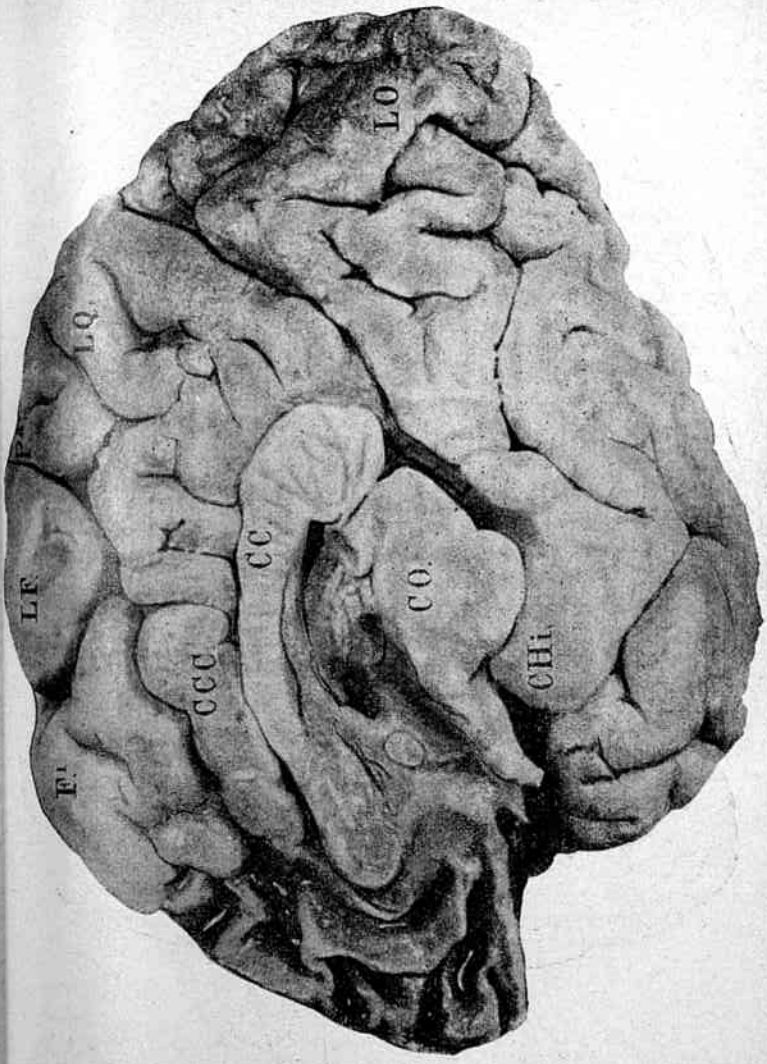
Il nous resterait un long chapitre à écrire sur les modifications de la surface externe du crâne et de la forme générale. Nous la ferons ultérieurement et dans un mémoire spécial, car les modifications relevées sont surtout d'origine musculaire et analogues à celles que nous avons exposées à propos des os des membres[1].

La forme générale est peu transformée en raison des faibles variations de la pression interne et de l'épaississement des parois. On pourrait s'en étonner eu égard à l'intensité

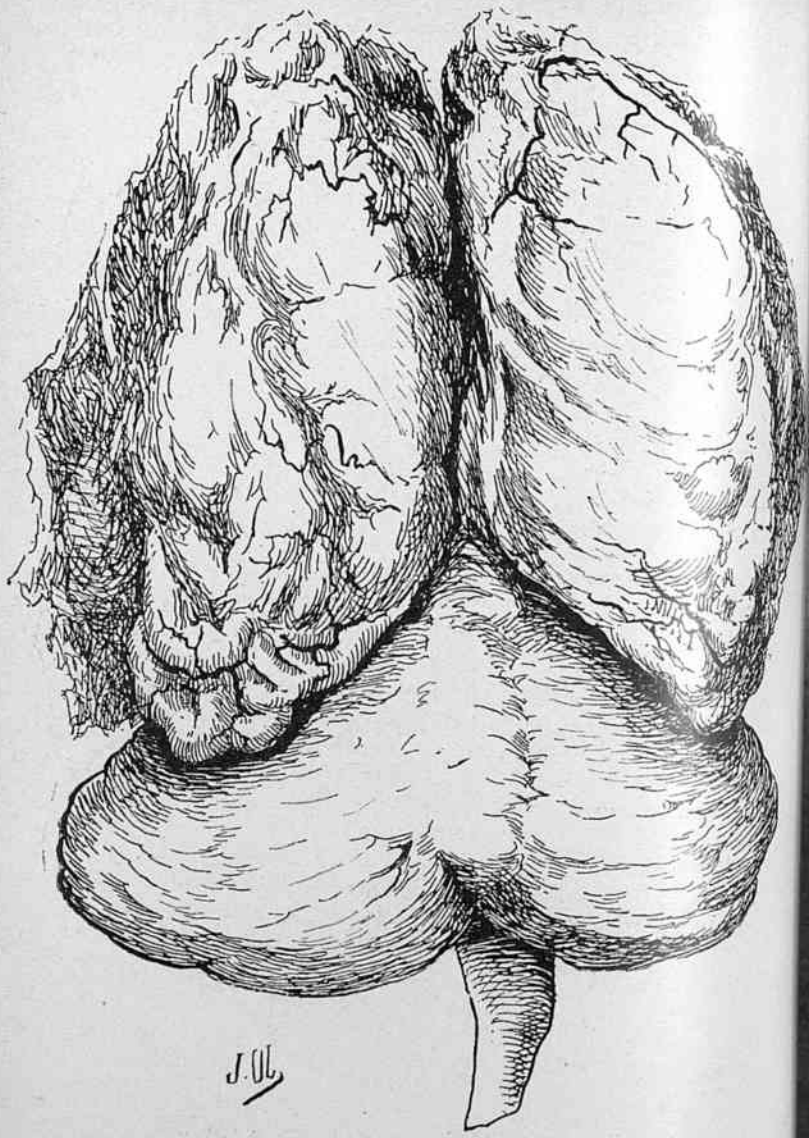
[1] *Comptes rendus de Bicêtre* et *Bulletin de la Société d'Anthropologie* 1900 et 1901.



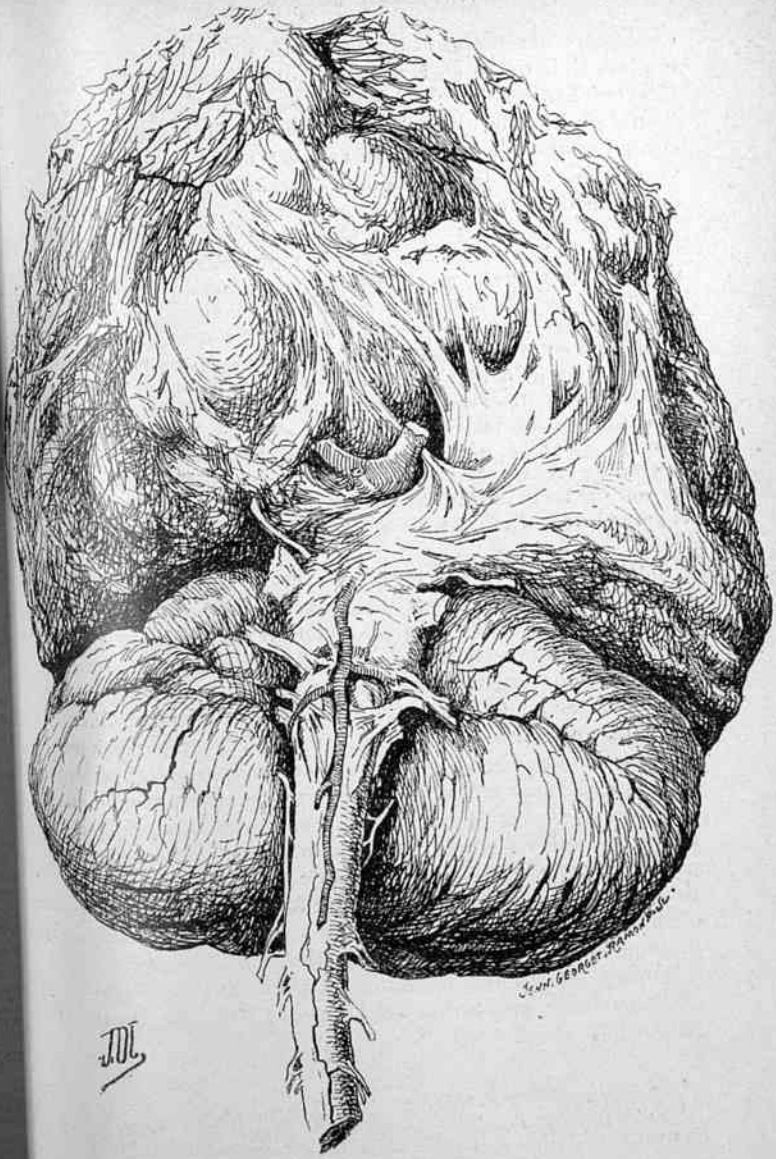
Pl. 1. — Face connexe de l'hémisphère cérébral droit de Vey... (Obs. complète dans *Compte rendu* de Bicêtre de 1897, p. 122.)



Pl. II. — Face int. de l'hémisphère cérébral droit de Vey...



Pl. III. — Encéphale de Perr... (Voir obs. complète dans le *Compte rendu* de 1900, p. 81.



Pl. IV. — Encéphale de Perr...

des lésions cérébrales et à la diversité des troubles pathologiques. Mais qu'on se rappelle ce que nous écrivions antérieurement à cesujet[1] : « Il est nécessaire de dire, si l'on veut bien définir la loi qui règle les rapports du contenant et du contenu, que le crâne est en rapport non pas avec le cerveau mais avec la pression intra-crânienne », et nous en donnions des exemples.

La *figure* 13 et les PLANCHES III et IV reproduisent un cas caractéristique. Bien que relativement petit, le crâne de Perre... avait des dimensions qui faisaient croire à un poids encéphalique beaucoup plus élevé. Or, il n'atteignait que grammes, mais l'espace laissé libre entre l'encéphale et les parois crâniennes était occupé par une quantité considérable de liquide dont la présence suffisait à maintenir la pression intracrânienne. Les ventricules cérébraux (voir les PLANCHES qui les représentent dans le n° 64 des *Archives de Neurologie* de 1901, où l'observation complète a été publiée, avec portrait de l'enfant) étaient eux-mêmes distendus par du liquide. On voit sur les PLANCHES VIII et IX les hémisphères à l'état naturel et après leur incision. Le crâne (*fig.* 13) a une forme régulière.

En général, ceux qui mesurent les anormaux paraissent oublier cette loi : ils constatent des modifications dans les diamètres craniens et immédiatement il en déduisent que le cerveau est parallèlement modifié. C'est une faute qui devient grosse de conséquences aussitôt qu'on applique cette façon d'interpréter les faits à des anormaux d'un degré supérieur.

Avant de terminer, signalons une modification assez fréquente, mais non constante : c'est le moindre développement d'un des côtés du crâne. L'asymétrie est nette et néanmoins beaucoup de ces crânes avaient été étiquetés plagiocéphales, ce qui est une erreur, la plagiocéphalie[2] ne s'accompagnant pas d'un arrêt de développement de l'un des hémisphères. En tout cas, si l'on conserve à cette forme le nom de plagiocéphalie, il faut, pour éviter toute confusion, la distinguer nettement de la plagiocéphalie ordinaire. (Ce mémoire a été fait avec les crânes recueillis par notre ancien maître, M. Bourneville, crânes qui sont déposés dans son Musée de Bicêtre).

[1] *Le crâne dans les idioties*, loc. cit.

[2] On trouvera un excellent mémoire de M. Manouvrier sur cette question dans les *Bulletins de la Société d'Anthropologie* de l'année 1883

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. **Spasme essentiel ou idiopathique** ; par William Clarence Fiske. (*The New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal*, 3 octobre 1903).

Cette névrose, désignée quelquefois sous le nom de tétanie intermittente ne se rencontre pas communément chez un sujet tel que celui dont il s'agit. C'est un jeune homme grand et vigoureux ayant présenté depuis son enfance des attaques ressemblant à celles du petit mal. Il fut pris subitement de convulsions intermittentes limitées aux jambes, aux bras et à l'abdomen, et qui d'abord bilatérales devinrent unilatérales.

Toutes les médications avaient échoué lorque l'auteur eut l'idée de recourir à la jusquiame, qu'il administra sous la forme de bromhydrate d'hyoscine en injection sous-cutanée. Le résultat ne se fit pas attendre et fut très satisfaisant.

L'auteur ne se déclare nullement certain que la guérison soi définitive ; mais en tout cas le médicament paraît être celui qu'il convient de choisir.

R. de Musgrave-Clay.

II. **L'épilepsie ne peut pas être causée par des états toxémiques** ; par W. Hamilton Hall. (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1903.)

L'auteur soutient énergiquement la thèse indiquée par le titre de son mémoire, en se basant principalement sur la banalité d'une pareille étiologie, et sur les modes de production de l'épilepsie dans lesquelles elle ne saurait être invoquée.

R. de Musgrave-Clay.

III. **Remarques sur la pathologie des acroparesthésies** ; par le prof. Pick (de Prague).

Il semble souvent que l'irrégularité de distribution des phénomènes sensitifs ne soit qu'apparente ; aussi peut-on se demander s'il n'existerait pas une certaine constance dans l'ordre des causes de cette affection nerveuse. C'est ainsi que dans un cas très significatif d'acroparesthésie, l'auteur a prouvé pour ce syndrome une localisation déterminée : les remarques jointes à l'observation démontrent qu'on peut à juste titre généraliser les conclusions tirées de ce cas. Il faut probablement placer le siège des troubles

donnant lieu aux paresthésies dans la moelle épinière et principalement dans la moitié inférieure de la partie cervicale. (*Revue neurologique*, janvier 1903). E. B.

IV. **Sur un cas remarquable de contracture post-hémiplégique**; par les Drs Devic et Gallavardia.

A propos de cette observation, les auteurs émettent les réflexions suivantes: 1° Outre les convulsions précoces qui accompagnent parfois les hémiplégies avec ictus et les contractures tardives, il peut se manifester moins de 24 heures après le début d'une hémiplégie, une contracture *hâtive* persistante. 2° Cette contracture peut envahir un membre, alors que l'autre reste flasque. 3° Dans l'observation rapportée, la contracture, localisée au membre inférieur était en flexion. 4° La lésion causale consistait en un ramollissement très limité de la capsule interne avec dégénérescence pyramidale. (*Revue neurologique*, janvier 1903). E. B.

V. **Mydriase unilatérale et corps étranger (épillets d'hordeum murinum) du conduit auditif externe**; par J. Sabrazès.

Observation d'un homme de 47 ans dans l'oreille duquel s'insinua un fragment d'épi de graminée pendant qu'il dormait dans un champ. A la suite de cet accident, cet homme présenta une mydriase spasmodique unilatérale avec affaiblissement, mais persistance des réflexes pupillaires. M. Sabrazès pense que cette mydriase ressortit au réflexe pupillaire sensitif; l'excitation des terminaisons nerveuses sensitives du conduit par le corps étranger avec le cortège des sensations désagréables qui l'accompagne est le *primum movens* du réflexe dilatateur de la pupille du côté correspondant. (*Revue neurologique*). E. B.

VI. **Catalepsie symptomatique et rythme de Cheyne-Stokes**; par A. Bauer.

M. Bauer relate les observations de quatre malades entrés à l'hôpital pour: méningite tuberculeuse; cancer de l'œsophage, urémie lente, hémorrhagie cérébrale au cours d'une néphrite chronique. Ces malades ont présenté des attitudes cataleptoïdes et la respiration de Cheyne-Stokes. Une inhibition cérébrale profonde semble être la raison fondamentale de ces deux phénomènes. Ils seraient des manifestations de l'insuffisance corticale. (*Revue neurologique*, mars 1903. E. B.

VII. **Ophtalmoplégie et artério-sclérose**; par A. Péchin et M. Rollin.

Observation d'un homme de 64 ans, tabétique, qui présente une ophtalmoplégie extrinsèque totale et complète à gauche avec abais-

sement considérable de la vision du même côté par atrophie optique, et à droite ptosis incomplet avec paralysie du droit supérieur. On attribua pendant la vie, ces troubles au tabes. L'autopsie démontra qu'ils étaient dus à une compression par la carotide gauche athéromateuse et très dilatée, du moteur oculaire externe et des autres nerfs du sinus caverneux. L'artère ophtalmique gauche, ectasiée elle aussi, comprimait le nerf optique. (*Revue neurologique*, mars, 1903). E. B.

VIII. **A propos du cytodiagnostic du tabès** ; par MM. Widal, Sicard, et Ravaut.

La lymphocytose est une loi au cours du tabes. Le lymphocyte est le témoin d'un simple processus d'irritation. Le polynucléaire seul, traduit par sa présence un état congestif ou inflammatoire, car il ne peut venir par diapédèse que des vaisseaux sanguins. Les auteurs ne s'expliquent les résultats opposés obtenus par MM. Armand-Delille et Camus dans le tabes que par une différence de technique. (*Revue neurologique*, mars 1903). E. B.

IX. **L'Astasie-abasie labyrinthique** ; par Pierre Bonnier.

L'auteur étudie le cas d'un jeune malade de 11 ans présenté par Déjerine et A. Thomas à la Société de neurologie comme atteint de troubles de l'équilibre et qui, selon lui, serait atteint d'astasie-abasie labyrinthique. M. Bonnier est d'avis que le phénomène présenté par ce malade est de nature purement hystérique, alors que pour Déjerine et Thomas il y aurait lésion organique sous-corticale dont la nature est indéterminée. (*Revue neurologique*, avril 1903). E. B.

X. **Hémiataxie post-hémiplégique et coordination sous-corticale** ; par Ed. Claparède.

Observation d'une malade de 65 ans, hémiplégique gauche, présentant une hémiataxie assez notable, malgré l'intégrité presque complète des sensibilités périphériques. Pour l'auteur, il s'agirait d'une lésion des neurones coordinateurs des noyaux gris sous-corticaux, lésion intéressant les fibres centripètes de la sensibilité *non* consciente, et respectant les neurones thalamo-corticaux.

XI. **La neurofibrosarcomatose** ; par le Dr R. Cestan.

C'est la deuxième observation de tumeur de ce genre rapportée par M. Cestan. Il fait, dans ce travail, une étude indiquant la physionomie clinique, la place en histologie pathologique et la parenté avec la maladie de Recklinghausen de cette variété de néoplasie. On peut admettre une transformation maligne primitive des éléments

du système nerveux d'origine mésodermique, une sarcomatose primitive et généralisée d'emblée. Mais, les éléments nerveux proprement dits, cellules nerveuses et cylindraxes résistent longtemps au processus malin. (*Revue neurologique*, août 1903.) E. B.

XII. **Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de la chorée** ; par St. Kopczynski.

L'auteur rapporte l'observation complète, suivie d'autopsie et d'examen histologique, d'ailleurs négatif, d'un cas de chorée mineure de Sydenham chez une jeune fille de dix-sept ans. A propos de ce cas, l'auteur fait un historique de la maladie et expose les théories actuellement en présence. (*Revue neurologique*, août 1903.) E. B.

XIII. **Note sur un réflexe adducteur du pied** ; par le Dr R. Hirschberg.

Le réflexe adducteur du pied consiste dans un mouvement d'adduction de tout le pied et parfois aussi de la cuisse, sans mouvement des orteils, sous l'influence de la friction avec l'ongle du bord interne du pied. Pour l'auteur, celui-ci serait pathologique et se rencontrerait dans tous les cas où l'on constate le réflexe de Babinski. (*Revue neurologique*, août 1903). E. B.

XIV. **Le spasme facial ; ses caractères cliniques distinctifs** ; par Henry Meige.

Ce travail relate dix observations de spasme facial et établit la physionomie spéciale du spasme et du tic. L'auteur examine ensuite les opinions de quelques neurologistes français et étrangers sur le spasme facial, puis il discute les rapports de cette affection avec l'hystérie : « Il est peu vraisemblable que le vrai spasme facial, avec toutes les particularités qui le caractérisent, fasse partie du répertoire de l'hystérie. Elle n'en peut fabriquer que des contrefaçons mauvaises. Mais qu'un sujet, déjà hystérique, puisse être par surcroît atteint d'un spasme de la face, voilà une éventualité qu'on doit aussi envisager. » (*Revue neurologique*, octobre 1903.) E. B.

XV. **De la contracture secondaire du releveur de la paupière supérieure dans le cours de la paralysie faciale** ; par MM. E. Berger et R. Lœwy.

Dans une publication antérieure (comptes rendus de la Société de Biologie, 30 mai 1903) les auteurs ont exposé l'importance de la contracture secondaire du releveur palpébral dans le cours de la paralysie faciale.

Deux nouveaux cas leur permettent de revenir sur ce symptôme dont ils exposent la symptomatologie, la physiologie pathologique et le diagnostic différentiel.

La présence d'une contracture secondaire survenue dans le cours d'une paralysie faciale aggrave toujours le pronóstic à cause de la prolongation de la durée du lagophtalmos et du danger de complication (kératite xérotique). (*Revue neurologique*, décembre 1903.)

E. B.

XVI. Sur **la diplégie faciale périphérique** ; par le Dr Panegrossi. (*Riv. Sp. di fren.* 1903, fasc. 1, t. II).

Observations cliniques et étude d'ensemble constituant une véritable monographie de la question. J. S.

XVII. **L'acrocianose chronique hypertrophiante** ; par M. Péhu. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 1, 1903.)

Les nombreuses observations cliniques qui constituent à l'heure actuelle le domaine de l' « acropathologie » peuvent se ramener à trois formes principales : 1° Celle avec prédominance de troubles sensitifs (acrocyanose chronique à forme sensitive).—2° La modalité avec atrophie (acrocyanose à forme atrophique). — 3° L'acrocyanose avec augmentation de volume des parties molles. L'auteur présente, avec le résumé des cas publiés antérieurement, une observation personnelle détaillée d'un cas se rapportant à cette dernière forme. R. C.

XVIII. **Un cas d'hémiatrophie faciale progressive** ; par Calmette et Pagès. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 1, 1903.)

Jeune fille de quinze ans atteinte depuis plusieurs années d'une atrophie progressive de tous les muscles du côté gauche de la face. L'examen minutieux permet de constater que la motilité, la sensibilité, les sécrétions, la vasomotricité sont absolument intactes, et que la trophicité seule est altérée. Ce syndrome clinique permet d'éliminer, dans la recherche de la cause de l'affection, aussi bien la théorie de l'aplasie lamineuse que celle de la lésion nerveuse périphérique (facial, sympathique, trijumeau) et d'admettre que la lésion est nerveuse et qu'elle siège dans les centres sans qu'il soit encore possible de la localiser plus exactement.

XIX. **Trophœdème chronique acquis et progressif** ; par Sicard et Laignel-Lavastine. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 1, 1903.)

Les auteurs pensent qu'il y a lieu de distinguer dans l'affection décrite par Brissaud et Meige, deux variétés : *congénitale*, la plus stable s'installant chronique d'emblée, restant à peu près immo-

bile, type essentiellement héréditaire ou familial ; *acquise*, à symptômes plus variés, à marche susceptible de progression, d'arrêt, de rétrocession, à genèse apparente (traumatisme ou infection). C'est un cas de cette dernière variété qui est rapporté dans ce travail.

XX. **Un fait de macrodactylie**, par Félix Lejars. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 1, 1903.)

Jeune fille de treize ans. Aucune hérédité. A la naissance on constate à la main gauche un médius plus long et plus gros que le droit. Ces différences de mesure ont été constamment en s'accroissant : le doigt mesure 15 centimètres de longueur et 12 centimètres de circonférence, gênant considérablement les mouvements de la main et n'étant plus justiciable que de l'amputation. Celle-ci est pratiquée dans la continuité du métacarpien, c'est-à-dire qu'après désarticulation métacarpo-phalangienne, on procède à la résection de la tête du métacarpien. Ce procédé déjà préconisé pour toute élimination de doigts en général, est particulièrement indiqué dans les cas de gigantisme pour prévenir les déformations ultérieures du moignon qui seraient la conséquence de l'activité de production du cartilage conjugal de la tête métacarpienne.

XXI. **Macrodactylie** ; par Cayla. (*Nouv. Iconog. de Salpêtrière*, n° 1, 1903).

Chez un garçon de dix-sept ans, hypertrophie constatée à la naissance et qui a toujours suivi une marche progressive. Cette hypertrophie intéresse tous les segments du membre supérieur droit avec maximum aux trois doigts externes et coïncide avec un ensemble de stigmates de dégénérescence (asymétrie faciale, voûte palatine ogivale, strabisme).

XXII. **Syringomyélie, arthropathie de l'épaule** ; par Brissaud et Baudet (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1903).

Un homme de quarante-neuf ans entre à l'hôpital pour tuberculose abdominale ; outre les signes de tuberculose pulmonaire on constate chez lui une arthropathie monstrueuse et indolente de l'épaule gauche, de l'atrophie musculaire progressive du même membre et de la dissociation de la sensibilité aux extrémités des deux membres supérieurs. Diagnostic de syringomyélie. Mort par tuberculose pulmonaire. Diagnostic vérifié à l'autopsie par la constatation de lésions de l'articulation scapulo-humérale (énormes végétations fibro-cartilagineuses) et de la moelle (atrophie des cornes antérieures, foyers lacunaires des deux côtés). R. C.

XXIII. **Un cas de syphilis héréditaire tardive à forme cérébro-spinale**; par RICHON. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*), n° 2, 1903).

Un enfant de onze ans, sans antécédents héréditaires connus, bien portant jusqu'alors, est à la suite d'un traumatisme, atteint de suppuration osseuse avec fistule de la région pariétale gauche. Epilepsie jacksonnienne à droite. Trépanation sans amélioration. Déchéance physique et intellectuelle progressive. Tuberculose pulmonaire. Mort trois ans après le début de la maladie. L'autopsie montre une malformation de l'hémisphère cérébral gauche, et des lésions de méningo-encéphalite s'étendant à presque toute la région psycho-motrice du même côté. A la face inférieure du cervelet, de la protubérance et du bulbe, des lésions de méningo-myélite disséminées sur toute la hauteur de la moëlle. L'examen histologique de ces différentes lésions permet de déterminer leur nature spécifique. R. C.

XXIV. **Un cas de myopathie atrophique progressive avec troubles de la sensibilité**; par LAMION et POROT. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1903).

Myopathique typique par son histoire et l'ensemble des caractères cliniques : absence de caractère familial, mais hérédité nerveuse, traumatisme à sept ans, début à dix ans par de la parésie et des douleurs lancinantes, évolution lente, atrophie musculaire étendue aux quatre membres, fausse hypertrohie des membres inférieurs, rétractions tendineuses, abolition des réflexes tendineux et de l'excitabilité électrique. Ce cas présente en outre un phénomène rarement signalé, des troubles de la sensibilité objective et subjective, douleurs lancinantes et hypoesthésie cutanée, phénomène qui permet de le ranger dans la série des cas mixtes où le système nerveux doit sûrement intervenir. R. C.

XXV. **Monstrueuse déformation du tibia droit en fourreau de sabre chez un tabétique**; par SABRAZÈS. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière.*)

Observation d'un cas de tabes par hérédo-syphilis, présentant une déformation du tibia dite en fourreau de sabre, rare par son énormité et qui n'avait pas encore été signalée dans le tabes hérédo-syphilitique. R. C.

XXVI. **Paralysie radiculaire totale du plexus brachial avec hémiatrophie et parésie de la face.** — Réflexions sur l'étendue des anesthésies et sur les troubles trophiques et moteurs de la face d'origine sympathique); par M. P. COURMONT. (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 20 janvier 1903.)

L'observation que rapporte l'auteur l'a conduit à étudier la question des troubles sensitifs et de l'hémiatrophie faciale, d'origine sympathique, dans certaines paralysies radiculaires.

Il s'agit d'un homme âgé de vingt-cinq ans présentant dans ses antécédents du rhumatisme avec insuffisance aortique et rétrécissement mitral probable par endocardite, qui à la suite d'un violent traumatisme eut une paralysie radiculaire totale du plexus brachial droit. Elle s'accompagnait d'atrophie des muscles du bras et de l'épaule avec réaction de dégénérescence, de troubles trophiques de la peau de la main. Il présentait en outre une anesthésie complète de la main et de l'avant-bras et d'un petit territoire de la face externe du bras; la sensibilité était conservée à l'épaule et dans presque tout le bras, les troubles sensitifs n'étaient pas superposables aux troubles moteurs et trophiques. Il y avait enfin du myosis droit avec rétraction de la fente palpébrale; une atrophie considérable de la joue droite avec aplatissement marqué et asymétrie faciale; une parésie avec diminution de la contractilité faradique de certains muscles de la face.

Des différents faits mis en évidence dans cette observation l'auteur conclut que dans la paralysie radiculaire totale traumatique du plexus brachial, l'explication de la répartition des troubles sensitifs doit être cherchée dans des anastomoses et des suppléances, soit à la périphérie (nerfs intercostaux, nerfs du plexus cervical), soit au niveau de l'origine du plexus; dans cette dernière hypothèse, l'innervation sensitive de l'épaule et d'une partie du bras, prendrait son origine plus haut dans la moelle que les racines du plexus brachial.

L'hémiatrophie faciale rapide et très accusée s'explique par la lésion des filets sympathiques des racines du plexus brachial (dernières paires cervicales et première dorsale.) Le sympathique a une action trophique sur la face; le centre médullaire et le trajet des filets qui ont cette fonction, sont très rapprochés de ceux des filets irrido-moteurs et peut-être identiques à eux.

L'explication la plus vraisemblable de la parésie et de la diminution de la contractilité faradique de certains muscles de la face, et de la langue, qui peuvent accompagner cette hémiatrophie, est celle d'une atrophie de rameaux nerveux moteurs de certains nerfs craniens sous la dépendance des lésions du sympathique.

G. C.

XXVII. **Accidents pseudo-méningitiques à répétition au cours de l'évolution d'une chorée de Sydenham chez une hystérique**; par M. Barjon. (*Lyon médical*, 25 janvier 1903, n° 4.)

M. Barjon publie l'observation d'une malade qui, à l'âge de huit ans et demi, puis à l'âge de dix-sept ans, présenta des accidents

cérébraux graves qui en imposèrent pour une méningite au cours de l'évolution d'une chorée de Sydenham.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est d'abord la répétition des accidents pseudo-méningitiques à grande distance, puisque huit années séparent les premiers phénomènes des seconds; ensuite la répétition de ces derniers à trois reprises différentes à intervalles très rapprochés (deux ou trois jours)...

A chaque poussée pseudo-méningitique les symptômes peuvent en imposer pour une méningite vraie. Certains indices font cependant soupçonner la vérité.

Le début brusque, la malade présentait au troisième jour l'aspect d'une méningite tuberculeuse à la troisième semaine. L'évolution rapide, la guérison complète obtenue en quelques jours pour ainsi dire sans convalescence.

Cette observation présente aussi un autre intérêt, c'est que la malade réunit à elle seule la plupart des causes prédisposantes et déterminantes signalées dans des cas analogues. Comme causes prédisposantes ce sont l'hystérie, la chorée, les manifestations antérieures du côté des méninges, les causes occasionnelles sont l'apparition des premières règles et une émotion morale intense, toutes causes que l'on retrouve dans l'observation publiée par l'auteur. G. C.

XXVIII. Des **formes anormales de la maladie de Parkinson**; par M. Collet (*Lyon médical*, 1er février 1903, n° 5.

Sans étudier toutes les formes anormales de la maladie de Parkinson, M. Collet envisage celles qui se distinguent par des anomalies du tremblement. C'est ainsi que l'auteur distingue les formes suivantes : 1° *Maladie de Parkinson sans tremblement*, forme la plus connue de toutes, où les syptômes cardinaux de la maladie existent bien caractérisés, et où le tremblement seul fait défaut. 2° *Maladie de Parkinson à tremblement anormalement étendu.* — C'est ainsi que le tremblement peut envahir la tête, le cou, la mâchoire, les muscles de la face, du pharynx, du larynx contrairement à ce que prétendent la plupart des auteurs classiques. 3° *Maladie de Parkinson à tremblement unilatéral*; dans cette forme le tremblement reste indéfiniment unilatéral. Ce sont ces cas seulement, dit l'auteur, qu'il faut décrire comme forme anormale, car parfois le tremblement peut rester unilatéral, pendant une et même plusieurs années et se généraliser par la suite. Ces formes unilatérales à généralisation tardive sont relativement fréquentes. 4° *Maladie de Parkinson à tremblement secondaire unilatéral.* Dans cette forme le tremblement après avoir été généralisé, se limite brusquement à un côté du corps. M. Collet insiste sur les trois points suivants : 1° la généralisation souvent très

tardive du tremblement dans la plupart des cas de maladie de Parkinson à tremblement hémiplégique; 2° la dispartion brusque et tardive du tremblement dans une moitié du corps, aboutissant à une forme secondairement unilatérale ; 3° l'extension possible du tremblement à la face, à la langue, à la machoire. G. Carrier.

XXIX. **Du cas d'hystérie à grandes manifestations. Fièvre hystérique**; par MM. Lannois et Porot. (*Lyon médical*, 26 juillet 1903.)

MM. Lannois et Porot présentent à titre documentaire l'observation d'une hystérique qui garda, près d'un an, une fièvre continue dépassant parfois 41°, des vomissements incoercibles et quotidiens, présenta du sang et de l'albumine dans les urines et qui malgré cela, vit son poids augmenter progressivement de 10 kilog.

L'observation publiée par les auteurs est intéressante à cause de la grande richesse symptomatique du cas (asthénie, vomissement incoercibles; accès de grande tétanie; troubles urinaires fort variés : polyurie ou anurie, albuminurie, hématuries; crises sudorales en rapport avec l'anurie; fièvre continue); de la longue durée des symptômes fébriles ; de la curieuse suppléance du rein par la peau; enfin par la conservation paradoxale du poids et de la santé générale. G. C.

XXX. **Contribution à la question de la macro-esthésie**, par N.-N. Iwanow. (*Obozrénié psichiatrii*. VII. 1902.)

Il s'agit de cette erreur d'appréciation du toucher en vertu de laquelle les objets semblent au malade plus grands et plus gros qu'ils ne le sont en réalité. (Archives de médecine expérimentale et d'anat. patholog. 1895. 5.) L'auteur en fournit deux nouvelles observations. Dans les deux cas, la macro-esthésie survint à la suite de névrite du médian, à la phase de la régénérescence. Il est probable, ajoute M. Iwanow, que les extrémités nerveuses qui viennent de se refaire, manquent au début de leur fonctionnement, de l'exercice pratique qui leur est indispensable pour leur apprentissage d'adaptation aux conditions ambiantes. De là des illusions en rapport également avec la répartition différente des éléments tactiles néoformés. L'appareil psychique recevant des impressions inusitées, ne parvient pas au premier moment à les corriger et, par suite, se trompe dans l'évaluation des dimensions, car plus grand est le nombre des points de contact de l'objet avec la peau, plus cet objet semble grand.

P. Keraval.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. **Névrite radiculaire subaiguë. Dégénérescences consécutives dans la moëlle (racines postérieures) et dans les nerfs périphériques (racines antérieures)** ; par J. NAGEOTTE.

Une lésion inflammatoire subaiguë des nerfs radiculaires peut être le point de départ d'altérations parenchymateuses des racines postérieures et antérieures et entraîner à sa suite une dégénérescence systématisée des cordons postérieurs et une névrite périphérique motrice. C'est ce que montre l'intéressante observation rapportée par M. Nageotte. Une infection portant sur le système nerveux central a produit deux foyers dans l'axe cérébro-spinal et en outre des lésions inflammatoires multiples au niveau de plusieurs nerfs radiculaires lombo-sacrés. Il existe également une dégénérescence de plusieurs racines sacro-lombaires d'où il résulte : 1° Une lésion systématisée des cordons postérieurs au-dessous du foyer de myélite transverse, qui constitue, avec la dégénérescence du faisceau pyramidal consécutive à la myélite, une sclérose combinée de la région sacro-lombaire ; 2° Une névrite périphérique. (*Revue neurologique*, janvier 1903). E. B.

II. **Quelques nouvelles données sur la physiologie des réflexes tendineux** ; par le professeur STCHERBACK.

Inspiré par les travaux de Max Egger sur la sensibilité osseuse, le professeur Stcherback a constaté que les vibrations constituent un excédent spécifique des profondes terminaisons des nerfs mises en jeu pendant l'acte du réflexe rotulien. En même temps, les expériences citées semblent prouver qu'à l'aide de vibrations nous pouvons artificiellement, pour ainsi dire, *charger* les appareils réflexes de l'énergie nerveuse et de même les *décharger* artificiellement par des mouvements passifs. (*Revue neurologique*, janvier 1903). E. B.

III. **Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques. Son agglutination par le sérum des animaux infectés et par le sérum des épileptiques** ; par M. BRA.

Voici les conclusions de ce travail : Nous sommes autorisés à dire que l'épilepsie créé le pouvoir agglutinant et qu'il y a un sérodiagnostic du mal comitial.

Nous sommes désormais en possession de trois procédés pouvant servir au diagnostic de l'épilepsie : 1° La recherche directe du parasite dans le sang. 2° Le procédé des cultures (ensemencements de 1 cent. de sang dans 10 cent. de bouillon). 3° La séro-réaction. (*Revue neurologique*, janvier 1903). E. B.

IV. **Les lésions du système lymphatique postérieur de la moelle sont l'origine du processus anatomo-pathologique du tabes**; par MM. P. MARIE et G. GUILLAIN.

Intéressant travail montrant que ce qui crée le tabes, ce n'est pas seulement la névrite, c'est-à-dire la lésion de la racine à sa traversée de la méninge, c'est la lésion de tout le système lymphatique postérieur de la moelle, système constitué par la racine postérieure, la pie-mère et le cordon postérieur. En somme, la lésion initiale du tabès ne serait autre chose qu'une lésion syphilitique du système lymphatique postérieur de la moelle. Nous savons, en effet, avec quelle fréquence et quelle prédilection la syphilis crée des lésions dans les lymphatiques. (*Revue neurologique*, janvier 1903). E. B.

V. **Pression intraartérielle dans la névrose traumatique**; par Lad. HOSKOREC (de Prague).

Après avoir exposé les résultats de ses recherches, l'auteur conclue que le degré de hauteur de la pression du sang et ses changements éventuels n'ont pas, jusqu'à présent, dans la névrose traumatique, l'importance et la valeur que veut leur accorder Strauss. L'intérêt serait plus grand si nous connaissions la pression du sang avant le traumatisme et si nous pouvions le poursuivre en divers temps après le traumatisme. (*Revue neurologique*, janvier 1903). E. B.

VI. **Atrophie du cervelet et sclérose en plaques**; par André THOMAS.

M. Thomas a pratiqué l'examen histologique du névraxe d'une malade ayant présenté une symptomatologie très analogue à celle de la sclérose en plaques et à l'autopsie de laquelle on avait cru trouver un ramollissement de la face inférieure du cervelet. L'examen histologique a révélé des lésions très semblables à celles de l'atrophie *olivo-ponto-cérébelleuse*, mais cependant un peu plus complexes. (*Revue neurologique*, février 1903). E. B.

VII. **Contribution à l'origine corticale des tremblements**; par R. MASSALONGO.

M. Massalongo expose ses opinions sur l'origine corticale des tremblements et des spasmes. Il rapporte l'observation d'un

malade chez qui ces phénomènes ont persisté pendant les trois journées et les trois nuits qui précédèrent la mort. L'examen nécropsique montra qu'il s'agissait d'une méningo-encéphalite tuberculeuse localisée symétriquement aux circonvolutions fronto-pariétales. Cette observation montre donc que des contractions fibrillaires unilatérales et bilatérales peuvent dépendre exclusivement de l'excitation des cellules grises de la zone rolandique. (*Revue neurologique*, mai 1903). E. B.

VIII. **Contribution à l'étude des localisations dans le noyau de l'hypoglosse** ; par M. et Mme Parhon (de Bucharest).

Ces auteurs ont eu l'occasion d'examiner le bulbe d'un malade mort d'un cancer de la langue ayant détruit une grande partie des muscles palato-glosse, pharyngo-glosse et amycalo-glosse. Le génio-glosse, l'hyoglosse, le tranverse et le lingual inférieur étaient épargnés. Les auteurs, ayant étudié le noyau de l'hypoglosse chez ce malade, décrivent, dans le présent article, les altérations qu'ils y ont constatées. (*Revue neurologique*, mai 1903). E. B.

IX. **Etude sur le phénomène des orteils** ; par G. Marinesco.

Cette étude a pour but de donner une explication au phénomène de Babinski. D'après Marinesco, il faudrait admettre une double innervavation des muscles, corticale et sous-corticale ; mais tandis que pour le membre supérieur l'innervation corticale des extenseurs serait prédominante, pour le membre inférieur, ce serait celle des fléchisseurs, et vice-versa. Pour le membre supérieur, l'innervation sous-corticale des fléchisseurs serait plus forte que celle des extenseurs. Il existerait donc un antagonisme entre l'innervation corticale et sous-corticale des extenseurs et des fléchisseurs. On s'expliquerait ainsi pourquoi la plupart des réflexes des membres inférieurs se passent dans le domaine des extenseurs et pourquoi dans la paraplégie, l'hypertonie porte souvent sur les muscles extenseurs du membre inférieur. (*Revue neurologique*, mai 1903.) E. B.

X. **Fracture de la colonne vertébrale. Lésion spinale limitée à une minime partie d'étage radiculaire** ; par Brissaud et Brecy.

Il s'agit d'une observation de fracture de la colonne vertébrale ayant altéré profondément un étage du cordon spinal, mais limitée exclusivement à un étage de quelques millimètres d'épaisseur. La destruction des cellules des cornes antérieures sur une étendue très limitée avait produit une dégénération également très limitée dans les racines antérieures correspondantes. Pas de zone d'anesthésie : les troubles de sensibilité consistaient uniquement en

élancements douloureux surtout marqués le long de la face postérieure des avant-bras. (*Revue neurologique*, juin 1903). E. B.

XI. Lésions de syringomyélie trouvées à l'autopsie d'un paralytique général; par MM. JOFFROY et GOMBAULT.

Etude clinique et anatomopathologique des plus intéressantes d'un malade âgé de trente-six ans. C'est un cas rare de paralysie générale développée chez un individu atteint de syringomyélie. Cette constatation est en faveur de la théorie de Joffroy, d'après laquelle les diverses causes — parmi lesquelles la syphilis — qui déterminent la paralysie générale, n'agissent d'une façon efficace que lorsqu'elles exercent leur action sur un système nerveux prédisposé. Dans l'observation relatée par les auteurs, le vice de développement s'est traduit par la malformation de l'épendyme médullaire. (*Revue neurologique*, septembre 1903.) E. B.

XII. Les manifestations des tumeurs du cervelet; par H. DURET.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Dans les tumeurs cérébelleuses, on peut observer : des troubles de l'équilibre (titubation) et du tonus (asthénie, atonie), de l'incoordination des membres supérieurs, de l'asynergie cérébelleuse et de l'exagération des réflexes tendineux. Il s'y joint : une céphalée occipitale assez caractéristique, de la raideur de la nuque avec opisthotonos, et, dans quelques cas, des attaques épileptiformes, des ictus cérébelleux, des paralysies et contractures. L'intégrité de la sensibilité générale est constante, pathognomonique. Les troubles intellectuels, s'ils existent, sont consécutifs.

2° Il est indispensable au chirurgien, d'établir en outre, le diagnostic cantonal du néoplasme, afin de diriger ses recherches plus sûrement de ce côté.

Bien que le cervelet semble, d'après les physiologistes contemporains, être un organe homogène au point de vue fonctionnel, il existe cependant quelques symptômes de localisation, selon que la tumeur occupe le lobe médian, les lobes latéraux, les pédoncules cérébelleux moyens, ou qu'elle siège vers la partie antérieure de l'équateur cérébelleux, au voisinage du bulbe. Dans ce dernier cas, l'analyse des effets de la compression des paires bulbaires, aide le diagnostic topographique.

Il importe surtout, pour le choix du lieu de l'opération, d'être fixé sur le côté de la lésion néoplasique. On y parvient en tenant compte des faits suivants : les effets des lésions cérébelleuses unilatérales sont directs et non croisés, comme pour celles des hémisphères cérébraux ; les troubles dits cérébelleux (perturbation de l'équilibre, asynergie, atonie pour les membres inférieurs, ataxie pour les supérieurs), occupent le côté du corps homonyme à celui

de la tumeur, ou, en tous cas, y sont prédominants. La chute se fait le plus souvent du côté de la tumeur. Les phénomènes de compression suivent la même loi : pour les tumeurs du lobe médian et du vermis, les troubles occupent les deux côtés du corps. (*Revue neurologique*, octobre 1903.) E. B.

XIII. **Note sur un cas de ramollissement du cervelet avec étude des dégénérescences secondaires**; par V. Négel et A. Théohari.

Etude d'un malade ayant présenté d'abord un syndrome cérébelleux à l'état de pureté, puis devenu plus complexe par suite de la production d'autres foyers de ramollissement au niveau du système nerveux central. Le malade ayant succombé, l'étude méthodique de son système nerveux central fut faite par la méthode de Marchi.

Il s'agit d'un ramollissement surtout central de l'hémisphère cérébelleux gauche, capable par conséquent de se traduire par une symptomatologie et des dégénérations nettes. La rareté de semblables lésions, avec survie suffisante pour la production de dégénérations secondaires a engagé les auteurs à publier leur cas. Les coupes en série n'ont révélé que quelques fibres dégénérées dans le corps restiforme et la dégénérescence d'un certain nombre de fibres arciformes internes allant aux olives. (*Revue neurologique*, octobre 1903.) E. B.

XIV. **Note sur l'anatomie pathologique de la myélite aiguë diffuse**; par MM. E. Weill et L. Gallavardin.

Examen histologique d'un cas de myélite aiguë diffuse avec maximum au niveau des cordons postérieurs et formation d'une cavité centrale. Présence au niveau de ces cordons postérieurs, dans l'intérieur de la cavité ou ses parois, de très nombreuses cellules d'aspect épithélioïde. Ces cellules sont très volumineuses, polyédriques ou arrondies; leur protoplasme est clair, translucide ou très légèrement granuleux; le noyau, souvent double, est très petit, arrondi. Ces cellules paraissent tout d'abord s'accumuler dans la gaine des vaisseaux, puis infiltrent d'une façon diffuse le tissu nerveux et enfin tombent dans la cavité centrale.

Pour les auteurs, ces cellules épithélioïdes ont la même signification et la même origine que celles que l'on trouve dans les différents processus inflammatoires du système nerveux. Peut-être cette transformation des cellules inflammatoires en cellules épithélioïdes se produit-elle surtout dans les cas à évolution subaiguë, de préférence ceux à allure aiguë ou torpide. (*Revue neurologique*, octobre 1903.) E. B.

XV. **Sur les manifestations des tumeurs du lobe occipital et du lobe temporo-sphénoïdal** ; par H. Duret.

M. Duret étudie la manifestation la plus caractéristique des tumeurs du lobe occipital, l'*hémianopsie latérale homonyme*. Ce phénomène se présente rarement à l'état isolé, comme dans les hémorrhagies et les ramollissements emboliques ; elle est, le plus souvent, associée à des troubles aphasiques, à la cécité verbale, ou à des hémiplégies et des hémianesthésies.

Quant aux tumeurs du lobe temporo-sphénoïdal, elles peuvent produire de la surdité physique ou de la surdité verbale, ou encore des troubles d'aphasie sensorielle ; dans d'autres cas enfin, des symptômes de compression des nerfs de la base, des hémiplégies ou des hémianesthésies. (*Revue neurologique*, novembre 1903.)

E. B.

XVI. **Tumeur (des plexus choroïdes) du quatrième ventricule avec vomissements incoercibles et fécaloïdes** ; par le Dr J. Paviot.

C'est là un symptôme nouveau, non encore signalé. Les vomissements fécaloïdes avaient déjà été observés dans l'hystérie. Le sujet étudié dans ce travail est un homme de quarante-cinq ans, dont les vomissements présentaient le caractère « cérébral », c'est-à-dire s'effectuaient sans effort, comme une sorte de régurgitation, et alternaient avec des hoquets incessants. Ce n'est pas la violence, mais plutôt la durée des vomissements, qui semble en cause, pour qu'ils aient fini par être fécaloïdes. Ces vomissements paraissent avoir été la manifestation grave et unique de la compression des noyaux du pneumogastrique. (*Revue neurologique*, novembre 1903). E. B.

XVII. **Deux cas de tumeur du nerf auditif** ; par M. J. Lépine.

Le hasard a permis à l'auteur d'observer, à quelques mois de distance, deux cas de tumeur du nerf auditif, dans le service du professeur Lépine, et d'en faire l'examen histologique ; il s'agissait de deux fibromes. La symptomatologie de ces tumeurs a été dans les deux observations, à très peu près, celle d'une lésion cérébelleuse.

Les tumeurs du nerf auditif sont encore assez mal connues ; leur siège ordinaire est dans la fosse cérébelleuse, contre la paroi du rocher, où le néoplasme s'attache d'ordinaire au niveau du trou auditif interne. Au point de vue clinique, le principal élément de diagnostic, celui qui peut les faire distinguer d'un néoplasme cérébelleux, est l'existence primitive d'une surdité complète, de nature nerveuse, avec paralysie faciale, suivie à bref délai de symptômes de tumeur encéphalique. (*Revue neurologique*, novembre 1903.)

E. B.

XVIII. **Méningite terminée par la mort, dans laquelle le myosis et la suppression de la salive ont été les seuls symptômes. — Autopsie. — Etude de diagnostic par exclusion**; par H. ALTSCHUL. (*The New-York Medical Journal*, 25 avril 1903.)

Cette intéressante observation, suivie d'une autopsie très détaillée, se termine par les conclusions suivantes :

1° Une méningite étendue peut exister sans présenter les symptômes ordinaires et caractéristiques de la maladie;

2° La sepsie ne donne pas toujours lieu à des modifications du pouls et de la température, dont le caractère normal ne suffit pas pour conclure à l'absence de phénomènes septiques;

3° Une occlusion spasmodique complète de l'uretère, nullement due à l'engagement de calculs rénaux, peut durer un certain temps et masquer ainsi l'existence d'une pyonéphrose étendue;

4° Le myosis et la suppression de la salive peuvent être les premiers symptômes d'une méningite ou d'une myélite;

5° Le raisonnement par exclusion peut nous conduire à des diagnostics qu'il serait impossible d'établir autrement.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XIX. **A propos du soi-disant « Sens des attitudes »**; par CLAPARÈDE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1903.

Continuation d'une discussion dialectique ouverte entre MM. Bonnier et Claparède, et dont l'intérêt n'est pas d'ordre médical.

XX. **Lésion ancienne du noyau rouge. Dégénérations secondaires**, par Pierre MARIE et G. GUILLAIN ; (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*. n° 2, 1903).

Hémiplégie cérébrale infantile, arrêt de développement de tout le côté gauche. Abolition de l'ouïe, de l'odorat et du goût à droite. Diminution de l'acuité visuelle du même côté. Mort à cinquante ans dans le gâtisme après tentatives de suicide. A l'autopsie on ne constate aucune lésion du cortex ni des méninges, mais une lésion pédonculaire intéressant nettement tout le noyau rouge du coté droit, « véritable destruction expérimentale ». Les coupes sous-jacentes dénotent une dégénération nettement localisée au pédoncule cérébelleux, au faisceau central de la calotte et au faisceau longitudinal postérieur. Les lésions médullaires ne paraissent avoir aucun rapport avec l'hémiplégie infantile, mais dépendre de la syphilis acquise. L'absence de toute lésion de la voie pyramidale permettrait de supposer que l'hémiplégie infantile résulte de la lésion du noyau rouge et des voies motrices de la calotte. R. C.

XXI. **Un cas de sclérose symétrique des lobes occipitaux**; par MARCHAND. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1903).

Femme épileptique internée depuis vingt-deux ans pour débilité mentale, mauvais penchants et impulsions violentes. Depuis cinq ans, augmentation progressive des accès convulsifs, bégaiement et affaiblissement de la vue réduits à la fin à la vision centrale correspondante au champ des macula, perte de l'orientation. Mort dans le coma à la suite d'attaques nombreuses. A l'autopsie on constate une sclérose de toute l'étendue des lobes occipitaux avec maximum au niveau des scissures calcarines : à l'examen histologique on distingue seulement quelques tractus fibreux sains qui paraissaient correspondre aux radiations optiques. Cette observation confirmerait l'hypothèse de Von Monakow, qui explique la conservation de la vision centrale dans les cas de lésions des sphères visuelles par ce fait que les fibres correspondant à la macula se dispersent dans toute l'étendue du territoire cortical de la vision.

R. CHARON.

XXII. **Un cas de phocomélie et hémimélie** ; par HALBRON. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1903).

Malformations nombreuses et très accentuées des différentes régions osseuses du bassin et des membres inférieurs : à gauche phocomélie et hémimélie, à droite hémimélie. R. C.

XXIII. **Recherche des microbes de Winogradsky dans un cas d'ostéomalacie sénile** ; par L. LACOMME. (Laboratoire de M. le Profes. J. COURMONT) *Société médicale des hôpitaux de Lyon*; 2 juin 1903.

M. Lacomme a recherché dans plusieurs observations, entre autres daus un cas d'ostéomalacie sénile, la véracité des arguments mis en avant par Petrone. pour édifier sa théorie pathogène de l'ostéomalacie. Cet auteur considère comme agents pathogènes, les ferments nitrificateurs de Winogradsky. Ceux-ci produiraient dans l'organisme de l'acide nitrique qui par son accumulation dans le tissu osseux, dissoudrait les sels minéraux, ramollirait les os et constituerait ainsi les lésions de l'ostéomalacie.

Des recherches auxquelles s'est livré M. Lacomme sur un cas d'ostéomalacie sénile, il résulte que l'analyse chimique des os lui a montré qu'ils étaient en grande partie décalcifiés et que leur teneur en phosphates avait beaucoup diminué. Les urines étaient moins riches en phosphates, la maladie touchant à sa fin.

La recherche de l'acide nitrique et de l'acide nitreux dans les urines et dans les os a été négative. L'analyse bactériologique ne

lui a donné aucun résultat, il n'a jamais constaté la présence d'un micro-organisme rappelant les ferments nitrificateurs.

Dans deux autres cas d'ostéomalacie les recherches de l'auteur ont été négatives.

De ces recherches, M. Lacomme conclut que la théorie présentée par Pétrone quoique fort séduisante manque de bases solides sur lesquelles elle puisse se fonder; il pense qu'il est plus vrai de considérer l'ostéomalacie comme un syndrome que comme une affection indépendante. G. C.

XXIV. **Du crâne ostéomalacique**; par MM. Paviot et Mauriquand (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*. 30 juin 1903.)

MM. Paviot et Mauriquand relatent l'histoire d'une malade âgée de 81 ans chez laquelle ils trouvèrent, outre les signes d'ostéomalacie des côtes, du sternum et de la colonne, des altérations du crâne.

Le crâne ostéomalacique ne répond pas à un type anatomique unique. Ses altérations peuvent être ramenées à trois types principaux : 1° Dans le *premier type*, le crâne conserve son aspect, mais présente une certaine rotondité; les os sont ramollis, épaissis, il y a un état spongieux vasculaire du diploë, les sutures disparaissent; les os ont la consistance du carton mouillé. Les sinus frontaux sont très petits, les sinus sphénoïdaux effacés. 2° Dans le *deuxième type* décrit par Hermann Proesch les sutures du crâne sont ossifiées; les os de la région temporale sont très minces et transparents; l'artère méningée est logée dans des sillons profonds, mais la lame osseuse qui la recouvre n'est dans certains endroits pas plus épaisse qu'une feuille de papier. Ce type serait superposable au cas publié par les auteurs. 3° Dans le *troisième type* le crâne présente une série de bosselures et de dépressions; au palper on a une sensation de résistance au niveau des bosselures et une sensation de fontanelles dépressibles, de mastic mou au niveau des dépressions.

Les altérations du crâne dans l'ostéomalacie sont en général, rares, cela tient non pas à la rareté de l'ostéomalacie, mais à ce que la malacie osseuse touche rarement le crâne du moins dans la forme que l'on observe chez le vieillard.

Les auteurs insistent sur un signe que présenta leur malade, signe sur lequel a insisté M. Latzko et auquel il attribue une grande valeur diagnostique : « la contracture des muscles adducteurs avec impossibilité de placer les cuisses en abduction sans provoquer une crise douloureuse.» MM. Paviot et Mauriquand pensent qu'il s'agit là d'un phénomène de contraction de défense, le mouvement imprimé ou commandé déterminant une douleur du côté des os du bassin, plutôt que d'une contracture des adducteurs. G. C.

XXV. **Le liquide céphalo-rachidien dans les processus méningés subaigus d'origine rhumatismale**; par M. Jean Lepine. (*Lyon médical*, 23 août 1903, p. 298.)

Ponction rachidienne chez un malade ayant présenté un accident rhumatismal, épargnant les articulations lombaires mais ayant porté son action sur les méninges.

Le liquide était très abondant, sous forte pression, clair; l'aspect cytologique était normal, la lymphocitose légère, mais il y avait *une quantité tout à fait exceptionnelle de fibrine.*

L'auteur insiste sur la proportion insolite de fibrine trouvée dans le liquide et pense que c'est un point à étudier à l'avenir. L'abondance de la fibrine dans le liquide céphalo-rachidien qui n'en contient pas normalement, lui donne à elle seule un caractère phlegmasique qui le différencie du liquide qui accompagne les processus chroniques. G. Carrier.

XXVI. **Spondylose rhyzomélique et tuberculose**; par MM. Pic et Bombes de Villiers. (*Lyon médical*, 4 octobre 1903, n° 40.)

MM. Pic et Bombes de Villiers publient les observations de deux hommes atteints de spondylose rhyzomélique typique, tant au point de vue clinique qu'anatomique. Ils présentaient en outre des lésions tuberculeuses multiples, les unes très anciennes, les autres récentes, toutes d'ailleurs de nature bacillaire incontestable.

De ces deux observations, les auteurs pensent pouvoir conclure, se basant sur les recherches de M. le Prof. Poncet, que les ankyloses articulaires multiples apparaissent chez ces deux malades, comme étant très probablement fonction de l'évolution fibroformative d'une tuberculose chronique, au même titre que les scléroses pulmonaires, les symphyses pleurales ou les myocardites notées d'autre part.

Les deux observations de MM. Pic et Bombes de Villiers sont à réunir à celle de M. Poncet; elles tendent à démontrer que la spondylose ryzomélique de Marie peut être de nature tuberculeuse. D'autres affections telles que le rhumatisme vrai, ou des rhumatismes infectieux, peuvent très probablement la produire; mais parmi les affections susceptibles de produire cette polyarthrite ankylosante, les auteurs affirment, de par les faits qu'ils relatent, que la tuberculose joue un rôle. G. C.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. **Pathologie et traitement de l'épilepsie** ; par William-H. Thomson (*The New-York Medical Journal*, 8 et 15 novembre 1902.)

Plus on approfondit les caractères essentiels de l'épilepsie, plus on demeure convaincu qu'elle occupe une place à part parmi les maladies nerveuses, et que ses facteurs principaux ne lui sont communs avec aucune d'elles.

La première question à se poser est la suivante :

Qu'est-ce qui constitue l'épilepsie ? ou en d'autres termes, quel est l'élément invariable dont l'absence peut, en dépit d'analogies plus ou moins importantes, faire affirmer qu'il ne s'agit pas de l'épilepsie. Il faut se garder de définir l'épilepsie par les mots « névrose convulsive » car une définition ne doit contenir que ce qui est constant dans l'objet défini, et si les convulsions sont fréquentes dans l'épilepsie elles ne sont pas nécessaires. Il ne faut pas non plus parler de « grand mal » ou de « petit mal » non plus que d'attaques légères ou graves. Dans un cas comme dans l'autre le malade est épileptique et il n'existe pas d'épilepsie incomplète. L'idée d'une « décharge » de force nerveuse n'est pas davantage admissible.

L'auteur, en effet, se propose de montrer que si les phénomènes convulsifs, dits de décharge, dominent la scène en apparence au début de l'attaque, ils n'en constituent pas le phénomène initial. Il faut chercher plus loin que parmi les symptômes variables ; or il y a un élément qui ne varie jamais dans l'épilepsie vraie, c'est la soudaineté ; d'autres maladies peuvent avoir un début rapide : seule l'épilepsie est soudaine.

L'auteur est amené ainsi à considérer certains faits fondamentaux de la physiologie du système nerveux, car, après tout, la pathologie n'est pas autre chose qu'une physiologie qui s'accomplit dans des circonstances difficiles. Or, la première chose que cette physiologie nous apprend c'est que, à l'origine de toute activité nerveuse, on trouve une action afférente, et qu'une activité spontanée du tissu nerveux est un phénomène inconnu en physiologie.

Mais cette activité nerveuse d'origine afférente est soumise à l'inhibition ; mais l'auteur explique que, dans ce travail, il entend désigner uniquement par le mot inhibition la résistance engendrée par l'habitude dans les centres nerveux, à l'égard de toute réponse efférente *irrégulière*, en raison de ce fait qu'ils se sont

organisés par l'habitude de manière à réagir vis-à-vis d'une excitation afférente d'une manière unique et bien définie. Toute stimulation afférente rencontre donc immédiatement une inhibition devenue normale par l'habitude, qui empêche l'excitation indéfinie de la réponse efférente, laquelle, à l'état normal, ne se fera que de la manière habituelle. Sans cette inhibition mutuelle, il n'y aurait ni coordination ni fraction spécifique. Dans ces conditions, ce sont les fonctions cérébrales les plus anciennes qui sont aussi le plus organisées et qui paraissent agir automatiquement.

D'autre part, l'inhibition implique l'existence et l'accumulation d'une force nerveuse sur laquelle elle puisse s'exercer. La physiologie se charge de nous montrer comment une excitatiqn afférente unique et en apparence insignifiante peut déterminer une convulsion épileptique généralisée ; il suffit de se souvenir du mécanisme de l'éternuement.

D'ailleurs les réflexes en série qui répondent aux excitations afférentes s'observent aussi dans les phénomènes mentaux (souvenirs éveillés par associations d'idées) et une excitation afférente purement mentale peut provoquer une attaque d'épilepsie. L'auteur estime que les troubles qui accompagnent le début de la crise épileptique révèlent une altération de l'inhibition normale, altération dont l'effet est instantané ; ils ont pour cause une excitation afférente soudaine, anormale parce qu'elle est entièrement nouvelle ; car seule une excitation de cet ordre peut déranger l'inhibition normale. L'auteur est amené à donner de l'épilepsie la définition suivante :

L'épilepsie est une maladie caractérisée par un trouble brusque de l'inhibition régulatrice normale qui s'exerce entre les centres nerveux corticaux, trouble qui est originairement provoqué par une excitation afférente anormale.

Il montre ensuite que cette théorie n'est contredite par aucun des faits observés.

Il va sans dire que, au point de vue du traitement, cette théorie conduit à examiner les malades avec le soin le plus méticuleux afin de constater, et de supprimer s'il se peut, toutes les causes d'excitations anormales afférentes. Au point de vue de la thérapeutique pharmaceutique, M. Thomson conseille de retarder le plus possible l'emploi des bromures dont les effets généraux sont fâcheux. On pourra renforcer l'action des bromures, et par conséquent en diminuer les doses, en ayant recours simultanément à l'antipyrine.

Le chloral est aussi un adjuvant utile. Mais la médication par excellence, c'est la vie au grand air.

L'épilepsie est toujours une maladie grave ; mais après trente ans d'expérience, l'auteur estime que, pour des cas moyens, et pour des malades qui consentent à persévérer pendant assez long-

temps dans le traitement, la proportion des guérisons radicales n'est pas inférieure à 70 p. 100. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

II. **Les résultats de la chirurgie cérébrale dans l'épilepsie et dans les défectuosités mentales congénitales**; par William-D. SPRATLING. (*The New-York and Philadelphia Medical Journal*, 19 septembre 1903.)

Sur 33 cas d'épilepsie les résultats ont été les suivants : dans 21 cas, aucune amélioration, ni passagère ni permanente; dans 8 cas les attaques ont diminué de fréquence et de gravité, mais l'intervention chirurgicale n'a constitué qu'une partie du traitement; dans 3 cas, l'aggravation a été manifeste; dans 1 cas il y a eu guérison apparente, mais cette guérison doit légitimement être attribuée à une autre cause.

Si le tableau des succès chirurgicaux dans l'épilepsie n'est pas brillant, il est plus sombre encore quand il s'agit des idiots et des imbéciles.

La statistique donnée par l'auteur porte sur 194 cas, divisés en deux groupes : le premier groupe (111 cas) donne les résultats les plus immédiats; le second (83 cas) donne les résultats plus permanents.

Premier groupe de 111 opérations : 19 morts (17 p. 100) par suite de l'opération ou peu de temps après elle. — 25 (22,5 p. 100) résultat nul. — 10 (9 p. 100), résultat insignifiant, non satisfaisant, — 24 (21,5 p. 100), amélioration (dont la nature est indiquée dans ce mémoire à propos de chaque cas). — 30 (27 p. 100), amélioration de nature non indiquée.— 3 (3 p. 100), pas de renseignements.

Deuxième groupe de 83 opérations : 20 (25 p. 100), morts. — 54 (65 p. 100), pas d'amélioration. — 9 (10,5 p. 100), amélioration.

L'auteur conclut en disant qu'on ne connaît pas un seul cas de défectuosité mentale congénitale où l'intervention chirurgicale ait rétabli un état mental normal. D'ailleurs l'inutilité de ces opérations est démontrée par leur rareté à l'époque actuelle comparée avec leur fréquence il y a dix ans. Il faut donc conclure avec Bourneville que c'est vers le traitement médico-pédagogique qu'il faut se tourner et que c'est sur lui qu'il faut compter.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du juin 1904. — PRÉSIDENCE de M. DÉJERINE.

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge funèbre de M. Gilles de La Tourette.

M. MARIE. A propos du procès-verbal. Chez un sujet atteint du syndrome que dans leur dernière communication MM. Déjerine, Thomas et Chiroy ont considéré comme rattaché à une lésion thalamique, M. Marie n'a trouvé à l'autopsie aucune altération de la couche optique.

M. DÉJERINE a cependant depuis cette communication autopsié deux sujets atteints de ce syndrome et trouvé des lésions thalamiques chez les deux.

Accidents bulbaires d'origine auriculaire.

M. BONNIER présente deux malades atteints de troubles bulbaires d'origine optique. Dans l'un des cas, le bulbe droit étant intéressé il y a eu des phénomènes généraux, dans l'autre c'était le bulbe gauche et il n'y a eu aucun phénomène d'ordre général. M. Bonnier a souvent remarqué que les accidents généraux accompagnent surtout les lésions droites du bulbe et non les gauches.

Cécité verbale avec agraphie.

M. THOMAS. Chez un malade dont le pli courbe est resté intact et dont les lésions occupaient une faible portion de la P^3 et une vaste portion de la face interne de la région occipitale (cuneus, lobule lingual, lobule fusiforme) il y a eu cécité verbale avec agraphie, mais avec conservation du langage intérieur et possibilité d'épeler le nom d'un objet désigné.

Un cas d'adipose douloureuse.

MM. RAYMOND et GUILLAIN présentent une femme de cinquante-sept ans atteinte d'une hémiplégie droite et d'adipose douloureuse. L'hémiplégie s'est manifestée il y a un an, l'adipose et les douleurs ont commencé il y a dix ans. L'adipose est localisée presque exclusivement à la racine des membres dont le segment ectromélique a conservé son apparence normale ; elle se présente sous

l'aspect de lipomes et d'infiltration graisseuse diffuse. Toutes les masses adipeuses sont très douloureuses à la pression. Des troubles psychiques existent chez la malade (amnésie, dépression mélancolique, tentative de suicide, etc.) Le corps thyroïde est légèrement hypertrophié. Les auteurs pensent que, malgré les incertitudes de la pathogénie, l'adipose douloureuse doit être conservée en nosographie. Ce syndrome clinique a peut-être des rapports avec les lipomes symétriques douloureux, avec certains œdèmes et pseudo-lipomes d'origine nerveuse. Toutefois ils pensent que cette association morbide lipomatose localisée surtout à la racine des membres accompagnée de douleurs et de troubles psychiques suffit à justifier l'autonomie d'un syndrome rencontré dans un certain nombre d'observations.

Sciatique d'origine spécifique.

MM. Gauchler et Roussy présentent un malade atteint de sciatique qui serait tout à fait banale si elle ne s'accompagnait de troubles de la sensibilité à topographie radiculaire. L'existence de ces troubles de la sensibilité jointe à la présence d'une lymphocytose légère du liquide céphalorachidien et de ce fait que le malade a eu la syphilis font penser qu'il s'agit là d'une méningite radiculaire spécifique.

Intoxication saturnine avec polynévrite chez un électricien employé dans une fabrique d'accumulateurs.

MM. Georges Guillain et Hermitte présentent un malade, employé dans une fabrique d'accumulateurs, qui, peu de temps après le début de sa profession a présenté des signes multiples de l'intoxication saturnine : colique de plomb, néphropathie, accidents nerveux. La paralysie saturnine a pris une extension grande puisque on constate chez cet homme, non seulement l'atteinte des muscles extenseurs, mais encore la participation du groupe radiculaire supérieur aux deux bras. Ces paralysies s'accompagnent d'amyotrophie et la réaction de dégénérescence est constatée. Quelques observations de paralysies saturnine chez des ouvriers employés dans des fabriques d'accumulateurs ont été récemment signalés par MM. Proust et Debori, Labbé et Ferraud, mais elles sont encore très rares. Il y a lieu d'insister sur l'application trop souvent négligée des règlements d'hygiène dans les fabriques.

Paralysie hérédo-syphilitique.

M. F. Rose présente un malade atteint de paralysie sensitivo-motrice intéressant la plus grande partie des nerfs craniens du côté droit et présentant des déformations osseuses multiples.

Ces déformations, remontant en partie à l'enfance, sont survenues à l'occasion de traumatismes insignifiants, soit spontanément et relèvent ainsi que le montrent les radiographies, d'exostoses et d'ostéites raréfiantes. Les lésions semblent devoir être rapportées à la syphylis héréditaire (Exostoses craniennes et générales). A signaler la localisation rare de l'ostéopathie spécifique aux os de la main.

Un cas de kyste dermoïde des centres nerveux.

MM. Raymond et Courtellemont. — Un peintre en bâtiments, bien portant jusqu'à trente-deux ans, fut à partir de cette époque, pris de céphalie diffuse avec paroxysmes parfois terminés par des vomissements, d'insomnie avec agitation et de vertiges. A plusieurs reprises, il eut des étourdissements, avec perte de l'usage des jambes pendaut une vingtaine de minutes, et de crises épileptiformes. L'examen montra une certaine spasmodicité des membres inférieurs avec démarche spasmodique, et de plus, un peu titubante, un tremblement leger intentionnel, surtout net aux membres supérieurs, contractions vermiculaires de la langue, parésie du facial inférieur droit. Tous les réflexes tendineux étaient exagérés, sans clonus net, avec orteil en flexion. Aucun trouble sensitif vaso-moteur ou trophique. La vue a notablement baissé, ce qui est dû à une névrite optique par stase papillaire. Pas d'autre trouble psychique qu'une diminution considérable de la mémoire. Mort deux ans ans après le début des accidents, après une crise de céphalée avec vomissements et photophobie. A l'autopsie, kyste dermoïde volumineux du lobe frontal droit, nodules analogues des méninges molles cérébro-spinales avec, dans les espaces sous-arachnoïdiens, des masses de la substance qui remplisssait le kyste. La ponction lombaire, pratiquée pendant les derniers jours de la vie, avait montré la présence de cette substance dans le liquide céphalo-rachidien.

Spasme professionnel.

MM. Gilbert Ballet, F. Rose présentant un malade, ciseleur de son métier, atteint de spasme fonctionnel professionnel se manifestant surtout dans les mouvements exigeant une attention soutenue, et cela de deux façons : d'une part lorsque la main droite tenant le marteau est mise dans l'extension, l'annulaire et le médius se fléchissent sur le manche de l'instrument, tandis que l'index en s'étendant s'en écarte ; d'autre part, le malade ne peut pas arrêter les mouvements de cette main quand il veut. Les spasmes et ces mouvements involontaires n'existent que dans l'acte de ciseler.

Étude de la rétine dans l'amaurose tabétique.

MM. P. Marie et A. Leri. Certains auteurs (Vulpian, Charcot, Virchow, Ordenëz, Schlaagenhaufer, etc.) placent dans le nerf optique l'origine de l'atrophie optique tabétique, d'autres (Pofoff, Moxter, Von Michel, de Grosz, etc.) croient que la lésion primitive siège dans la rétine et qu'elle consiste dans l'atrophie des cellules multipolaires ou ganglionnaires, cellules d'origine des fibres optiques. Nous avons coupé les yeux de 11 tabétiques amaurotiques et *dans tous les cas* nous avons trouvé un nombre encore considérable de cellules ganglionnaires, nombre souvent très comparable au nombre habituel de ces éléments bien que dans quatre au moins de ces cas nous n'ayons trouvé dans le nerf correspondant aucune fibre nerveuse et que dans la plupart des autres le nombre des fibres restantes ait été très minime. La couche des fibres optiques de la rétine était dans tous ces cas très diminuée d'épaisseur, mais nullement proportionnellement ni au nombre des fibres conservées dans le nerf, ni au nombre des cellules multipolaires.

Les autres couches de neurones de la rétine nous ont paru présenter également le plus souvent des altérations; en particulier il existait une diminution du nombre des éléments, mais toutes ces altérations n'étaient pas plus prononcées que celles qui se produisent à la suite de lésions quelconques du nerf optique ou des extrémités terminales de ses fibres, à la suite d'une lésion du corps genouillé par exemple. En somme, ces recherches nous permettent de conclure nettement que l'atrophie optique tabétique ne commence pas par la rétine.

Étude du nerf optique dans l'amaurose tabétique.

MM. P. Marie et A. Léri. Certains auteurs rapportent cette amaurose à une altération primitivement parenchymateuse, d'autres à une névrite interstitielle. Nous avons étudié vingt et un tabétiques amaurotiques en comparant leurs lésoins à celles de trois P. G. avec cécité, de deux tabétiques au début, avec cécité incomplète, de seize tabétiques et dix-huit P. G. sans cécité et sept syphilitiques sans signes de tabes mais avec ou sans troubles visuels. Nous avons trouvé dans la plupart des cas un gros épaississement des gaines méningées arachnoïdienne et pie-mérienne qui recouvrent les voies optiques, épaississement similaire à celui de la méninge postérieure spinale des tabétiques. Au microscope les graines méningées nous ont paru infiltrées abondamment de lymphocites, non seulement au devant de la portion crânienne des nerfs, mais également au pourtour de la portion orbitaire. A l'examen des nerfs eux-mêmes, nous avons été frappés de la dispro-

portion manifeste de leur volume : certains nerfs qui ne contenaient presque plus de fibres avaient conservé un volume égal au moins à celui d'un nerf normal, alors que les nerfs qui contenaient encore un nombre relativement considérable de fibres étaient déjà très réduits et que d'autres nerfs très atrophiés n'avaient plus que la moitié ou le tiers d'un nerf normal : cette constatation laissait supposer qu'il devait exister une autre lésion qu'une simple atrophie sur place des fibres nerveuses. Cette disproportion nous a été expliquée par l'examen microscopique. Les nerfs volumineux présentaient une hypertrophie considérable des travées vasculo-conjonctives que l'on trouve à l'état normal entre les faisceaux nerveux. Les nerfs de volume très réduit ne présentaient plus au contraire qu'un semis de nodules fibreux extrêmement nombreux disséminés sur un fond uniforme, parsemé de cellules névrogliques. L'examen de cas plus récents nous a montré que ces nodules représentent autant de vaisseaux oblitérés. Mais le nombre de ces nodules est hors de proportion avec le nombre des vaisseaux contenus normalement dans le nerf optique et nous fait penser qu'une première phase de l'amaurose tabétique est une phase d'irritation caractérisée par une néoformation vasculaire intense. A cette phase succède une phase d'oblitération des vaisseaux préexistants et néoformés essentiellement chronique ; les fibres nerveuses disparaissent alors faute d'irrigation sanguine ; à cette même période des lésions, on voit disparaître les travées conjonctives qui unissaient les modules vasculaires. Cette succession des lésions est très nette quand on examine des nerfs à des degrés d'atrophie différents ou même quand on examine des portions différemment altérées d'un même nerf. Elles expliquent que, comme nous l'avons indiqué, l'amaurose tabétique évolue, suivant deux périodes consécutives, la première, d'évolution aiguë, généralement accompagnée de céphalées frontales et de signes d'irritation du nerf optique, de phosphènes qui peuvent être le point de départ de troubles mentaux, pendant laquelle le malade perd toute vision distincte, l'autre, essentiellement chronique, pendant laquelle les phénomènes aigus ayant disparu, le malade conserve durant un temps très long des sensations lumineuses. Ces lésions n'ont rien de spécial à l'atrophie tabétique, ce sont des lésions de péri et d'endophlébite, de péri et d'endartérite oblitérantes qui paraissent être la caractéristique de la plupart des affections syphilitiques tertiaires, de toutes les cirrhoses syphilitiques : Leur origine vasculaire fait qu'elles sont le plus souvent nettement prédominantes au début au niveau du réseau pie-mérien et immédiatement au-dessous de la pie-mère, à la périphérie du nerf. Le passage du faisceau maculaire, faisceau de la vision distincte, à la périphérie du nerf dans sa partie rétro-oculaire explique que toute vision distincte disparaisse rapidement dès le

début de l'amaurose. Nous avons retrouvé ces mêmes lésions vasculaires prédominantes au pourtour du nerf dans des cas d'altérations syphilitiques diverses du système nerveux, paralysie générale, paraplégie spasmodique, etc.

A propos de la théorie du neurone.

M. Durante: — L'auteur reprend avec plus de détails les principaux arguments avancés par les partisans du neurone en faveur de cette théorie.

La terminaison libre des *fibrilles* dans les centres, constatée par R. Y Cajal avec l'aspect ne saurait infirmer les résultats de Agathe et Bethe par les couleurs d'aniline. Ces techniques sont trop peu comparables. En tout cas, si un réseau central infirme le neurome, l'absence de ce réseau ne saurait infirmer la conception du lobule nerveux polycellulaire. La limitation des *dégénérescences secondaires* n'est pas exacte. Il y a presque toujours altération des neurones voisins (Mobius, Monakow, Pilœz, Klippel, Marinesco, Schaffer, Bräunig). Il est vrai que les dégénérescences groupées affectent généralement la forme atrophique. Mais le sens propagateur des altérations à type Wallérien indique simplement une unité fonctionnelle que personne ne refuse au lobule nerveux.

La dégénérescence Wallérienne ne prouve pas plus que le neurone est une unité cellulaire, que les indications du bout périphérique d'une artère liée ne signifie que ce vaisseau est constitué par une seule immense cellule tubulaire. La dégénération autogène n'est plus une impossibilité depuis que les travaux modernes ont montré la régénération normalement segmentaire des nerfs après réunion.

Dans cette régénération, la différenciation des neuroblastes est fonction de l'activité physiologique. Dans la génération autogène le bout périphérique doit se mettre en rapport avec l'influx nerveux. Par exclusion, ce rapport ne parait pouvoir s'effectuer que par la périphérie par les anastomoses vraies d'Apathey. La question de *suppléances nerveuses* ne saurait être invoquée et ne cadre pas avec le neurone. Un seul gros tronc du membre ayant parfois suppléé à toute la sensibilité du membre, il faudrait admettre que chaque tronc peut assurer à lui seul toute l'innervation d'un membre. Ici encore les anastomoses périphériques expliquent seuls ce phénomène.

Enfin l'étude des dégénérescences et de la dégénération permet de se demander si le cylindre-axe a vraiment la valeur d'un conducteur comme un fil de cuivre. La conductibilité du nerf est une transmission active s'effectuant comme dans une série de petites piles. Elle peut exister en dehors du cylindre-axe (dégénérations, certaines névrites), par contre la persistance du cylindre-axe ne comporte pas toujours une intégrité de la conduction (névrite périaxile, sclérose en plaques). Il y a donc de ce côté à

reprendre les recherches. En fait le neurone continue à ne pas être démontré et les objections ne contredisent en rien la conception du lobule primitif nerveux ou *neurule* qui fait rentrer le système nerveux dans le plan des autres organes et permet d'expliquer les faits que le neurone laissait inexplicables. Comme dans tout lobule, les éléments du neurule présentent une *dépendance fonctionnelle absolue* (dégén. Wallérienne), mais au contraire une *indépendance* très nette vis-à-vis des *agents généraux* (toxique ou infectieux).

Lésions corticales et sous-corticales minimes avec lésion sous-épendymaire très prononcée chez deux aphasiques.

MM. P. Marie et Léri présentent les cerveaux de deux aphasiques, l'un moteur, l'autre sensoriel, cliniquement typiques. Chez l'un d'eux : aucune lésion corticale et seulement une petite lésion linéaire séparant la couche sous-épendymaire de la substance blanche d'une partie des circonvolutions rolandiques. Chez l'autre, ramollissement linéaire très limité de la lèvre supérieure de la scissure pariéto-occipitale. Mais dans les deux cas on a constaté une dilatation considérable du ventricule latéral gauche avec atrophie très marquée de la substance blanche de toutes les circonvolutions : dans l'un de ces cas on a constaté de plus l'existence dans la corne occipitale du ventricule de fausses membranes réunissant par un pont les parois de ce ventricule et dénotant l'existence d'un processus épendymaire ou sous-épendymaire.

Ces cas ne sont pas les seuls dans lesquels nous ayons trouvé une lésion épendymaire manifeste. Il existe une pathologie de l'épendyme peut-être comparable pour le système nerveux, abstraction faite de la nature et de la cause des lésions, à ce qu'est la pathologie de l'endocarde pour le cœur.

M. Brissaud montre un *zona à déposition métamérique typique.*

M. Grenet présente un *hystéro-traumatique* qui présente une forme de tremblement hystérique simulant le clonus du pied.

M. Cantonnet présente deux cas de *goitre exophtalmique* avec torticolis mental et psychasthénie. F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 17 mai 1904. — Présidence de M. Voisin.

Attaques de pseudo-épilepsie guéries par la suggestion hypnotique.

M. Viazemsky (de Saratow). — Une femme âgée de vingt et un ans a de fréquentes attaques convulsives. Son pariétal droit pré-

sente, sur une étendue de 4 centimètres de long sur 1 centimètre de large, une dépression consécutive à un coup de levier reçu il y a quinze ans. Cette région est douloureuse au toucher. On a porté le diagnostic d'épilepsie jacksonienne. J'ai pu, grâce à la suggestion hypnotique, faire cesser complètement ces attaques ; celles-ci étaient donc de nature hystérique et non point épileptique. Cette femme souffrait, en outre, de divers phénomènes pathologiques, tels que angoisse, affaiblissement de la mémoire, fatigue cérébrale, insomnie, anorexie, phobies diverses ; tous ces symptômes ont été supprimés par un traitement hypnotique méthodique et prolongé. Chez cette même personne, j'ai pu, par suggestion pendant l'hypnose, produire, à échéance fixe, une anesthésie complète, à la faveur de laquelle une dent fut extraite sans douleur. A cette malade, ainsi qu'à quatre autres, j'ai remis mon portrait, et, selon la suggestion que je leur en ai faite, dès qu'elles souffrent de quelque malaise nerveux, il leur suffit, pour s'en débarrasser, de fixer mon portrait pendant trente secondes. Une autre femme, également hystérique, souffrait d'une douleur permanente à l'épaule et chacune de ses attaques convulsives était précédée de l'exaspération de cette douleur. J'ai supprimé cette dernière par suggestion et, dès lors, les attaques ont complètement disparu.

M. Voisin. — Je soigne en ce moment une femme, hystérique, qui présentait des phobies analogues à celles de la première malade de M. Viazemsky ; dès la troisième séance d'hypnotisme, je l'ai presque complètement débarrassée d'une phobie de la mort qui la torturait.

Un cas particulier d'abasie guéri par la suggestion.

M. Stembo (de Vilna). — Il s'agit d'une enfant de dix ans. A six ans elle a une affection fébrile qui dura huit jours. Aussitôt après, elle peut remuer les jambes et marcher sur son lit, sur les bancs, sur les tables, mais absolument pas, lorsqu'elle est à terre. Quelques mois après, ayant eu la rougeole, elle peut marcher lorsqu'elle est à terre, mais seulement si quelqu'un lui tient la main, livrée à elle-même elle ne peut pas faire un pas. Hypnotisée et suggestionnée elle redevient vite capable de marcher toute seule, sans aucun appui. Il est probable que cet enfant présentait un trouble fonctionnel des centres associés et que la suggestion hypnotique a ravivé le souvenir du mécanisme de la marche.

Deux cas de névralgie guéris par la suggestion hypnotique.

M. Damoglou (du Caire). — Un homme de ving-quatre ans souffre de névralgie temporale droite depuis deux mois ; l'appareil dentaire est indemne ; aucun médicament n'a pu procurer quelque soulagement ; deux séances d'hypnotisme suffisent à faire

disparaître cette névralgie. Une femme de vingt-six ans est retenue au lit depuis vingt-cinq jours par une sciatique que n'ont pu modifier ni les médicaments ni les frictions, ni les cautérisations; après la seconde séance d'hypnotisme, cette malade peut se lever et marcher; après la troisième, la douleur a disparu.

Le mal de mer et la suggestion.

M. Bonnet (d'Oran) étudie les influences mécaniques, physiques, physiologiques et psychologiques qui produisent ou exaspèrent le mal de mer. S'il est très difficile de s'en préserver totalement, au moins peut-on l'atténuer ou s'en défendre, dans une certaine mesure, par diverses précautions hygiéniques portant principalement sur la suppression des sensations visuelles et olfactives, la position horizontale, etc. La crainte du mal de mer, la conviction qu'on l'aura, l'initiation suggestive inconsciente ont une large part dans l'étiologie de ce malaise. Contre ces facteurs psychologiques, la suggestion est tout à fait indiquée. Il est bon de faire les séances de suggestion à terre pendant les jours qui précèdent l'embarquement ou à bord dès le départ. La suggestion a surtout pour effet de diminuer la sensibilité olfactive et visuelle, ainsi que d'exalter la résistance physique et morale du sujet.

M. Paul Farez. — De nombreuses observations classiques montrent que si le mal de mer peut être provoqué par des causes morales, il peut aussi, une fois installé, être instantanément jugulé par une émotion quelconque. De même, la ferme croyance qu'on est immunisé suffit à rendre réfractaire au mal de mer. Je l'ai expérimenté tout récemment. Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans. Je l'endors profondément, mais j'évite à dessein de le suggestionner. Convaincu que je lui ai réellement fait les suggestions qui doivent le préserver du mal de mer, il fait, sans éprouver aucun malaise, une traversée qui, les fois précédentes, le rendait extrêmement malade.

Action des excitations mécaniques faibles et répétées sur l'anesthésie hystérique.

M. Paul Magnin. — Chez les hystériques, des excitations faibles, intermittentes et prolongées produisent, par elles-mêmes et en dehors de toute suggestion, en vertu d'un phénomène de « sommation » ou d'« addition latente », non seulement des contractures, mais des effets esthésiogènes portant aussi bien sur la sensibilité spéciale que sur la sensibilité générale. Qu'il y ait ou non transfert, la restauration de l'une des sensibilités taetile, algique ou thermique entraîne celui de la sensibilité spéciale et réciproquement. Pour ce qui concerne la sensibilité spéciale, je l'ai surtout étudiée chez les achromatopsiques et les dyschromatopsiques. En

général, l'excitation de l'œil par les couleurs centrales entraîne le retour de la vision non seulement pour ces couleurs, mais aussi pour les couleurs périphériques, tandis que l'excitation pour les couleurs périphériques ramène la vision pour la couleur employée, quelquefois aussi pour la couleur complémentaire. Avec tous les excitants employés j'ai observé les phénomènes décrits à propos de l'action esthésiogène des métaux, à savoir l'anesthésie de retour, l'anesthésie post-métallique et les oscillations consécutives. On peut, au moyen d'excitations faibles et répétées, endormir des malades hémianesthésiques en s'adressant à leur côté anesthésique aussi bien qu'à leur côté sensible ; dans ce cas, le retour de la sensibilité précède toujours l'invasion du sommeil.

M. Bérillon. — Ces considérations mettent de nouveau à l'ordre du jour la très importante question du rôle des agents physiques dans la production de l'hypnose. Pour alléger notre peine, renforcer notre action et diminuer la résistance du sujet, nous devrons, de plus en plus, posséder tout un outillage d'appareils et d'instruments capables d'impressionner les divers sens, tels que miroirs, interrupteurs, vibrateurs, etc. L'action des bruits faibles, discontinus et rythmés a d'ailleurs été, de tous temps, utilisé par les Aïssaouas ou les Derviches.

M. Paul Farez. — C'est, en effet, une loi bien connue des psychologues et applicable, non seulement aux hystériques, mais à tous les individus, en général, à savoir que toute sensation, pourvu qu'elle soit homogène, uniforme, continue, exclusive et prolongée, finit par supprimer dans la conscience la perception d'une différence et par produire ainsi l'anidéisme, c'est-à-dire un état psychologique très favorable à l'invasion de la suggestion. Dans la pratique, pour provoquer cet état de suggestionnabilité, je me sers d'un métronome dissimulé très loin derrière une tenture, ce qui en assourdit le bruit ; en outre, les battements du métronome ne sont point séparés par des intervalles isochrones, mais synchrones au rythme respiratoire du sujet.

M. Paul Magnin. — Il y a quelques jours, un malade tombait en état d'hypnose, dans mon cabinet, sous l'influence du bruit intermittent et rythmé que faisaient les bulles d'air enfermées par accident dans une conduite.

La suggestion impérative.

M. Bérillon. — Le défaut ou la diminution de la suggestibilité tient à deux causes. La première est organique et résulte d'un manque d'aptitude lié à une disposition défectueuse du système nerveux ; elle se constate chez les idiots, les imbéciles, les sujets atteints de débilité mentale accentuée ou d'aliénation. La seconde est d'ordre psychologique et même sociologique ; elle se rencontre

surtout chez les sujets dont l'intellectualité est très développée. Ceux-ci réfléchissent, raisonnent, analysent, discutent ; cela leur donne l'illusion de toutes les compétences ; ils sont pétris d'opinions préconçues et de partis pris. Or, quiconque est la proie d'une opinion préconçue ressemble psychologiquement au malade dont le délire est systématisé ; aucun fait, aucun argument, aucune démonstration ne sont capables de modifier son système ; et c'est à cette forme de monodéïsme que vient de se heurter la suggestion persuasive, insinuante et démonstrative. Avec ces malades, il ne faut ni expliquer, ni justifier le contenu de la suggestion ; il ne faut ni discuter avec eux ni s'acharner à les convaincre ; la suggestion ne devra tenir aucun compte de leurs raisons, se faire impérative, autoritaire et imposer l'obéissance complète, sans conditions.

M. Lionel Dauriac. — C'est ce qu'ont bien compris les différentes morales. Pour elles, le devoir se présente sous une formule catégorique et brève qui s'impose, avant toute réflexion, par la seule vertu de sa force impérative.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 17 Janvier 1903 (en mémoire de S. S. Korsakoff).

Contribution à l'étude de la psychose de Korsakoff.

S.-A. Soukhanoff et A. Boutenko. — Les rapporteurs ont présenté une revue historique très détaillée de la littérature concernant la psychose polynévritique, et ont cité un cas personnel de la psychose de Korsakoff. Malade de quarante-trois ans, coiffeur, alcoolique, prend le vin depuis longtemps ; les dernières années il le prend quotidiennement et en dosses assez grandes. La syphilis est réfutée. Au commencement de l'année 1902, pendant une maladie fébrile, on observa chez lui des phénomènes de délire alcoolique, en septembre des accès de vertige ; le 27 septembre un accès épileptique, ensuite de la faiblesse et une certaine élévation de température. Le malade commençait déjà à se rétablir, lorsque subitement, le 11 octobre, survinrent deux nouveaux accès épileptiques ; le malade était dans un état très lourd ; la température était un peu plus haute que la norme. Lorsque le malade commença à se rétablir, il se manifesta chez lui un oubli très marqué et, en outre, il commença à raconter des choses qui n'ont pas été. Le 12 novembre de 1902 on constata du côté du système nerveux

des phénomènes de lésion des nerfs périphériques (manque de réflexes patellaires, douleur à la pression de certains troncs cérébraux, démarche mal assurée, amaigrissement des extrémités inférieures) ; du côté psychique, on remarqua une amnésie très accusée relativement aux faits courants et récents et des fausses réminiscences ; en même temps sautait aux yeux une certaine vivacité de la psychique, une expression vive des yeux et de la face. Dans le cours ultérieur, l'état du malade s'améliora ; les phénomènes névritiques commencèrent à s'affaiblir graduellement, mais la mémoire restait toujours mauvaise ; le malade était oublieux ; racontait des confabulations, quoique moins fantastiques qu'au commencement. Les rapporteurs considèrent leur cas comme un cas le plus typique de la psychose de Korsakoff. Ensuite, ils ont fait la revue, autant que possible détaillée, du matériel concernant la psychose de Korsakoff ; ayant basé leurs conclusions sur 200 cas à peu près de la maladie en question, décrits par différents auteurs, les rapporteurs ont trouvé que, chez les hommes, la psychose de Korsakoff se rencontre approximativement pour une fois et demie plus souvent que chez les femmes ; surtout saute aux yeux ce fait que la plus grande majorité des cas de psychose de Korsakoff sont d'origine alcoolique. Dans les trois quart de tous les cas de la maladie de Korsakoff, c'est l'alcool qui doit être envisagé comme cause principale ; si on prend seulement les hommes, alors on verra que parmi eux le nombre de cas de psychose de Korsakoff, d'origine alcoolique, sera quatre fois et demie plus grând que le nombre de cette même maladie d'une autre origine ; outre l'alcoolisme, la psychose de Korsakoff peut être provoquée encore par la fièvre typhoïde, par l'ictère, par des troubles gastro-intestinaux, par des tumeurs malignes, etc. Concernant l'âge, la psychose de Korsakoff chez les hommes se développe le plus souvent à l'âge de quarante et un,-quarante-cinq et quarante-six,-cinquante ans, et chez les femmes à trente-six,-quarante ans. Certains auteurs (Schultze, Monkemoller, Raimann, Luckerath) décrivent des cas de psychose de Korsakoff sans phénomènes cliniques neuritiques, mais il faut remarquer que dans pas un des cas de ce genre il n'y avait eu d'examen microscopique des nerfs ; ces cas ne sont pas nombreux et tous ils appartiennent aux hommes. La psychose de Korsakoff, le plus souvent, laisse des défauts dans l'état psychique des malades, qui concernent principalement la mémoire. Souvent dans la maladie de Korsakoff on constate la tuberculose, qui mène le malade à l'issue léthale. La guérison complète est très rare chez les alcooliques ; elle est même très douteuse. Dans certains cas, on observe la combinaison de la psychose de Korsakoff avec la polioencéphalite de Wernicke ; dans des cas rares la psychose de Korsakoff peut se compliquer, dans son cours ultérieur, par de vastes ramollissements dans la région des hémisphères cérébrales, ce qui

n'exclut pas le diagnostic de la psychose de KORSAKOFF. Pour conclusion, les rapporteurs ont cité un cas de ce genre, observé à la Clinique Psychiatrique de Moscou, où il y avait un tableau très typique de la psychose de KORSAKOFF (chez un alcoolique d'âge moyen) ; à la psychose s'est associé un vaste ramollissement dans les hémisphères cérébraux ; à l'examen microscopique furent constatés des phénomènes névritiques.

W.-A. MOURATOFF voit le principal centre dans la résolution de cette question, dans l'autonomie de la psychose de KORSAKOFF ou seulement dans l'existence du symptômo-complexus de KORSAKOFF. C'est pourquoi il regarde comme thème essentiel la définition des symptômes différentiels de cette maladie, puisque des troubles de mémoire analogues peuvent s'observer aussi dans diverses lésions anatomiques du cerveau, preuve de quoi peut servir le cas de S.-A. SOUKHANOFF, où à l'autopsie furent trouvés de vastes foyers apoplectiques.

BECHTEREFF. — Le terme *maladie de Korsakoff* doit être appliqué, vu la première description de l'auteur, seulement à la psychose polinévritique. V.-W. VOROBIEFF indique sur cela qu'il peut exister trois genres de cas : 1° Lorsque la psychose de KORSAKOFF apparait comme entité nosologique pure ; 2° lorsqu'un processus analogue est observé dans les lésions organiques du cerveau et 3° lorsque la maladie de KORSAKOFF typique est compliquée par des lésions cérébrales organiques et non provoquées par elles.

W.-P. SERBSKY remarqua que le cas, sur lequel insiste W.-A. MOURATOFF, est peu démonstratif, car, autant qu'on peut le juger par la brève communication de ce cas, les nerfs périphériques n'ont pas été examinés. Quant à l'existence des vastes modifications anatomiques dans le cerveau, cela ne contredit nullement au diagnostic de la psychose de KORSAKOFF.

M. SERBSKY envisage la maladie de KORSAKOFF comme une telle forme qui, comme, par exemple, la paralysie générale est une association d'un trouble psychique avec des modifications organiques du système nerveux, Comme endroit de la plus grande concentration de la lésion dans cette maladie apparaissent les nerfs périphériques, mais cela n'exclut nullement, comme en général dans les polinévrites, la possibilité des modifications ni du côté de la moelle épinière, ni du côté du cerveau. Et S.-S. KORSAKOFF cherchait toujours, lui-même, et attirait l'attention des autres, en examinant la maladie donnée, non seulement sur les modifications dans le système nerveux périphérique, mais aussi dans le système central et dans le cerveau en particulier.

Furent faites encore des remarques par W.-K. ROTH, A.-A. KORNILOFF, N.-N. BAGENOFF et B.-J. SÉMIDALOFF.

Contribution à l'étude de la poliomyélite aiguë (avec présentation des préparations).

P.-A. Préobragensky. — Malade de vingt-trois ans, sans occupations définies, alcoolique ; deux mois de cela, a été mordu par un chien enragé ; il subit un cours de traitement des vaccinations antirabiques ; cinq jours avant l'entrée à l'hôpital, le malade sentit une faiblesse du membre supérieur droit et puis une gêne de la respiration. *Etat présent* : une excitation très vive ; le malade parle beaucoup. Une paralysie complète avec affaiblissement de tous les muscles de l'extrémité supérieure droite. Cyanose des extrémités. Lorsque le malade veut se tenir debout, ses jambes fléchissent tout de suite et il tombe. Point de réflexes patellaires. Une dyspnée. Une salivation exagérée. Issue léthale le même jour. A l'autopsie on constata : une myélite aiguë de la région cervicale. Les organes internes étaient normaux. L'examen microscopique démontra dans la région de la corne antérieure droite, au niveau des segments cervicaux V.-VIII, une poliomyélite hémorrhagique aiguë (d'énormes hémorrhagies, un élargissement des vaisseaux, une accumulation des leucocytes, une multiplication des cellules de la névroglie, son œdème, la dégénérescence des cellules nerveuses, etc.). Le processus morbide s'était exprimé préférenciellement dans la région de l'artère latérale antérieure. Dans beaucoup d'endroits de la moelle épinière et du tronc cérébral on remarquait une grande accumulation de leucocytes (*tubercula rabica* de *Babès*). Dans les ganglions spinaux l'accumulation des leucocytes, la multiplication des cellules endothéliales, la neuronophagie. L'étude anatomique du cas donné démontre que, entre ce cas de poliomyélite et les myélites aiguës, il n'y a aucune différence bien essentielle. Toutes les classifications des myélites ne sont pas sans défauts, car dans la pratique on rencontre toujours des formes complexes (altération des vaisseaux et des éléments nerveux). Mais dans une seule et même infection on peut rencontrer des modifications parenchymateuses et interstitielles les plus variables, comme preuve de quoi ont été présentées des préparations d'un autre cas d'hydrophobie : un garçon de quatorze ans, dix mois de cela, a été mordu par un loup enragé ; le malade a aussi été soumis au traitement par les injections antirabiques, il a été amené à l'hôpital le 1er mars de 1901 en état d'excitation très marquée, et mourut quelques heures après son entrée à l'hôpital. A l'examen microscopique, on constata dans le système nerveux central un grand nombre de tubercules rabiques et des modifications interstitielles insignifiantes. De telle manière donc, dans une seule et même infection peut s'altérer le tissu interstitiel et le tissu parenchymateux en degrés différents (*locus minoris resistentiæ*). Concernant le caractère spécifique des modifications

dans la *lyssa*, on peut, dans ce cas, s'associer à l'opinion de M. Crocy qui n'envisage pas toutes ces modifications comme spécifiques, contrairement à l'opinion de Babes, de Van-Gehuchten et d'autres.

L.-S. Minor n'envisage pas le cas du rapporteur comme poliomyélite typique, mais plutôt comme un cas de *lyssa* avec localisation du processus, entre autres, dans les cornes antérieures aussi.

A.-A. Korniloff est d'avis que dans le cas du rapporteur existe une infection générale qui peut donner, et à la méningite et à la myélite, mais pas à la poliomyélite comme maladie particulière, comme nous nous la représentons. Pour la poliomyélite est nécessaire le tableau clinique ainsi que le tableau anatomique, et dans le cas donné il n'y a rien de caractéristique pour la poliomyélite.

W.-A. Mouratoff s'associe à l'opinion de MM. Minor et Korniloff, et cite, en abrégé, deux cas de poliomyélite, où il avait trouvé des modifications tout à fait identiques à celles qui sont observées dans les encéphalites. G.-J. Rossolimo est d'accord avec l'opinion du rapporteur. Comme différentes causes peuvent provoquer des névrites avec certaines particularités, ainsi les diverses infections peuvent provoquer la poliomyélite, qui peut présenter aussi de certaines particularités.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Les glandes parathyroïdes. — Etude anatomique et expérimentale ;* par M. A. Jouty (th. Lyon, 1903).

Le but du travail de M. Jouty a été de montrer toute l'importance fonctionnelle des glandes parathyroïdes, sans préjuger cependant du rôle qu'elles doivent jouer dans l'économie, et de donner sur elles tous les renseignements que la physiologie a fournis. Dans son historique, il montre l'évolution qu'a suivi l'étude des glandes thyroïdes et parathyroïdes, depuis les recherches cliniques de Reverdin (1882) et de Kocher, jusqu'aux travaux de Gley en 1891.

Les physiologistes avaient été frappés en effet par ce fait que chez le lapin la thyroïdectomie totale de la glande principale n'était pas suivie des mêmes accidents que chez d'autres animaux (chiens, chats, etc.) C'est alors que Gley, en 1891, démontra chez le lapin la présence de parathyroïdes situées à un centimètre au-dessous de la glande principale. En enlevant ces glandules en même temps que la glande principale, il montra que le lapin,

comme le chien, le chat, etc., meurt après avoir présenté des accidents analogues.

A partir de la découverte de Gley, les travaux se multiplient sur la question des glandules parathyroïdes, entre autres ceux de Gley, de Moressu, de Vassale et de Generali. Par ces nombreuses recherches, on est arrivé à démontrer que ces glandules sont embryologiquement, histologiquement et physiologiquement différentes de la glande thyroïde.

Au point de vue embryologique, comme le corps du thymus et les thyroïdes médianes et latérales, les parathyroïdes sont des dérivés branchiaux.

La parathyroïde externe naît par un bourgeon épithélial qui apparaît sur la région dorsale de la troisième fente branchiale. La parathyroïde interne se développe aux dépens de la région dorsale de la quatrième fente branchiale.

Sont annexés aux parathyroïdes, rarement chez l'homme, mais d'une façon constante chez les animaux : *a*) des produits thymiques, des grains ou nodules thymiques, il existe un nodule thymique pour chaque glandule parathyroïdienne ; *b*), les vésicules ciliées, formations kystiques rencontrées près de la parathyroïde interne ou au voisinage de son nodule thymique.

Pendant longtemps, à la suite de la découverte de Sandström (1880) les histologistes, Bozzi, Schmid, Schafer, etc., ont soutenu que les parathyroïdes n'étaient que des portions du tissu thyroïdien incomplètement développées, mais susceptibles de remplacer physiologiquement la glande principale.

Cette théorie de la parenté histologique ne tint pas devant les recherches de Hofmeister, de Gley, Nicolas, Jacoby, Kohn, etc., qui ont montré que le tissu des parathyroïdes une fois formé, restait toujours le même et ne pouvait se transformer en tissu thyroïdien.

Leur structure histologique comprend : des cellules polymorphes avec grand noyau et protoplasma clair, serrées les unes contre les autres et formant dans leur ensemble des boyaux pleins, séparés les uns des autres par du tissu conjonctif servant de support aux artères et aux veines mais qui est moins abondant que dans la thyroïde principale.

Les parathyroïdes externes sont entourées d'un tissu conjonctif qui les isole des tissus avoisinants. Pour la thyroïde interne la séparation d'avec le tissu thyroïdien est incomplète.

Chez l'homme, la parathyroïde interne est enchassée dans la glande thyroïde elle-même, le plus souvent près de la surface interne, elle en est séparée cependant par une gaine conjonctive.

Les parathyroïdes externes pour certains anatomistes (Sandströsem) se trouvent sur la face postérieure, au niveau de la partie moyenne de la glande thyroïde.

Chantemesse et Marie en décrivent deux groupes en rapport avec les deux artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. En général, elles ont une coloration brun rougeâtre, légèrement jaunâtre qui les fait confondre avec le tissu adipeux voisin.

Chez les animaux, M. Jouty n'a fait que reproduire les données anatomiques déjà connues chez le chien, le chat, le lapin, le mouton, la chèvre, le rat, le cobaye, le cheval, le porc, le singe. Ses recherches personnelles ont surtout porté sur les oiseaux. Le résultat de ses dissections (poulet) concorde avec la description que donne Verdun des parathyroïdes chez les oiseaux, qui possèdent quatre parathyroïdes, deux de chaque côté.

En général, la situation des parathyroïdes est variable pour chaque espèce animale, mais affecte pour une espèce donnée un type presque toujours le même.

Au point de vue expérimentale, les recherches de M. Jouty ont été faites sur les oiseaux. L'expérimentation chez ces animaux donne des résultats inconstants à cause de la situation anatomique des parathyroïdes internes qu'on ne peut atteindre parfois.

L'étude expérimentale montre que la parathyroïdectomie totale est suivie de mort constante après quelques jours, en général avec des accidents aigus paralytiques (paralysie surtout) ou convulsifs (tétanie, contractures permanentes, accès épileptiques généralisés). La thyroïdectomie avec parathyroïdectomie est toujours suivie de mort.

Dans les cas de parathyroïdectomie la survie ne peut s'expliquer que par le fait d'une opération incomplète. En effet la persistance d'une seule des glandules peut assurer la survie de l'animal.

Certaines conditions peuvent modifier l'évolution des accidents consécutifs à la parathyroïdectomie, en particulier l'âge ; chez les jeunes animaux, les accidents sont beaucoup plus rapides et plus aigus.

La transfusion, la saignée et les injections de sérum artificiel, les médicaments antispasmodiques ont une action palliative. Les greffes parathyroïdiennes (Cristianni) les injections de suc de parathyroïdes produisent une action préservatrice ou sédative.

L'auteur a recherché en outre les modifications observées dans l'organisme. Il n'y a pas de lésions spécifiques ni des centres nerveux, ni des viscères; on y rencontre de l'hypérémie et des hémorrhagies plus ou moins étendues. Dans le sang on trouve de la leucocytose, une anémie légère, une diminution de la résistance globulaire et de la quantité d'oxygénioglobine. La toxine urinaire est modifiée d'après Masoin, elle s'élève après la thyroïdectomie; la courbe de toxicité suit celle des accidents ; enfin la toxicité s'élève considérablement aux moments des attaques épileptiques et des accès de polypuée.

Comparant les troubles consécutifs à la parathyroïdectomie chez les animaux avec ceux produits par l'ablation de la thyroïde M. Jouty montre la différence qu'il y a entre eux. Dans la thyroïdectomie on a des troubles trophiques affectant une marche chronique, tandis que la parathyroïdectomie est suivie d'un syndrome toxique à grand tapage survenant en général en quelques jours (deux à huit) après l'opération et se traduisant par des symptômes digestif (vomissements, diarrhée) des troubles nerveux : contractures, convulsions épileptiformes, tétanie, par la toxicité du sérum et l'hypertoxicité des urines.

L'auteur termine son intéressant travail par l'étude des troubles consécutifs à l'insuffisance de la fonction parathyroïdienne chez l'homme. C'est l'insuffisance parathyroïdienne consécutive aux opérations de thyroïdectomie.

Ce sont enfin les faits d'insuffisance parathyroïdienne spontanée recherchés par certains auteurs et dont certains phénomènes convulsifs de l'enfance et certains cas d'éclampsie puerpuérale paraissent être la conséquence. G. C.

II. *Contribution à l'étude des échanges nutritifs dans l'acromégalie.* (Contributione la studial schimibiolo nutritive in acromegalie) ; par A.-C. Parhon. 50 pages. Bucarest Editiera Minerva, 1903.

Voici les conclusions de ce travail :

On trouve constamment dans l'acromégalie des troubles des échanges nutritifs, Ces troubles sont représentés par une rétention marquée de certains éléments, savoir :

Il existe une rétention constante et généralement assez importante du phosphore. Ce même phénomène existe pour le calcium mais sur ce point de nouvelles recherches sont nécessaires, celles de jusqu'à présent étant trop peu nombreuses. L'urée est parfois diminuée, d'autrefois elle oscille autour de la normale. Ce même fait s'observe pour les clonus, mais ici on trouve aussi le contraire, ces sels semblent souvent s'éliminer dans une quantité dépassant la normale.

L'étude des analyses quantitatives des urines nous est d'une réelle utilité pour connaitre l'état du métabolisme dans l'acromégalie; pourtant les résultats qu'il nous donne ne sont qu'approximatifs. Pour avoir des données précises il est nécessaire d'étudier comparativement les ingesta et les excreta et d'établir le bilan nutritif. Les recherches faites de cette façon sont jusqu'à présent peu nombreuses. En ce qui concerne la *pathogénie* de l'acromégalie, l'étude des échanges nutritifs comme celui de la physiologie de la glande pituitaire font plus probable la théorie qui soutient que cette maladie est due à une exagération de la fonction de cet organe que celle d'après laquelle elle serait l'expression des phé-

nomènes de déficit. Pourtant cette théorie ne peut être admise sans réserves.

L'étude des échanges nutritifs doit nous conduire dans la thérapeutique de l'acromégalie, ce traitement devant avoir pour but de ramener le métabolisme à l'état normal. L'opothérapie thyroïdienne ou pituitaire nous semblent contre-indiquée quand il existe dans l'organisme une rétention du calcium.

Dans les cas avancés l'acromégalie où le calcium a la tendance de s'éliminer dans une quantité qui dépasse celle ingérée (Fauszk et Vas) le traitement thyroïdien serait indiqué.

L'apothérapie pituitaire serait indiquée d'une façon rationelle dans les cas où une tendance à l'élimination exagérée du calcium et du phosphore coexisterait avec une diminution de l'excrétion du chlore et de l'azote; mais jusqu'à présent cette modalité de perturbation du métabolisme cellulaire n'a pas été signalé, il est pourtant possible qu'elle existe dans les cas avancés d'acromégalie. L'opothérapie ovarienne semble généralement indiquée et mériterait d'être essayée.

Les médicaments qui influencent plus énergiquement les échanges nutritifs et qui tendent à les ramener à la normale sont l'oxygène, le nitrate d'argent et surtout le phosphore. (Moraczewski.) L'étude des éliminations et surtout le bilan nutritif sont les seuls critériums certains qui nous indiquent l'action des médicaments.

A. Berstein, M. Moltghanoff, S. Soukhanoff.

VARIA.

Traitement de l'épilepsie par la diète; par Schnitzer.

L'auteur prône la modification apportée par Balint à la diète oligochlorurique de Richet et Toulouse. Cette modification consiste à ne pas dépasser 2 grammes de chlorure de sodium en vingt-quatre heures et, d'autre part, à donner un pain contenant, au lieu de sel de cuisine, du bromure de sodium en quantité suffisante pour que sous cette forme le malade prenne 3 grammes de bromure par vingt-quatre heures, à savoir 400 grammes de pain. En outre, un litre et demi de lait, 50 grammes de beurre, 3 œufs non salés.

Pareil régime est assez bien supporté pendant six ou huit semaines et le plus ordinairement le malade est amélioré. Néanmoins, l'on est obligé d'interrompre quelque temps par suite d'une répulsion par trop grande. Le plus ordinairement il y a augmentation de poids; ce régime est recommandable. (*Journal de Médecine de Paris*, 17 janvier 1904).

Un cas de léthargie.

Un cas de léthargie des plus intéressants vient de se présenter à Harvengt, près de Mons : une jeune fille de 24 ans, Léa Cornu, est restée endormie pendant trente-sept jours. La jeune fille était servante, et, à la suite d'une vive émotion, était tombée gravement malade. Un beau matin, ses parents ne parvinrent point à l'éveiller. Le médecin constata qu'elle était dans un état cataleptique complet. Tous les moyens employés n'ont pu la faire sortir de sa léthargie. Seule une respiration à peu près imperceptible et les battements du cœur témoignaient que la vie n'avait pas abandonné le corps. La jeune fille a été nourrie artificiellement au moyen de lait et d'œufs. Elle s'est éveillée samedi dernier, sans secousse aucune. Elle est actuellement très affaiblie et ne se souvient de rien. (*Semeur de l'Oise*, 17 avril).

Les aliénés en liberté.

Suicide. — Le 30 avril, vers 7 heures, le cadavre de M. Cessot-Chadeville, 52 ans, habitant Ecuelle, a été trouvé sur la voie du chemin de fer, entre Ecuelle et Bragny-sur-Saône, sur le territoire de Bragny. M. Cessot avait travaillé toute la journée de vendredi et n'avait pas rentré le soir. Sa femme, prise d'inquiétude, se mit à sa recherche, aidée de quelques amis, et ce n'est que hier matin que l'on a découvert le cadavre, dont la tête était réduite en bouillie. Depuis quelque temps M. Cessot paraissait ne pas jouir de la plénitude de ses facultés. (*Progrès de Lyon*, 2 mai.)

— On vient de découvrir à Charmoy-le-Grenant (Côte-d'Or) dit le *Progrès de Lyon* du 14 mai, pendu dans une grange, le nommé Noirot, domestique de ferme. Il a été reconnu que ce malheureux ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales.

D'où la nécessité d'hospitaliser tous les aliénés dès le début, de faciliter cette hospitalisation en assimilant de plus en plus les asiles à des hôpitaux, quitte à faire venir le *magistrat*, le lendemain de l'admission. Ce n'est que dans ces conditions que l'intervention du pouvoir judiciaire sera sans inconvénient. Si, au contraire, elle doit retarder le placement, elle sera nuisible.

Le crime d'une folle. — Un drame occasionné par la folie s'est déroulé hier matin, 14, boulevard de la Chapelle. A cette adresse, habitaient depuis environ six ans les époux Robert. La femme, née Renard, âgée de cinquante ans, donnait depuis quelque temps des signes de dérangement cérébral. Hier, vers six heures du matin, alors que son mari dormait, l'inconsciente se leva doucement, alla dans sa cuisine où elle emplit d'acide sulfurique une

soupière du contenu d'un litre, puis, revenant dans la chambre à coucher, elle versa la soupière sur le visage de son mari. Aux cris effroyables que poussa M. Robert, des voisins accoururent, et pendant que les uns s'emparaient de la femme Robert les autres conduisaient la victime à l'hôpital Lariboisière. M. Robert, a la tête affreusement brûlée et son état laisse peu d'espoir. (*Radical*, 24 mai).

Le crime d'une folle. — Les époux Justier, domiciliés rue de Belleville, eussent été très heureux, si Mme Gabrielle Justier, âgée de quarante et un ans, eût joui de la plénitude de ses facultés. Malheureusement, la pauvre femme était faible d'esprit et son mari, qui exerce la profession de tourneur sur bois et travaille au dehors, avait dernièrement commencé des démarches pour obtenir son internement dans une asile d'aliénés. Il craignait, en effet, qu'en son absence, sa malheureuse compagne, qui se rendait compte de son état, n'attentât à ses jours.

Comment Mme Justier apprit-elle que son mari avait l'intention de la faire interner? On l'ignore. Toujours est-il que mardi soir elle lui dit à brûle-pourpoint : — Alors, je suis folle ?... — Mais non, mais non, chère amie, répondit l'ouvrier. — Si, je le sais, ne mens pas, s'écria alors Mme Justier. Je suis même une folle dangereuse, tu vas le voir!...

Tout en disant ces mots, elle sortit de son corsage un petit revolver et, à trois reprises, fit feu sur son mari. Atteint à la tête, M. Justier s'enfuit en appelant au secours !... Mais quand les voisins accoururent, la pauvre insensée avait disparu. Le blessé fut conduit à l'hôpital Saint-Louis où les projectiles purent être extraits. Prévenu de ce drame, M. Girard, commissaire de police, ouvrit aussitôt une enquête, mais jusqu'ici le magistrat n'a pu retrouver la folle. On craint que celle-ci ne se soit suicidée. (*Le Petit Parisien*, 24 mars 1904).

La victime avait fait des démarches pour faire interner sa femme, aliénée. Il serait curieux de savoir si ce n'est pas, auprès du même commissaire de police qui n'aurait pas voulu intervenir tant qu'il n'y avait pas eu un acte criminel. Pour éviter de tels malheurs, il faut faciliter l'admission des malades dans les asiles, la rendre aussi facile que l'admission dans les hôpitaux et faire l'enquête administrative ou judiciaire aussitôt après l'hospitalisation.

Assommé à coups de bâton. — La nuit dernière, 17 septembre, une fatale méprise fut la cause d'un drame à Lucé, près de Chartres. Vers deux heures du matin, les époux Maleville (le mari jardinier) qui habitent une petite maison, ayant entendu du bruit, le mari se leva, armé d'un bâton, et sortit sans bruit.

Ayant trouvé un individu qui tentait d'ouvrir une fenêtre, il lui asséna sur la tête un formidable coup de bâton qui étendit à terre l'individu qui perdit son sang ; comme il essayait de se relever, Maleville continua à le frapper. Aux appels de Mme Maleville, du secours vint et on s'aperçut qu'on était en présence d'un malheureux *fou*, nommé Claudius Lhévenin, régisseur du cirque Amato, installé à Chartres, et qui était sujet à des hallucinations. Il fut transporté à l'hôpital dans un état désespéré. (*Le Matin*, 18 septembre).

Sous ce titre : *Une désespérée*, le *Semeur de l'Oise* du 20 mars publie le fait ci-après :

« Le 13 courant, une femme a été repêchée dans la Seine, quartier de la Muette, à Paris. Son corps a été déposé à la Morgue où il vient d'être reconnu comme étant celui de la nommée Gautier Augustine, âgée de vingt-quatre ans, domestique, 3, rue Nicolo, à Paris. La désespérée était sortie de l'Asile d'aliénés de Clermont le 9 avril dernier, en exécution d'un arrêté de M. le Préfet de Seine-et-Oise. Elle était à cette époque guérie de la maladie mentale pour laquelle elle avait été traitée et rien dans ses actes, ses écrits, ses paroles ne pouvait faire supposer une pareille fin. En quittant Clermont; la malheureuse s'était rendue chez les sœurs de Grenelle, 52, rue du Théâtre. »

Ce fait montre combien est délicate la mission des médecins des asiles et explique pourquoi, souvent. ils hésitent à signer la sortie des malades.

FAITS DIVERS.

Asile de Bron. — *Condamnation d'un infirmier.* — L'infirmier de l'asile de Bron, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, reconnu coupable de coups et blessures sur un fou, pensionnaire de l'établissement, a été condamné par le tribuual correctionnel de Lyon, à quatre mois de prison, avec application de sursis.

Suicide d'un fou. — *Nancy.* — Dimanche matin, vers onze heures, le nommé Antony Gratius, âgé de trente-huit ans, imprimeur, demeurant rue du Ruisseau, à Nancy, qui ne jouissait plus de ses facultés mentales, a tenté de tuer sa femme en lui portant un coup de rasoir au cou. La malheureuse s'échappa et appela à l'aide. Deux passants accoururent, pénétrèrent dans le logement et virent Gratius qui se tailladait la gorge. Ce dernier tenta une

seconde fois de frapper sa femme, mais il en fut empêché à nouveau. Il se porta un second coup de rasoir puis tomba. Il mourut peu après. (*L'Aurore*, 7 juin 1904.)

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE. Visite et présentation de malades, le samedi à 9 heures et demie très précises.

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE Pau 1er-7 août 1904). — Le XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Pau du 1er au 7 août sous la présidence de M. le professeur Brissaud.

Adresser les adhésions et communications à M. le Dr Girma, secrétaire général du Congrès, médecin-directeur de l'Asile public des aliénés de Pau.

Nous prions, dès maintenant, les auteurs de ce Congrès, de bien vouloir nous envoyer pour le 25 juillet, un résumé de leurs communications.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

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

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

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 6-1904.

Vol. XVIII. Août 1904. N° 104.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

Clinique des maladies nerveuses. — La Salpêtrière

Deux cas de lèpre nerveuse [1].

Par le professeur RAYMOND

Messieurs,

Je puis, dans ma leçon d'aujourd'hui, grâce à l'obligeance de mon collègue, M. le professeur agrégé Jeanselme, mettre sous vos yeux un malade atteint d'une affection relativement rare dans nos climats, mais qui pourtant, depuis un certain nombre d'années, depuis surtout que l'expansion coloniale de la France conduit nombre de nos compatriotes à vivre dans les pays où la maladie est demeurée endémique, tend à devenir de plus en plus fréquente. Cette affection, il importe de la bien connaître parce qu'elle peut se présenter sous des dehors tels qu'il serait possible de la confondre, au premier abord, avec des maladies communes du système nerveux telles que nous en voyons dans cet hospice : on pourrait donc, si l'on n'était bien au courant de la question, commettre facilement une erreur de diagnostic très grave dans ses conséquences. C'est qu'en effet l'affection que je vise en ce moment est contagieuse, transmissible du malade à l'homme sain; elle est redoutable en raison de sa marche presque fatalement progressive, en raison des altérations profondes et multiples qu'elle peut produire dans l'organisme; elle a

[1] Leçon faite à la Salpêtrière le 20 mai 1904, recueillie et publiée par le Dr Constensoux, chef de clinique adjoint.

été, au moyen âge, dans notre pays, un objet d'horreur, et, dans l'imagination populaire son souvenir; son nom seul provoquent encore l'effroi. Pourtant aujourd'hui, je me hâte de vous le dire, on peut parfois arriver à la guérir presque complètement. Dans tous les cas, sa pathogénie a été singulièrement éclairée le jour où il a été démontré qu'elle est engendrée par un microbe lequel, suivant ses lieux d'habitat et les réactions qu'il provoque dans les tissus donne au tableau clinique telle physionomie particulière; du même coup on a compris ce qu'il convenait de faire au point de vue de la prophylaxie, sans compter que depuis lors la thérapeutique a été orientée dans une voie nouvelle et déjà fructueuse.

C'est donc, Messieurs, un des syndromes nerveux d'une affection bacillaire pouvant être beaucoup plus généralisée, pouvant intéresser d'autres tissus que le tissu nerveux, que vous allez voir chez le malade que je vais placer sous vos yeux. Il y a quelques années, j'ai déjà eu l'occasion d'étudier avec vous une autre malade atteinte de la même affection; je vous rappellerai également son histoire, et l'examen de ces deux cas me permettra de vous faire connaître les aspects principaux sous lesquels peut se montrer la maladie. Je vais donc tout d'abord vous dire comment celle-ci a évolué dans les deux cas qui nous occupent.

*
* *

Le malade que je vous présente est un nommé X..., âgé de cinquante-deux ans. Il a habité pendant de longues années la Nouvelle-Calédonie où il travaillait dans les mines de nickel. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant à signaler. Ses parents ont succombé à un âge avancé; des quinze enfants du ménage, neuf sont morts de fièvre typhoïde ou d'affections indéterminées; des six vivants actuellement, cinq sont bien portants, le sixième est notre malade.

Il ne peut pas nous fournir de renseignements sur sa première enfance. Deux fièvres typhoïdes, une à vingt et un ans, l'autre à trente et un ans et une pleurésie survenue à l'âge de quarante-six ans constitueraient ses seuls antécédents pathologiques personnels. Il n'a jamais eu de syphilis, de paludisme ni de dysenterie.

Les premiers symptômes qu'il ait constatés ont consisté en une démangeaison permanente, désagréable mais non douloureuse, occupant les fosses nasales mais ne s'accompagnant ni d'écoulement, ni de mauvaise odeur, ni d'aucune déformation; elle persista de 1900 à 1902. En 1902 apparurent les premiers accidents sérieux; ils siégeaient à la main gauche et consistaient en engourdissements suivis bientôt d'affaiblissement. Limités d'abord au médius et à l'index, ces symptômes atteignirent ensuite le pouce ; les deux derniers doigts ne se prirent que plus tard, ils ne se paralysèrent qu'au moment du retour en France, c'est-à-dire en juin 1903.

A peu près en même temps que ces phénomènes, le malade voyait les muscles de la main et de l'avant-bras diminuer de volume et les téguments correspondants prendre une coloration rouge brunâtre.

En février 1903 s'est produite une seconde localisation de la maladie qui désormais intéresse la face : de violentes douleurs se font sentir du côté droit du cou, du crâne et de la face; le simple effleurement de ces régions provoque des crises très pénibles.

Vers la même époque apparut une paralysie faciale intéressant également le côté droit et une éruption occupant la même région et dont on voit encore quelques traces, bien qu'elle ait en grande partie rétrocédé. Cette éruption était érythémato-papuleuse, prédominait du côté droit et intéressait surtout le nez dont le volume avait notablement augmenté. Une biopsie faite à Nouméa montra la présence de nombreux bacilles de Hansen dans la peau.

C'est alors que le malade s'est décidé à venir en France où il fut soigné à l'Institut Pasteur, puis par MM. Jeanselme et Huet. Les différents traitements auxquels il a été soumis, l'emploi notamment du collargol, de l'huile de Chaulmoogra, de l'icthyol et de l'électricité, lui ont procuré une amélioration manifeste et progressive : l'éruption de la face a pâli, l'œil droit se ferme mieux, l'anesthésie a diminué, la pression des nerfs n'est plus douloureuse, les mouvements sont redevenus normaux à l'épaule, au bras et à l'avant-bras, ce n'est qu'à la main que l'état est demeuré à peu près identique.

Procédons maintenant à l'examen des symptômes que

nous observons au membre supérieur gauche d'une part et à la face d'autre part.

Le membre supérieur gauche est le siège d'une paralysie à peu près complète portant sur la main et les muscles de l'avant-bras; le bras et la ceinture scapulaire sont, au contraire, respectés. Aussi le malade se présente-t-il l'avant-bras gauche fléchi spontanément, mais la main tombante, les cinq métacarpiens ainsi que les doigts sur le même plan transversal.

Au repos, les doigts sont allongés, la première phalange en extension complète, les deux dernières en flexion légère. Le malade ne peut relever spontanément ni la main ni les doigts; l'impotence de ces derniers est presque absolue : l'extension et l'opposition sont tout à fait impossibles, l'abduction, impossible pour les quatre premiers doigts, est vaguement esquissée par l'auriculaire, le mouvement d'adduction n'est qu'ébauché par le pouce. Les mouvements passifs sont possibles au niveau des doigts sauf la flexion et l'extension de la première phalange limitées par une raideur articulaire.

Au niveau du poignet, le seul mouvement que le malade puisse exécuter spontanément est la flexion de la main sur l'avant-bras; il y déploie même une certaine force et parfois la flexion s'accompagne d'une légère adduction : les autres mouvements font absolument défaut.

Les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont possibles, mais la force musculaire est inférieure à la normale; n'oublions pas d'ailleurs que ces mouvements ont beaucoup gagné dans ces derniers mois. Il en est de même pour les muscles de l'épaule et de la ceinture scapulaire : à ce niveau nous ne constatons aujourd'hui plus rien d'anormal, mais le malade déclare qu'à sa sortie de l'hôpital Pasteur, il était incapable de mettre la main derrière le dos.

Un second symptôme attire immédiatement l'attention, c'est l'atrophie musculaire coexistant avec l'impotence, elle occupe surtout la main et l'avant-bras. L'aspect de la main est l'aspect classique de la main simienne avec le pouce sur le même plan que les autres doigts, la disparition des éminences thénar et hypothénar et l'effacement du creux de la main.

A l'avant-bras, cette atrophie n'est pas moins évidente, la

mensuration montre, entre le côté gauche et le côté droit, une différence de 3 centimètres 1/2. Au bras la différence est moins accusée, elle n'est que de 1 centimètre 1/2, mais elle apparaît à la seule inspection.

Les réflexes sont diminués ou abolis au prorata de l'atrophie musculaire : les seuls qui, au niveau du poignet, ne soient pas complètement perdus sont ceux des fléchisseurs des doigts et du long extenseur du pouce; encore sont-ils très faibles.

L'examen de la sensibilité fait constater de gros troubles objectifs occupant la main et l'avant-bras; ceux-ci diminuent de bas en haut. Ils intéressent les trois modes de la sensibilité et affectent, d'une façon générale, une disposition périphérique : la bande moyenne est d'ordinaire la plus atteinte, c'est là que l'anesthésie prédomine, la bande interne est la moins touchée des trois. Ces troubles consistent en anesthésies et portent surtout sur la sensibilité thermique, la sensibilité tactile est la mieux conservée. Enfin, la limite supérieure des zones anesthésiques est insensible.

Vous pourrez facilement, en jetant un coup d'œil sur les schémas que je place sous vos yeux, vous rendre compte de la disposition de ces troubles de la sensibilité objective.

J'ajoute qu'au niveau de la main, le sens stéréognostique est très troublé, mais que le sens des attitudes segmentaires est conservé. Actuellement, le membre n'est le siège d'aucune douleur spontanée. Il n'existe pas non plus de douleur à la pression, contrairement à ce qui se passait avant le traitement suivi en France; la pression des nerfs, leur simple effleurement éveillaient, à ce moment, des douleurs extrêmement vives; aujourd'hui l'indolence est telle que les nerfs n'ont certainement plus leur sensibilité normale.

Mais il est un autre symptôme essentiel que révèle la palpation de la région malade, je veux parler des altérations objectives dont sont le siège les troncs et les filets nerveux; l'exploration montre, en effet, qu'ils sont notablement augmentés de volume; il est aisé de les sentir sous forme de gros cordons roulant sous le doigt, mais loin que leur volume soit régulier, ils présentent une série de nouures irrégulièrement réparties et qui leur donnent une apparence moniliforme. Ces altérations sont particulièrement accen-

tuées au niveau du cubital et du médian, que l'on peut sentir

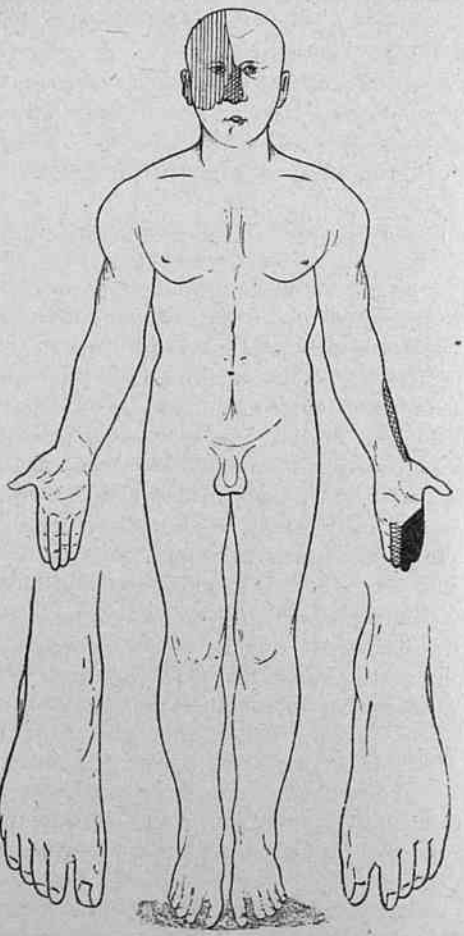


Fig. 14. — Les parties rayées d'un trait vertical correspondent à une hypoesthésie légère ; — les parties rayées verticalement et obliquement à une hypoesthésie très accentuée ; — les parties noires à une anesthésie complète ; — les parties pointillées à une hyperesthésie. Ces explications s'appliquent à toutes les figures.

dans toute la hauteur du bras ; vous sentirez aisément aussi plusieurs des filets sous-cutanés.

Enfin, Messieurs, les réactions électriques de ces nerfs et

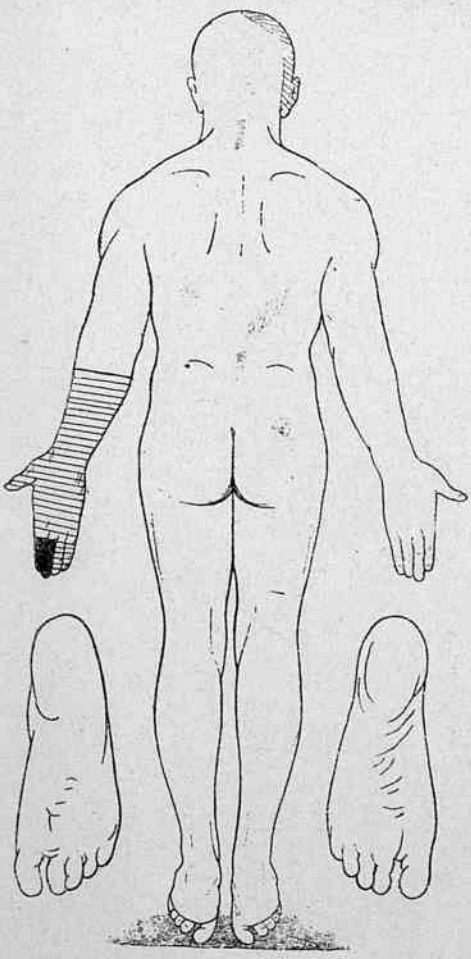


Fig. 15.

de ces muscles atrophiés sont, vous pouviez le prévoir, profondément modifiées.

Si maintenant nous passons à l'examen de la face et du cou, nous relevons encore, de ce côté, nombre de symptômes

importants, intéressant à la fois la peau et le système nerveux.

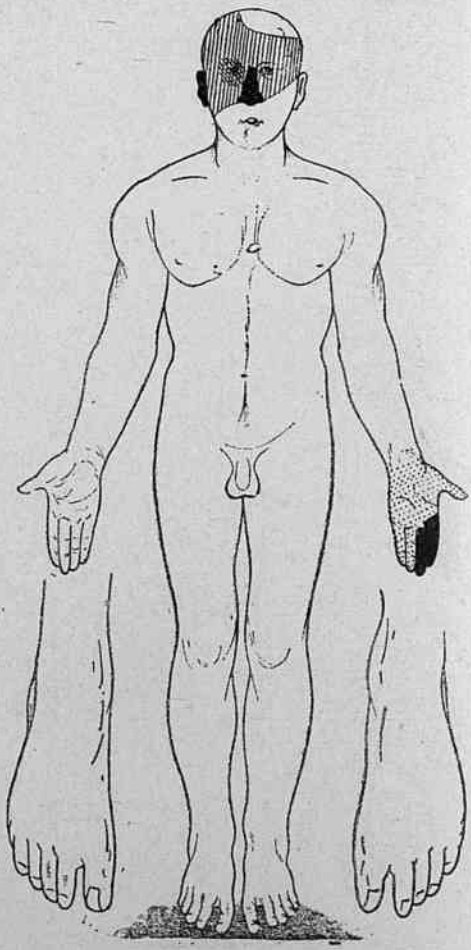


Fig. 16.

Dès l'abord, on est frappé par la pigmentation de la partie inférieure de la face et du cou. Quant à la partie supérieure de la face, à peu près normale à gauche, elle est dans sa partie droite et sur le nez le siège d'un érythème spécial : il

est surtout marqué autour de l'œil et sur le nez et, en ces deux points il s'accompagne d'une infiltration des tégu-

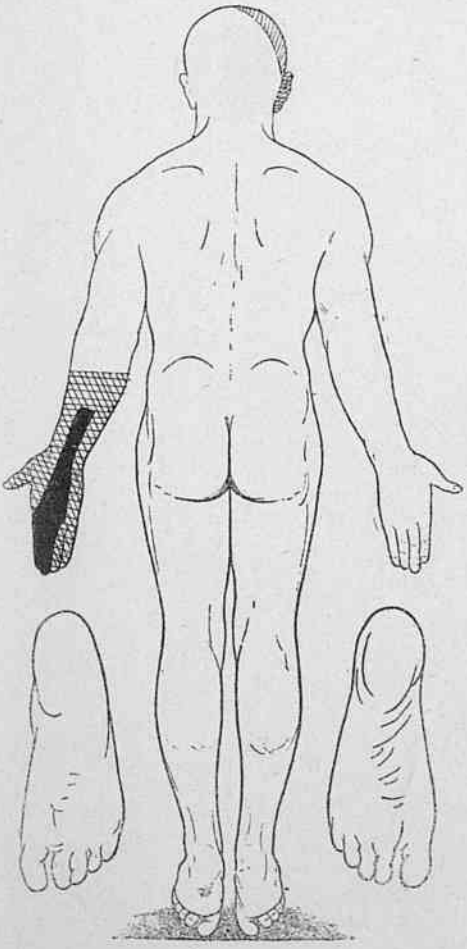


Fig. 17.

ments de la région. Le nez est volumineux; on pourrait, à un examen superficiel, le croire atteint d'acné hypertrophique, si la coloration rouge vif de cette affection ne faisait ici défaut.

La région sus-orbitaire droite, au niveau de l'émergence du nerf du même nom, présente une plaque érythémateuse

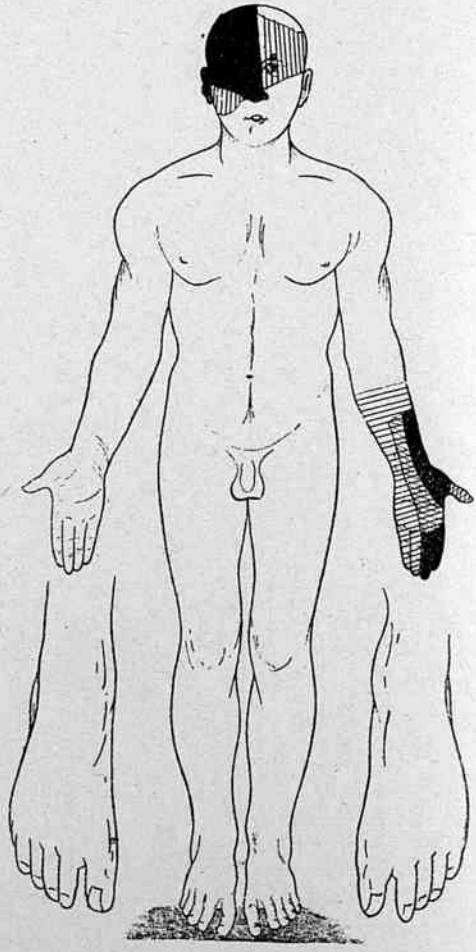


Fig. 18.

infiltrante sur les bords de laquelle on remarque encore plusieurs tubercules. Une autre plaque érythémateuse se voit à la région sus-orbitaire gauche, elle est séparée de la

précédente par une bande de peau saine. La région sous-orbitaire droite est rouge également.

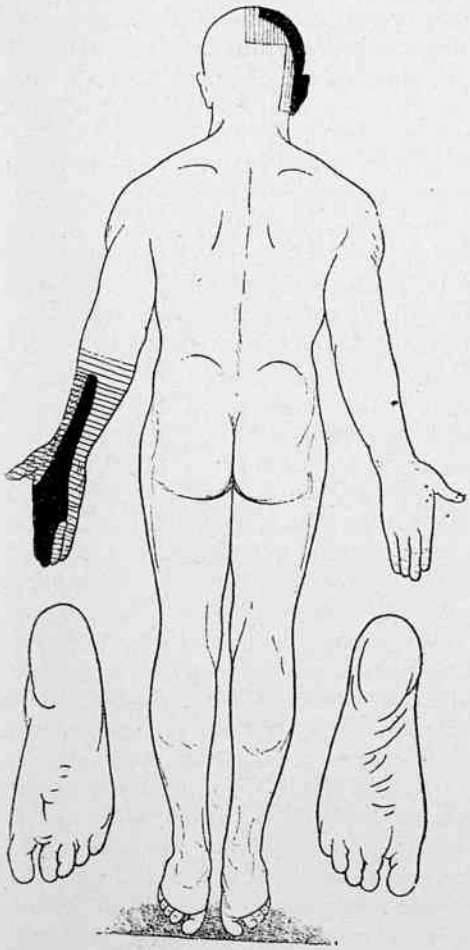


Fig. 19.

La paupière inférieure gauche est un peu infiltrée, mais cette infiltration est beaucoup plus marquée à droite où elle intéresse aussi la paupière supérieure : cette infiltration est

assez accentuée pour empêcher l'occlusion complète des paupières à droite.

A la face, on trouvait, au mois de janvier dernier, une diminution des réactions faradiques et galvaniques portant sur les rameaux moyens du nerf facial, l'excitabilité faradique était même abolie pour les rameaux palpébraux et frontaux. Depuis lors, les modifications qu'ont présentées ces réactions ont montré que nous assistions à la phase de réparation d'une DR, laquelle avait été plus prononcée pour les rameaux supérieurs que pour les moyens.

Au membre supérieur gauche, on constate de la DR très prononcée dans tout le domaine du nerf cubital et du nerf médian à la main; dans le domaine antibrachial de ces nerfs il n'existe que de la DR partielle sur le fléchisseur commun des doigts. Pour le nerf radial, la DR n'existe que dans le domaine antibrachial et fait défaut au niveau du bras. Enfin, les réactions électriques des nerfs musculo-cutané et circonflexe sont normales.

A part cette inocclusion de cause purement mécanique, la face n'est plus aujourd'hui le siège d'aucun trouble moteur : le malade peut siffler, souffler, rire, découvrir ses dents de façon normale, mais je vous rappelle qu'il n'en a pas toujours été ainsi et qu'il a existé une paralysie faciale droite jusqu'en novembre 1903.

Au point de vue de la sensibilité, l'examen de la face comme celui du membre supérieur gauche révèlent des troubles profonds. Ceux-ci occupent, d'une façon générale, la moitié droite de la face dans sa partie supérieure, la moitié correspondante du cuir chevelu dans son segment antérieur. Cette zone répond au territoire de distribution des deux branches supérieures du trijumeau et du nerf auriculo-temporal; toutefois, elle empiète sur le côté gauche. Ici encore l'anesthésie porte sur les trois modes de la sensibilité, elle est moins marquée pour la sensibilité tactile que pour les deux autres; elle predomine au nez, autour de l'œil droit et à l'oreille droite.

La palpation, pratiquée au niveau de la face, n'éveille plus maintenant aucune sensation douloureuse, mais, comme au niveau du bras, elle révèle l'augmentation de volume et l'aspect moniliforme des nerfs périphériques. Cette augmentation de volume ne se rencontre qu'à droite. Elle intéresse

notamment les deux branches supérieures du plexus cervical superficiel qui offrent la dimension d'une plume d'oie et une consistance telle qu'au premier abord on pourrait hésiter à reconnaître des filets nerveux; avec un peu d'attention, on peut encore sentir d'autres rameaux, mais moins volumineux.

L'examen minutieux du malade ne permet pas de découvrir aucun autre symptôme digne d'être mentionné; les autres parties du système nerveux aussi bien que tous les viscères ne présentent rien d'anormal.

* * *

Je veux maintenant mettre en parallèle, avec le malade que je viens de vous présenter, l'observation d'une autre malade que nous avons eue ici en traitement dans le service voici quelques années :

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-sept ans, mariée à un officier colonial et venue à Paris, du Tonkin, pour se soigner. Elle était entrée à la Salpêtrière le 18 juin 1897. Ses antécédents héréditaires ne présentaient rien à signaler. Quant à elle, elle était née à Saïgon et avait été élevée, depuis l'âge de deux ans, par des religieuses possédant auprès de Saïgon, à Tiughé, une léproserie entourée d'un grand parc dans lequel les enfants venaient jouer, risquant ainsi, malgré une surveillance attentive, de se mettre en contact avec les lépreux. Mme S... s'est mariée à l'âge de vingt ans, sans avoir jusqu'alors fait aucune maladie, elle se fixa alors à Hanoï. En 1891, survient une première grossesse qui évolue et se termine sans incident. En 1892, au cours d'une deuxième grossesse, un jour que cette femme sortait du bain, elle remarqua au niveau des jambes l'existence de plaques violacées, et rapprocha cette constatation de ce fait que depuis quelque temps les jambes étaient quelque peu engourdies; l'éruption n'avait d'ailleurs été précédée d'aucun phénomène fébrile pas plus que de douleurs ni de saignements de nez. La grossesse continue et prend fin de façon normale, mais, six semaines après l'accouchement, la malade devient pâle, anémique, elle se fatigue très facilement, commence à être mal réglée et à souffrir du bas-ventre, en même temps que de nouvelles

plaques apparaissent au niveau des bras puis sur la joue gauche. Les médecins consultés portent le diagnostic d'eczéma circiné et instituent un traitement ioduré à la suite duquel les plaques se décolorent, desquament et disparaissent. Mais, les douleurs abdominales augmentant, la malade vient en Europe : à Marseille, on lui fait d'abord subir un curetage, de là elle se rend en Suisse pour soigner son anémie. Les plaques reparaissent et, à Genève, les médecins portent une seconde fois le diagnostic d'eczéma circiné et de nouveau prescrivent l'iodure de potassium avec le même succès que la première fois.

En 1893, Mme S... retourne à Saïgon, y redevient enceinte et accouche en 1894. Aussitôt après, de nouvelles plaques violacées, siégeant aux membres inférieurs, aux bras et à la joue gauche font leur apparition, mais cette fois l'éruption s'accompagne de douleurs dans les jambes, celles-ci consistent en élancements qui des pieds remontent dans les mollets; de plus, les mains au niveau des éminences thénar et hypothénar, les avant-bras et les jambes sont le siège d'un amaigrissement manifeste. Au bout de trois mois de traitement par l'iodure de potassium, la liqueur de Fowler et l'électrisation, les taches pâlissent et disparaissent.

En 1895 après une nouvelle grossesse et un nouvel accouchement survenu à huit mois, une nouvelle éruption se montre, plus étendue et plus confluente que les précédentes; pour la première fois la malade constate l'anesthésie de certains territoires cutanés. Le 6 janvier 1896, Mme S..., souffrant de douleurs avec sensations d'engourdissement dans les pieds et les mains, entre à l'hôpital d'Hanoï où l'on porte le diagnostic de lèpre anesthésique. La thermoanesthésie était dès ce moment assez accentuée pour que la malade ait pu se faire, sans le sentir, des brûlures assez profondes. Enfin une cinquième grossesse terminée par un accouchement normal, le 28 décembre 1896, est suivie d'une nouvelle poussée des symptômes éruptifs, douloureux, anesthésiques et aussi de l'amyotrophie.

La situation ne faisait donc que s'aggraver, aussi la malade se décida-t-elle à revenir en Europe ; le 18 juin elle entrait à la Salpêtrière. Voici ce que montrait alors l'examen.

Ce qui frappait tout d'abord c'était l'état d'amaigrissement surtout prononcé au niveau des deux mains. Celles-ci, en un

mot, présentaient tous les caractères classiques de la main simienne avec forme en griffe, disposition des cinq doigts sur le même plan, disparition des éminences thénar et hypothénar et du creux de la main, gouttières séparant les métacarpiens à la face dorsale. Aux avant-bras, l'atrophie portait de façon prépondérante sur les extenseurs, en sorte que la face dorsale de ces segments de membres était tout à fait plate. Aux membres inférieurs, elle intéressait surtout les muscles des pieds et les muscles antéro-externes des jambes, principalement du côté droit, tandis que les mollets et les muscles des cuisses étaient à peu près respectés. A la face, l'amaigrissement, peu visible à l'inspection, se traduisait néanmoins par la difficulté qu'éprouvait la malade à rapprocher les sourcils et à fermer l'œil gauche : celui-ci présentait en outre de l'épiphora.

Je note en passant qu'il n'existait aucune déformation de la colonne vertébrale. Quant aux phénomènes parétiques, ceux-ci rigoureusemt adéquates à l'atrophie musculaire se manifestaient par une diminution notable de la force musculaire dans les mouvements de flexion des pieds sur les jambes, d'extension des mains et des doigts, par l'abolition des mouvements d'opposition, d'adduction et d'abduction des doigts, d'extension des orteils.

Dans la marche, on remarquait une certaine instabilité, en même temps que les pieds ne portaient sur le sol que par le bord externe et la pointe, comme il arrive dans le steppage.

L'examen des réactions électriques, corroborant les résultats de la clinique, accusait une diminution de l'excitabilité faradique et galvanique dans le domaine du nerf cubital, surtout au niveau du coude, et de la réaction partielle de dégénérescence dans les muscles des éminences thénar et hypothénar, dans les muscles de la région profonde du mollet, ainsi que dans les muscles innervés par les sciatiques poplités externes.

Les réflexes rotuliens présentaient une légère exagération, variable d'ailleurs suivant les moments, mais on ne trouvait pas trace de trépidation spinale.

L'inspection de la peau révélait encore la présence de plusieurs symptômes intéressants. C'étaient : à la face antéro-interne du bras droit, une large macule brunâtre que nous

avons vue depuis desquamer et pâlir jusqu'à présenter la teinte café au lait très clair — je remarque qu'il n'existait

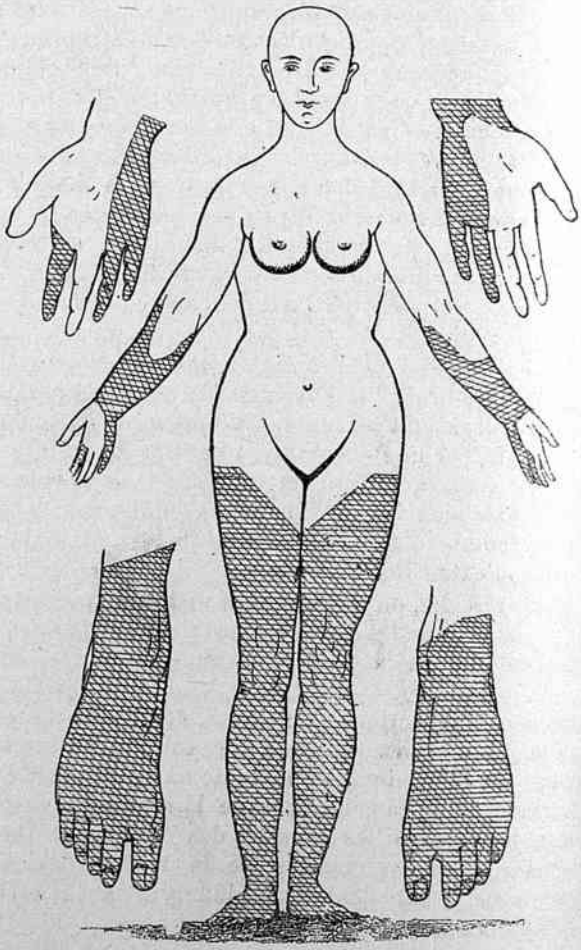


Fig. 20.

à ce niveau aucun trouble de sensibilité —; à la face postérieure du coude droit une cicatrice blanchâtre, consécutive à l'ouverture d'un abcès et datant de cinq à six ans ; à la face

dorsale du pied gauche un œdème dur et élastique ; au niveau des deux jambes la peau avait perdu sa souplesse et se montrait

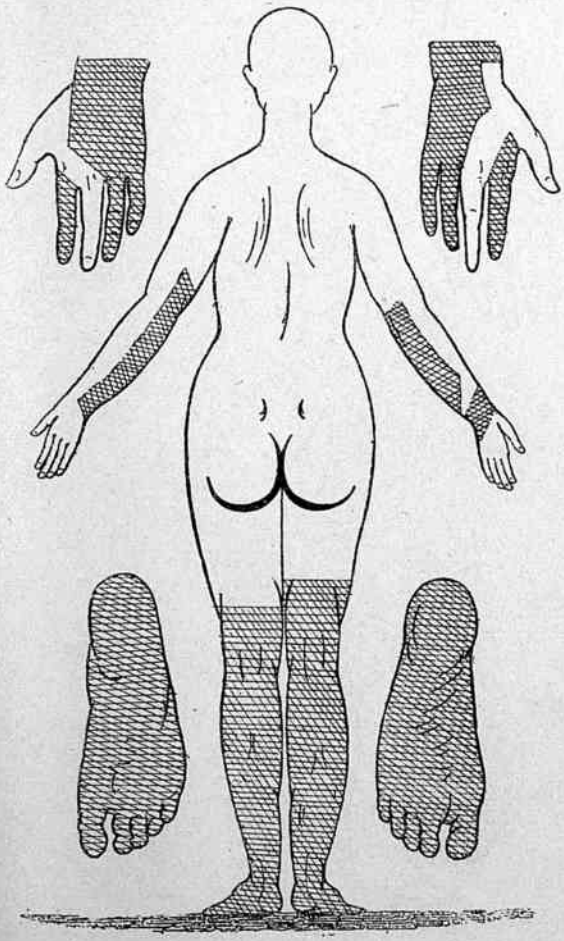


Fig. 21.

feutrée et sèche, surtout si on la comparait à celle des membres supérieurs ; enfin, aux pieds, on remarquait de nombreuses cicatrices de brûlures, surtout au voisinage des malléoles.

L'étude de la sensibilité n'était pas moins instructive : les troubles constatés intéressaient les trois modes de la sensi-

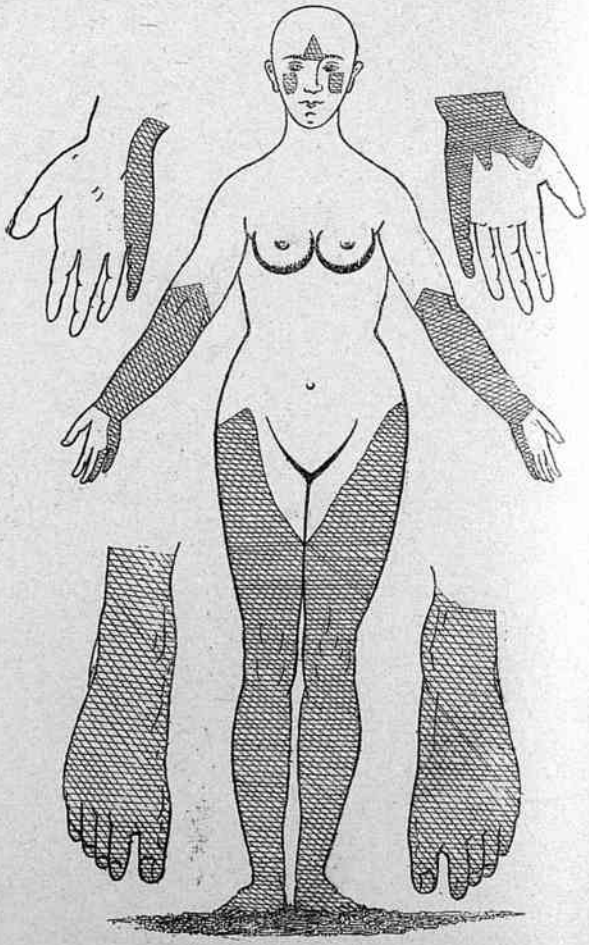


Fig. 22.

bilité mais de façon inégale ; les schémas que je vous présente vous permettront de vous rendre aisément compte de leur répartition, et vous verrez tout à l'heure quelle est l'importance de ces troubles.

J'ajoute enfin, Messieurs, que la santé générale était bonne, que le sommeil et l'appétit étaient normaux et qu'à

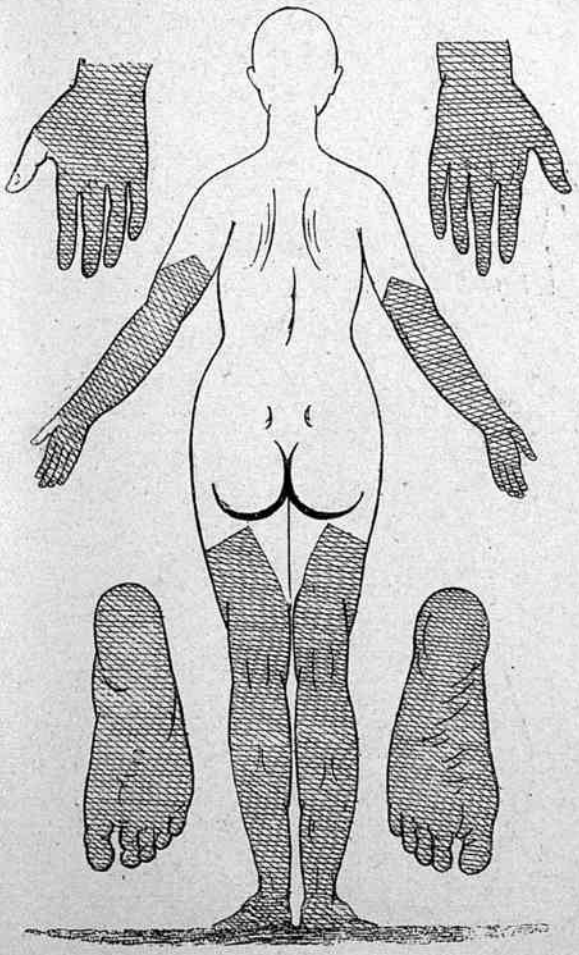


Fig. 23.

part les symptômes spéciaux que je viens d'énumérer, l'examen des divers appareils ne présentait rien de particulier à signaler.

Tel était l'état de la malade lors de son entrée à l'hôpital, cet état s'est peu modifié pendant son séjour. Je dois pour-

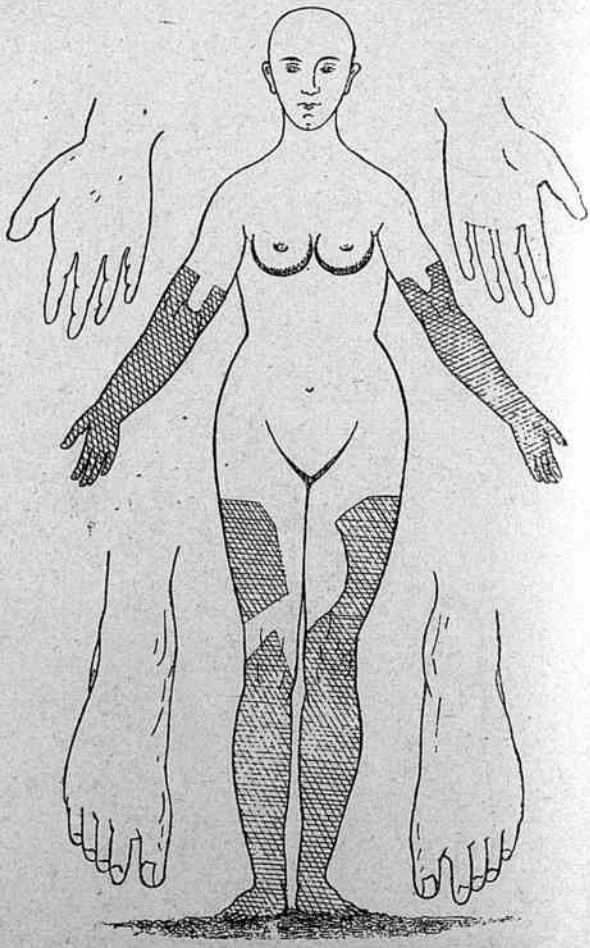


Fig. 24.

tant mentionner qu'après deux jours d'administration de liqueur de Fowler nous avons assisté à l'apparition, au niveau des jambes et des cuisses, d'une éruption formée d'éléments isolés d'un rouge vineux; celle-ci a persisté pendant une

quinzaine de jours, puis a disparu progressivement après desquamation. A la même époque, le quatrième orteil du

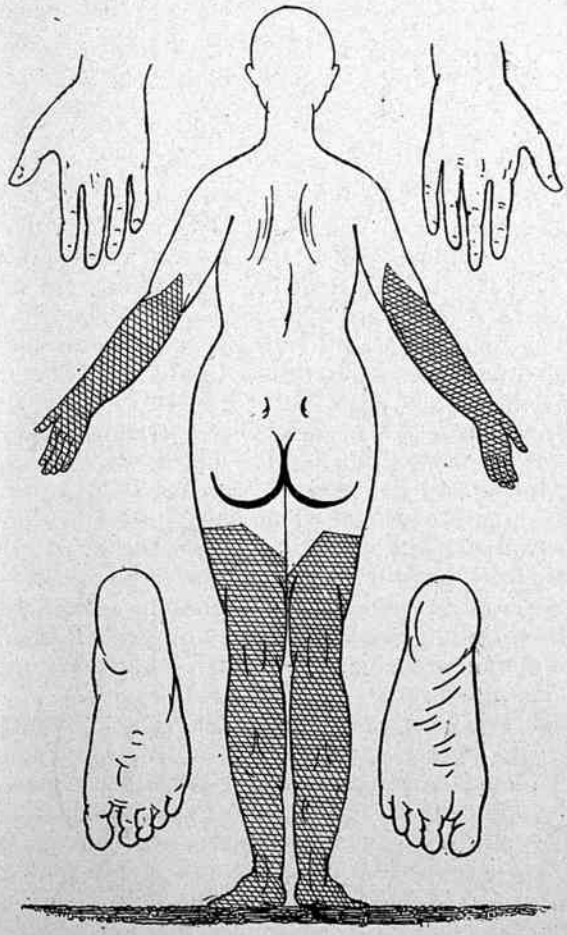


Fig. 25.

pied gauche est devenu rouge, œdémateux, puis une bulle s'est formée, remplie d'une sérosité claire, enfin la bulle s'est ouverte laissant à sa suite une ulcération cratériforme,

laquelle a persisté. Ces symptômes ont été les seuls qui soient venus modifier l'état clinique de notre malade.

* * *

Si vous comparez entre elles les deux observations que je viens de rapporter, vous voyez aisément, Messieurs, que de nombreuses analogies permettent de les rapprocher l'une de l'autre. Si les localisations sont différentes, nous retrouvons dans les deux cas le même début insidieux, la même évolution lente avec tendance à l'extension pour les symptômes locaux et avec retentissement sur l'état général : quant aux symptômes cliniques eux-mêmes, ils sont remarquablement identiques chez le malade que je viens d'examiner sous vos yeux et chez la femme dont je vous ai résumé l'histoire. Chez l'un comme chez l'autre, ils consistent essentiellement en troubles moteurs paralytiques débutant par la périphérie des membres pour remonter peu à peu vers leur racine et réalisant au niveau des membres supérieurs l'aspect classique de la main simienne, en une atrophie musculaire superposable à la paralysie, en une abolition des réflexes tendineux en rapport avec l'amyotrophie, dans l'existence des troubles sensitifs à la fois subjectifs et objectifs, ces derniers intéressant inégalement les divers modes, de façon à reproduire une véritable dissociation de la sensibilité, en troubles trophiques ponvant aller jusqu'à l'ulcération, enfin en une altération spéciale des nerfs périphériques modifiés dans leur volume et leur consistance. C'est que ces deux cas relèvent en réalité d'une seule et même affection, dont je veux devant vous déterminer la nature ; mais la solution de cette question ne laisse pas que d'être délicate et nous devrons analyser de près chacun des éléments que nous fournit la clinique afin d'y pouvoir répondre de façon affirmative : aussi dois-je consacrer quelques développements à l'examen de ce problème du diagnostic de l'affection causale en présence de laquelle nous nous trouvons.

* * *

Un des symptômes les plus frappants, dès l'abord, chez nos deux malades est certainement l'atrophie musculaire, si accentuée dans les deux cas, et qui mérite de retenir notre

attention. Chez notre femme, elle occupait les membres supérieurs et les inférieurs, chez cet homme, elle ne porte que sur le membre supérieur gauche, mais chez l'un comme chez l'autre, elle donne à la main un aspect caractéristique et que vous n'ignorez certainement pas, c'est la main en griffe, et cette apparence évoque immédiatement dans l'esprit l'idée d'atrophie musculaire myélopathique, d'atrophie du type Aran-Duchenne. Je place à dessein, sous vos yeux, cette autre malade atteinte en effet de cette dernière affection : chez elle comme chez les deux précédents nous avons les mêmes caractères cliniques objectifs, les mêmes troubles des réactions électriques : vous retrouvez donc ici et là des analogies frappantes, mais ce ne sont pourtant que des analogies et ce serait une erreur grossière que de porter dans les cas qui nous occupent le diagnostic d'atrophie musculaire du type Arau-Duchenne.

Tout d'abord, l'atrophie musculaire myélopathique est symétrique, tandis que chez cet homme la main droite est indemne, mais surtout nous avons relevé chez nos malades des troubles très marqués de la sensibilité : anesthésies, hypoesthésies aux divers modes, élancements douloureux, cuissons, c'est-à-dire autant de phénomènes qui sont étrangers à la symptomatologie de l'atrophie musculaire progressive type. Laissez-moi, Messieurs, vous rappeler à ce propos un passage de mes leçons de 1887 sur les atrophies musculaires. « Je dois ajouter, disais-je, que les premières descriptions de l'atrophie musculaires, dans lesquelles on notait expressément que les troubles de la sensibilité faisaient défaut, répondent à la réalité des choses. Si, plus tard, Duchenne (de Boulogne) et d'autres auteurs ont modifié leur opinion à cet égard, c'est qu'ils ont observé des cas qui n'étaient plus l'atrophie musculaire type. Je vous ferai remarquer d'ailleurs : 1° qu'à cette époque les formes familiales n'étaient point encore décrites ; 2° que les caractères cliniques de l'hystérie, surtout pour ce qui concerne les anesthésies, n'étaient pas étudiés ; 3° qu'enfin on ne connaissait pas la syringomyélie. » Or, toutes les études ultérieures ont amplement démontré le bien fondé de cette manière de voir. Du moment que des troubles de sensibilité un peu importants sont superposés à l'atrophie musculaire, ce n'est plus en présence de la maladie type de Duchenne, que vous

vous trouvez. Ici nous n'avons pas à songer à l'adjonction d'anesthésie hystérique, car les anesthésies que nous rencontrons n'en ont pas les caractères, et nos malades ne présentent aucun stigmate d'hystérie. Le diagnostic d'atrophie musculaire par poliomyélite est donc à rejeter.

Mais il est une autre affection qui se rapproche assez de l'atrophie musculaire progressive pour que, jusqu'en 1882, tout au moins sur le terrain clinique, on l'ait confondue avec cette dernière : je veux parler de la syringomyélie. Vous n'ignorez pas, Messieurs, de combien d'études cette maladie a fait l'objet dans ces dernières années et combien variés sont aujourd'hui les types cliniques décrits par les auteurs. Il en est un que je veux d'abord retenir, la syringomyélie à forme d'atrophie musculaire : ici la symptomatologie se caractérise essentiellement par une atrophie débutant par les petits muscles des mains et s'accompagnant de troubles profonds de la sensibilité ; or ces signes sont bien ceux que nous avons rencontrés chez nos malades et la question se pose par conséquent de savoir si nous n'avons pas affaire à la syringomyélie.

A vrai dire, la présence et les caractères de l'atrophie musculaire, les troubles des réactions électriques, l'existence de troubles de la sensibilité objective, leur nature et leurs localisations sont autant d'éléments qui pourraient au premier abord faire admettre le diagnostic de syringomyélie : vous n'ignorez pas en effet que si naguère encore il était classique de croire à la disposition segmentaire des anesthésies syringomyéliques, des examens ultérieurs ont bien démontré que ces troubles affectent en réalité une répartition radiculaire ; d'autre part, bien que chez nos deux malades la sensibilité tactile soit nettement diminuée, il n'existe pas moins une véritable dissociation telle que nous en observons dans bien des cas de cavités médullaires. Mais un pareil diagnostic ne saurait être maintenu si on veut tenir compte des autres symptômes que je vous ai mentionnés : en cas de syringomyélie en effet la symétrie de l'atrophie musculaire et des anesthésies est de règle, tandis que chez notre homme la main et l'avant-bras droits sont complètement respectés ; de plus vous avez pu constater chez les deux malades l'absence de toute déviation rachidienne, c'est-à-dire d'un signe que nous considérons à bon droit comme constant en cas

de syringomyélie; la déformation des mains n'est pas non plus tout à fait celle que réalise cette dernière affection; du côté des membres inférieurs, nous n'avons pas constaté d'exagération des réflexes tendineux, pas plus qu'aucun signe de spasmodicité: bien au contraire, je vous ai, dans la seconde observation, signalé un steppage en rapport avec la paralysie des muscles antéro-externes des jambes; j'ajoute que quand la paralysie faciale s'observe au cours de la syringomyélie elle respecte le facial supérieur; enfin, Messieurs, je vous rappellerai l'hypertrophie considérable que nous avons relevée en palpant les nerfs périphériques et qui présente au point de vue du diagnostic une importance essentielle.

Pour toutes ces raisons nous ne pouvons donc pas nous arrêter à l'idée de syringomyélie à forme atrophique, mais il nous reste encore à compter avec les formes anormales de cette même maladie et ceci m'amène à vous parler d'une affection qui a donné lieu à de longues discussions, je veux dire la maladie de Morvan.

Je n'insisterai pas sur la description de l'affection décrite pour la première fois par Morvan sous le nom de paréso-analgésie des extrémités supérieures. L'association clinique de la paralysie, des analgésies et des troubles trophiques pouvant aller jusqu'à la chute des phalanges, se montre dans nombre de cas trop nette pour prêter à la moindre discussion, elle est évidente chez les malades qui font l'objet de cette leçon et nous pourrions par conséquent prononcer le nom de maladie de Morvan; mais la question se complique si l'on veut aller plus loin, préciser la nature et la pathogénie de semblables symptômes et notamment déterminer leurs rapports avec la syringomyélie et avec la lèpre.

Il n'est pas douteux qu'un certain nombre de syringomyélies avérées peuvent réaliser du côté des membres supérieurs un tableau clinique rappelant de tous points la maladie de Morvan, aussi quelques auteurs, notamment MM. Joffroy et Achard ont-ils voulu identifier les deux affections, et rattacher la maladie de Morvan à la syringomyélie, on a même décrit un type de syringomyélie à forme de maladie de Morvan. D'autre part, un médecin fort distingué, M. Zambaco a défendu cette idée que les malades qui, en Bretagne, avaient servi à la description de Morvan étaient en réalité des lépreux, la lèpre affectant dans cette région une forme lar-

BIBLIOTHÈQUE DES ... LA SALPÊTRIÈRE ... INTERNES EN MÉDECINE

vée spéciale, mais demeurant par sa nature et son agent pathogène identique à l'affection que l'on désigne sous ce même nom dans d'autres pays. Le même auteur a été plus loin encore, contestant l'existence de la syringomyélie en tant que maladie autonome et voulant ne voir dans les cas de cavités médullaires que la destruction de la substance grise envahie par le bacille lépreux. Cette dernière opinion, à vrai dire, n'a pas été généralement admise et les cas rares dans lesquels le bacille lépreux a été trouvé dans la cavité syringomyélique sont considérés par la majorité des neurologistes comme de simples et exceptionnelles coïncidences.

Après toutes ces discussions, que reste-il alors de la maladie de Morvan? Pour moi, Messieurs, mon opinion aujourd'hui bien arrêtée et basée sur l'analyse de nombreuses observations est qu'il convient de considérer la maladie de Morvan comme un syndrome pouvant ressortir à des maladies différentes : or je vous ai dit tout à l'heure pourquoi chez nos malades je repousse l'idée de syringomyélie.

Parmi les symptômes que nous a révélés l'examen de ces malades il en est un qui certainement a dû frapper votre attention, à savoir l'hypertrophie des nerfs périphériques; or nous connaissons une forme de polynévrite qui réalise une semblable augmentation du volume des troncs nerveux : devons-nous donc conclure dans le cas présent à l'existence de la névrite interstitielle hypertrophique? Je place sous vos yeux une de nos malades du service atteinte de cette dernière affection et que je vous ai présentée dans une de mes leçons antérieures. Chez elle aussi nous avons des paralysies, des atrophies musculaires, des troubles sensitifs, l'hypertrophie des cordons nerveux et par ces caractères elle se rapproche des malades qui nous occupent, mais bien des différences aussi l'en séparent : à la paralysie se joint l'incoordination motrice, nous avons des troubles oculaires et notamment un ptosis accentué; du côté de la colonne vertébrale nous rencontrons une cypho-scoliose extrêmement accusée, de plus, cette affection est une maladie familiale : voilà donc autant de raisons d'éliminer, dans le cas présent, le diagnostic de névrite interstitielle hypertrophique.

Pourrait-on enfin admettre l'existence d'une névrite toxique? A cette question je n'hésite pas à répondre par la négative : la polynévrite saturnine seule présenterait des locali-

sations rappelant celles que je vous ai indiquées, mais déjà à ce point de vue nous constatons des différences ; de plus les polynévrites ne réaliseraient pas une semblable dissociation de la sensibilité ; enfin nous ne relevons dans les antécédents de nos malades aucune cause d'intoxication par le plomb pas plus que par l'alcool.

En présence de quelle affection nous trouvons-nous donc? Vous ferez de vous-même, Messieurs, maintenant facilement la réponse si vous vous souvenez de ce que je vous ai dit à propos des antécédents de ces malades, à propos aussi de la signification du syndrome de Morvan. En face d'un tableau clinique caractérisé par des paralysies et des atrophies musculaires ayant débuté au niveau des membres par les extrémités, par des troubles de la sensibilité objective intéressant inégalement les trois modes, et à disposition périphérique, par des douleurs, par des éruptions et des troubles trophiques du côté de la peau, enfin par l'hypertrophie des troncs nerveux périphériques, le tout survenant chez un sujet ayant séjourné dans un pays où la lèpre est endémique, vous avez assez d'éléments pour affirmer sans crainte d'erreur que vous avez affaire à un cas de lèpre.

Mais ce n'est pas assez que d'avoir déterminé la nature de l'affection en cause dans le cas présent et le diagnostic serait incomplet si nous ne cherchions à préciser le siège, l'origine et les conséquences des altérations organiques qui tiennent sous leur dépendance les divers symptômes que nous a présentés ce malade. Cette étude me fournira l'occasion d'insister sur certains points de pathogénie, d'anatomie et de physiologie pathologique lesquels ont été élucidés dans ces dernières années et d'où l'on a pu tirer des déductions pratiques intéressantes au point de vue de la prophylaxie de la lèpre.

* * *

L'histoire de la lèpre, Messieurs, est fort ancienne, puisque déjà dans les écrits de Celse on en trouve des descriptions non douteuses. Importée de l'Inde par l'Egypte en Europe, elle se répandit pendant les premiers siècles de l'ère chrétienne dans les diverses parties de l'Empire romain. Plus tard, elle devint assez commune pour que Charlemagne dût édicter des lois relatives au mariage des lépreux. Mais c'est sans contre-

dit au moyen âge, à l'époque des croisades, qu'elle présenta en Europe son maximum de développement. A cette époque l'idée de contagiosité de la maladie était déjà admise sans conteste et maints édits du temps concernent l'organisation des léproseries ; celles-ci représsntaient de véritables cités : qu'il me suffise de vous rappeler qu'on ne comptait pas moins de 2.000 lépreux en France et de 19.000 en Europe. Depuis lors et grâce sans doute à ce sévère isolement, la fréquence de la maladie décrut de façon manifeste, et dans les siècles suivants on n'en signale plus que des cas isolés. Pourtant, on s'est demandé si cette disparition n'était pas plus apparente que réelle, et si la lèpre, au moins dans ses formes larvées, n'était pas demeurée endémique en certaines régions. Cette opinion, je vous l'ai dit, a été soutenue notamment par M. Zambaco qui, pour ne parler que de la France, a affirmé l'existence de certains foyers permanents, entre autres en Bretagne et aussi en Provence.

Quoi qu'il convienne de penser de cette opinion, l'existence de la lèpre à l'état endémique dans nombre de régions de l'Afrique, de l'Asie et de l'Amérique est bien démontrée, je vous citerai notamment l'Inde, l'Indo-Chine, le Tonkin, l'Annam, la Chine, le Japon, la côte ouest de l'Afrique, le Mexique, la Nouvelle-Calédonie ; or, depuis que les relations avec ces divers pays sont devenues plus fréquentes, il n'est pas douteux que la lèpre a présenté dans les régions européennes une recrudescence manifeste : à Paris nous en observons régulièrement tous les ans quelques cas dans les hôpitaux spéciaux Aussi l'étude de la maladie a-t-elle été reprise simultanément par les médecins des divers états européens justement désireux de prévenir le retour possible d'un semblable fléau.

Il est aujourd'hui bien démontré que la lèpre doit être considérée comme une maladie à évolution lente mais paroxystique, causée par la pénétration dans l'organisme d'un agent figuré spécifique, le bacille de Hansen. Au point de vue clinique on distingue deux formes, la forme tégumentaire ou tuberculeuse et la forme nerveuse, mais il convient encore de compter avec une forme mixte, laquelle est en réalité la plus fréquente, c'est celle aussi que je viens de mettre sous vos yeux.

La nature et la répartition des troubles trophiques que

l'on rencontre chez les lépreux nous sont expliquées par les localisations du bacille. Celui-ci a-t-il limité son invasion à la peau, déjà l'on peut observer les lésions dermatologiques les plus variées, la desquamation, l'ichtyose avec état cyanotique, la pigmentation dont la valeur diagnostique est bien connue, les troubles de la sécrétion sudorale, l'hypersécrétion sébacée à laquelle les anciens médecins savaient déjà reconnaître la plus grande importance, enfin les altérations du système pileux, la chute des sourcils par exemple, laquelle ne fait pas défaut chez notre malade. Dans ces cas, de même que dans la rhinite ou l'orchite lépreuse, les lésions sont directement imputables au développement local du bacille lépreux amenant une réaction de voisinage et troublant en même temps la circulation et la nutrition des tissus intéressés. Mais il est un autre groupe de troubles trophiques qui ne relèvent qu'indirectement du bacille de la lèpre et ne s'expliquent que par les troubles de l'innervation en rapport avec l'invasion des nerfs périphériques : c'est alors que l'on assiste à l'apparition de maux perforants, de gangrène sèche avec résorption des phalanges, de lésions articulaires et d'atrophies musculaires. Faut-il ajouter que les deux ordres de troubles trophiques s'associent fréquemment entre eux, réalisant des déformations et des mutilations variées ; je vous citerai notamment celles qui portent sur la face et qui peuvent constituer un masque assez caractéristique pour permettre de faire le diagnostic à distance.

Quant aux troubles trophiques qui ont été observés chez les descendants des lépreux, parfois ils sont dus à une contagion directe de la maladie contractée plus ou moins longtemps après la naissance ; souvent aussi on ne peut les interpréter que comme des tares dégénératives causées par les toxines microbiennes ayant influencé ou les générateurs ou le produit lui-même pendant la gestation, mais rien jusqu'ici ne nous autorise à admettre la contagion de l'affection elle-même durant la vie intra-utérine.

Comment maintenant se fait l'apport du bacille chez les sujets qui prennent la maladie? Tout fait penser que les bacilles sont répandus au dehors par les plaies ouvertes et suintantes que portent les malades infectés, de là ils seraient transportés accidentellement sur l'épiderme des sujets sains et pénétreraient dans l'épaisseur de la peau à la faveur des

moindres érosions : je vous signale aussi l'opinion de M. Sabrazès, lequel a attribué aux moustiques un rôle important dans la contagion de la lèpre.

L'agent spécifique de la lèpre est représenté par un bacille long de 5 à 6 μ, découvert par Hansen en 1871, et que ses caractères morphologiques rapprochent du bacille de la tuberculose. Comme ce dernier, il est entouré d'une couche de matière grasse qui lui constitue une enveloppe résistante ; ses extrémités sont un peu plus effilées que celles du bacille de Koch ; il se colore uniformément quand il est jeune, mais perd son homogénéité en vieillissant ; une matière muqueuse, la glée, réunit un grand nombre de bacilles en une masse zoogléique ; les réactions microchimiques sont les mêmes que celles du bacille de Koch. Toutefois, il diffère de celui-ci par son extrême abondance, parce qu'aucun microbiologiste n'a encore réussi à l'inoculer ni à le cultiver, enfin parce que nous ignorons son habitat en dehors de l'organisme.

Entraîné par le courant sanguin, le bacille qui a pénétré dans la peau s'arrête au niveau de l'espace lymphatique et y colonise ; la défense des tissus environnants se traduit par une prolifération des cellules fixes et un apport de cellules migratrices, et c'est le groupement de ces divers éléments qui constitue le léprome ou nodule lépreux. Ici encore l'analogie avec le tubercule s'impose : au microscope, vous rencontrerez d'abord des lymphocytes et des leucocytes poly ou surtout mononucléaires, mais l'élément caractéristique est représenté par la cellule lépreuse ou leprazellen : celle-ci, quatre à cinq fois plus grande que les leucocytes ordinaires, possède un ou plusieurs noyaux et un protoplasma creusé de vacuoles dans l'intervalle desquelles apparaissent de véritables amas bacillaires. Les cellules géantes sont remarquables par leur volume. Du côté de la paroi vasculaire, vous ne constaterez que peu de lésions, mais tout autour des vaisseaux cutanés existe un véritable manchon périvasculaire correspondant à une des macules de la peau ; enfin, quand les lésions sont plus confluentes, elles donnent naissance au tubercule lépreux.

* * *

Je viens de vous dire, Messieurs, ce qu'est le bacille de Hansen et quelles réactions histologiques sa présence pro-

voque dans les tissus en général et en particulier dans la peau, laquelle marque le premier stade de l'invasion. Je veux vous montrer maintenant comment se fait l'infection du système nerveux.

Les travaux de tous les auteurs qui ont étudié l'anatomie pathologique de la lèpre ont démontré que la lésion nerveuse constante est celle d'une névrite périphérique, laquelle tient sous sa dépendance la plupart des troubles trophiques musculaires, cutanés, osseux même, ainsi que les troubles sensitifs ; mais par quelle voie se fait l'arrivée du bacille dans l'épaisseur des cordons nerveux? On peut bien admettre, pour certains cas, l'arrivée du bacille par embolies, suivant les vasa nervorum, mais le plus souvent il s'agit d'une véritable névrite ascendante reconnaissant comme point de départ une macule cutanée et suivant les filets nerveux eux-mêmes : ainsi se crée une névrite bactérienne. On connaît, à vrai dire, d'autres névrites bactériennes; Homen en a déterminé expérimentalement au moyen du streptocoque et du pneumocoque ; cliniquement, on a vu chez l'homme l'infection gagner les nerfs par contact immédiat à la suite de phlegmons par exemple, mais la névrite lépreuse reste néanmoins le type le plus parfait de la névrite bactérienne, les autres névrites étant le plus souvent des névrites toxiques.

Non seulement par sa nature, mais aussi par son histologie, la lésion sera bien réellement lépreuse, je veux dire qu'on y retrouve les réactions histologiques du lépreme avec la cellule lépreuse (leprazellen), la cellule géante et les amas énormes de bacilles caractéristiques. J'ajoute qu'il s'agit d'une névrite essentiellement interstitielle. Je vous rappelle seulement la disposition normale du tissu conjonctif au niveau des nerfs, l'épinèvre qui entoure le cordon tout entier, le périnèvre ou tissu périfasciculaire qui enveloppe les faisceaux de fibres et dans lequel cheminent les vaisseaux, enfin l'endonèvre ou tissu intrafasciculaire pénétrant entre les fibres nerveuses. Eh bien! la lésion lépreuse se rencontre en deux endroits à la fois, dans le tissu périfasciculaire et dans le tissu intrafasciculaire, c'est vous dire qu'en ce dernier point elle arrive au voisinage immédiat des tubes nerveux.

On comprend bien alors les conséquences qu'entrainent de semblables lésions au point de vue de la structure et du

fonctionnement des tubes nerveux. Agissant à la fois par compression et aussi par l'action toxique locale des substances secrétées par le bacille, elles détermineront, selon l'intensité et la rapidité du processus, soit une atrophie de la fibre nerveuse qui devient plus grêle dans ses éléments, soit une vraie dégénérescence wallérienne d'un nombre plus ou moins grand de cylindraxes.

La question se pose enfin, Messieurs, de savoir jusqu'où peut remonter l'infection spécifique du système nerveux : peut-elle dépasser les nerfs périphériques et gagner les centres médullaires ? A cette question plusieurs auteurs ont répondu affirmativement : voyons sur quels arguments se fonde cette opinion. Tout d'abord l'idée d'infection médullaire consécutive à une névrite périphérique n'est pas inadmissible : celle-ci aurait été réalisée par Homen avec le pneumocoque. Pour la lèpre, en particulier, certains médecins, parmi lesquels Babes, Marinesco ont trouvé des bacilles dans les cellules motrices et dans les cellules sensitives. De plus, Looft, MM. Jeanselme, Marie ont décrit chez des lépreux une sclérose des cordons postérieurs dans la région dite endogène. Mais à de pareils arguments on peut faire diverses objections. Ainsi la présence de bacilles au niveau de la moelle ne prouve pas leur origine névritique, on peut penser qu'ils y ont été apportés par la voie sanguine : c'est même pourquoi les faits de Souza Martins, Camara, Pertona et Bettencourt, dans lesquels ces auteurs ont rencontré des bacilles de la lèpre dans des moelles de syringomyéliques sont généralement considérés comme insuffisants pour permettre d'identifier les deux affections. En outre, les lésions de sclérose décrites au niveau des cordons postérieurs sont trop analogues à celles que l'on observe dans tous les états cachectiques, ainsi que mon collègue Déjerine l'a fait remarquer. Enfin le tissu nerveux ne se refuse pas à faire des lésions histologiquement spécifiques — le tubercule, la gomme en sont des exemples — or jamais dans la moelle on n'a encore rencontré le léprome.

Si pourtant on admet l'infection médullaire consécutive à la névrite il reste à se demander comment se propage cette infection. On peut penser d'abord qu'elle gagne l'espace sous-arachnoïdien et ensuite la moelle, mais mes élèves, MM. Sicard et Cestan, ont repris les expériences d'infections

expérimentales de poudres inertes, soit dans les espaces péri-médullaires, soit dans les espaces des nerfs périphériques, et ces expériences semblent démontrer l'indépendance, à l'état normal, de ces deux groupes d'espaces ; toutefois on ne saurait assimiler l'envahissement microbien à une infection de poudres inertes car un bacille peut être capable de détruire une barrière naturelle qui aurait arrêté les poudres inertes. On peut admettre aussi la possibilité d'une autre voie de communication, l'infection gagnant directement la moelle en épargnant l'espace sous-arachnoïdien. Nous savons que, dans le tétanos, la toxine remonte de la plaie cutanée vers les centres nerveux en suivant le nerf et très vaisemblablement en remontant dans la gaîne de Schwann ; or, dans la lèpre, on a trouvé des bacilles dans la gaîne de Schwann et dans les cellules des cornes antérieures ; ne peut-on dès lors émettre l'hypothèse qu'ils peuvent suivre cette voie que prend la toxine tétanique. De cette discussion, il faut donc conclure qu'il convient encore d'attendre et que, tant que nous ne saurons pas cultiver le bacille de Hansen, tant que nous ne disposerons pas d'un animal d'expérience, la solution de ce problème demeurera douteuse.

* * *

J'en ai fini, Messieurs, avec les considérations relatives à l'anatomie et à la physiologie pathologiques de la lèpre et je veux, en terminant, revenir au malade qui fait l'objet de cette leçon. Connaissant bien maintenant l'affection dont il est atteint, quel pronostic convient-il de porter dans le cas présent? D'une façon générale, vous n'ignorez pas combien est grave le pronostic de la lèpre. Malgré la lente évolution de la maladie, bien que celle-ci puisse présenter entre les poussées paroxystiques de longues périodes d'accalmie, le plus souvent les lésions et leurs symptômes ont une tendance redoutable à l'extension et à l'aggravation : aux anesthésies succèdent les troubles trophiques, les paralysies, les ulcérations et mutilations diverses ; enfin, après de longues années — la forme nerveuse peut durer vingt, trente et même quarante ans — la maladie aboutit alors à la cachexie et à la mort.

Heureusement cette évolution progressive n'est pas fatale, et je vous ai dit l'amélioration importante et régulière dont

a bénéficié notre malade dans ces derniers mois. J'ajoute que cette amélioration, nous sommes en droit d'en attribuer le mérite aux divers moyens thérapeutiques employés : l'huile de Chaulmoogra, l'ichtyol, le salicylate de soude ont donné dans plusieurs cas des succès; ici le collargol a rendu les plus grands services : nous pouvons espérer enrayer l'évolution de la maladie chez cet homme et limiter beaucoup le reliquat des symptômes définifs.

C'est vous dire qu'il convient de lutter avec énergie, puisque nous disposons de moyens curatifs efficaces, en même temps que par une prophylaxie sévère nous pouvons prétendre empêcher la diffusion d'une maladie contagieuse et par conséquent évitable.

CLINIQUE MENTALE.

Médiumnité délirante[1];

PAR

PAUL SOLLIER,
Médecin du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine.

FRANÇOIS BOISSIER,
Médecin adjoint du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine.

Distribution des diverses formes d'automatisme verbal. Rithme et versification. — Telles sont les diverses modalités des communications verbales de Cam... avec les esprits. Elles se succèdent les unes aux autres, certaines se produisant plus spécialement selon les états d'esprit ou les états de calme et d'éréthisme nerveux par lesquels passe la malade. Elles peuvent se mêler et se combiner les unes aux autres, selon l'identité de l'esprit qui parle et selon les circonstances. Quand plusieurs esprits se suivent, ou quand un esprit interrompt le discours d'un autre, les derniers usent généralement d'un mode de communication différent de celui employé par le premier. Deus, par exemple, appuyant une communication typtologique de Nicolas II emploiera la variété psychomotrice verbale. Un même esprit pourra s'interrompre lui-même sous une forme différente de celle par laquelle il a commencé.

[1] *Archives de Neurologie*, n° 102.

Deus encore, faisant une révélation psychographique mécanique sur un sujet d'ordre général s'interrompra lui-même pour adresser directement à Cam... une observation psychomotrice verbale pour un fait d'ordre privé selon cette dernière variété. Pendant l'amélioration progressive des symptômes, il arrêtera ainsi lui-même ses propres discours typtologiques mentaux par des injonctions psychomotrices.

Plusieurs interlocuteurs peuvent pourtant se succéder sans transition selon le même processus; Jésus-Christ y prenant part un jour et compatissant affectueusement aux peines de Cam... lui parle en hallucinations psychiques et Dieu le père prend immédiatement après lui la parole de la même manière pour s'excuser d'avoir à la laisser souffrir ainsi. Enfin, la localisation de la voix varie selon le sentiment qu'elle exprime : « Ces voix, dit la malade, sont comme une émanation intérieure; elles parlent dans ma tête quand c'est mon esprit qui travaille, et dans ma poitrine quand c'est mon cœur. »

L'automatisme verbal peut encore, chez Cam..., sans changer de modalité physiologique, cesser d'avoir pour elle une signification de nature délirante. Pendant les grands malaises paroxystiques, il lui arrive, en effet, d'être intoxiquée par un nom qui se répète à satiété dans sa tête irrésistiblement. C'est comme un appel mental qui l'obsède et se fait malgré elle vers quelqu'un qu'elle désire ou dont elle attend le secours. Une des premières visites de sa fille l'a laissée très énervée; le nom de cette enfant s'impose à elle la nuit suivante pendant des heures : « Estelle, Estelle, Estelle, Estelle...! » et ce nom se scande violemment, en syllabes appuyées rythmiquement comme un battement d'horloge.

Un autre jour, dans des circonstances analogues, c'est le nom de son beau-frère : « Hoffmann, Hoffmann, Hoffmann!... » ou celui de l'un de nous, ou même celui de son protecteur imaginaire : « Deus, Deus, Deus, Deus!... » Elle n'attribue cette obsession verbale à aucune personnalité étrangère, elle la sent se faire dans sa tête et est forcée de la laisser aller, aucun effort de volonté ne pouvant l'arrêter.

A partir du mois de janvier, d'ailleurs, le rythme et la cadence qui parfois déjà ont caractérisé certaines de ses auditions, deviennent une des qualités très fréquentes de ses créations subliminales. Assez souvent, nous avons noté dans les révélations recueillies antérieurement des mots associés par assonnance comme dans « idéal, Deus, ideus, idée ». A partir du mois de janvier, les esprits s'essaient à parler en vers, et Cam... elle-même dans ses écrits conscients est de plus en plus poussée à versifier. Elle cherche à exprimer en vers tous les sentiments et toutes les idées que naguère elle condensait en style sentencieux pour com-

poser son recueil de pensées. Ce manuscrit est délaissé pour la poésie. Son vers est médiocre, comme la plupart des vers spirites. La correction de la mesure n'y est qu'apparente et ne souffre pas d'examen. Le vers, en effet, vient en quelque sorte tout seul, sans aucun effort, la rime arrive automatiquement. Mais l'accent parisien de la malade, avec ses élisions et ses liaisons supprimées, lui fait constamment ajouter ou supprimer un ou plusieurs pieds par alexandrin. En se relisant elle-même, la cadence brute paraissant juste, elle ne corrige rien. D'autres malades la secondent pour les corrections. Cette versification intensive favorise la marche de son automatisme, aussi cherchons-nous à l'enrayer; mais elle est irrésistiblement attirée et continue en cachette, malgré tout, à aligner des strophes. Elle en arrive à une ambition poétique qui s'ajoute à son ambition apostolique, l'aisance toute machinale avec laquelle elle trouve la métrique et la consonnance l'enthousiasme et l'exalte. Elle met en stances ses états d'âme et ses impressions. Voici, par exemple, une pièce très intéressante, en ceci qu'elle y parle de « sa voix », sa chère voix aimante et protectrice, et qu'elle y rend parfaitement le dédoublement de sa personnalité :

LA VOIX

Ecoute au fond de toi cet esprit qui te charme
Et qui, du cœur aux yeux fait monter une larme
Sans que sa voix résonne il te parle tout bas
Il t'emmène fort loin des choses d'ici-bas.
Oui c'est l'esprit divin et non la conscience
Il est distinct de toi, par lui, ta prescience
Semble suraiguisée et l'esprit éclairé
Sur son aile t'emporte en un monde éthéré
Poète, enivre-toi de cette voix si douce
Vers un monde inconnu tu sens qu'elle te pousse
Quand on l'entend parler, dans le jour qui décroît
A jamais l'on espère et à jamais l'on croit.
Sceptique méprisant, souris de la faiblesse
De ce cœur de poète amoureux de noblesse
D'un monde perverti, sublime paria
Il exhale son âme en un alleluia!

On ne peut mieux décrire en vers une hallucination psychomotrice et l'état d'esprit qui la comporte et qu'elle détermine. Cette pièce vaut bien d'ailleurs celles que tant de médiums ont écrites sous la dictée de Victor Hugo ou de Lamartine désincarnés, ou celles par lesquelles Mlle Smith et d'autres exhortaient leurs auditoires à la vertu ou à la dévotion.

Médiumnité à phénomènes psychiques. — Il est enfin une autre spécialité médianimique à laquelle Cam... n'a pas échappé, c'est

celle qui consiste à entrer en contact matériel (matérialisé pour parler le langage spirite) avec les esprits. C'est une main légère qui vient amicalement frôler sa joue; plus fréquemment, elle sent très distinctement la pression de lèvres sur ses mains et sur sa bouche. Ce sont les lèvres de Deus. Ces sensations ont lieu aussi bien pendant les périodes d'exaltation que dans des intervalles de calme, elles n'ont disparu que quand l'amélioration a été très prononcée. Elles étaient d'ailleurs très agréablement accueillies.

Manifestations génésiques. Sensations de lévitation. Erotisme mystique. — Les troubles de la sensibilité générale revêtent aussi des formes plus spéciales. Les caresses se localisent aussi à la sphère génitale en sensations voluptueuses qui remontent le long de son corps et vont souvent jusqu'à l'orgasme vénérien complet. Elle les décrit : « Deus s'annonce par un état de bien-être particu-« lier et lui fait ce qu'elle appelle des déclarations enivrantes ; tu « vas, lui dit-il, connaître la caresse divine. Elle éprouve alors un « frisson divin qui monte de son sexe à sa gorge, elle a des sensa-« tions de caresses intimes dont elle reste épuisée. Elle cherche à « s'isoler et à se recueillir en elle-même pour le rappeler en lui « adressant les prières tendres à la suite desquelles elle peut le « posséder ainsi physiquement. Deus touché de sa fidélité la « possède elle spirituellement. Cette possession est étrange, « ajoute-t-elle, c'est une immense quiétude qui m'envahit. »

Un autre phénomène se produit aussi assez souvent vers le déclin des paroxysmes anxieux alors que sa sensibilité interne est encore altérée, c'est un trouble cœnesthésique qui lui donne l'illusion de la lévitation assez commune d'ailleurs chez les spirites et les mystiques extatiques. Il lui semble alors que « sa vie s'en va », mais sans avoir le sentiment de perdre connaissance ; elle sent son corps allégé comme s'il ne touchait plus à rien, comme si elle ne l'avait plus. Elle est enlevée dans l'espace et s'entend généralement appeler par Deus dans ces moments-là. Elle compare cet état à l'attente d'une mort imminente et désirée, la mort mystique qu'elle rêve, c'est comme un enlèvement dans les lymbes. Cette situation ne dure pas assez longtemps à son gré, tant elle y trouve de charme, et comme nous l'avons vu plus haut, elle est ramenée à la realité par la voix de Zeus ou de Deus lui-même qui exige qu'elle reste sur la terre pour accomplir sa mission.

Cam... s'est fait d'autre part une représentation mentale très nette de Deus : « Je me le figure, raconte-t-elle, comme un être « grand et noble, un corps fluide comme la rosée solidifiée, « une vapeur vivante et une tête dominante ; des yeux bleus vert « clair ; une barbe de Dieu assyrien blond roux avec des fils d'ar-« gent ; une noblesse d'âme d'homme qui s'efface, qui s'oublie « soi-même sans attendre seulement ma venue, car je demeure

« ici pour semer nos idées. Il me dit lui-même de former des « élèves, car l'ignorance divine des hommes vient de leur manque » de bonté et de ce qui tue le monde, de :

« L'argent qui d'un moyen est devenu un but ! »

Elle ne peut s'empêcher de terminer par un vers, toujours obsédée par une métromanie qui ne cède pas.

Cette figuration de Deus, lui conférant la fluidité vaporeuse d'un corps céleste, correspond naturellement aux rêves d'amour supraterrestres dans lesquelles elle vit dans le moment et laisse voir aussi par quelques détails de couleur, de teint et de forme que les amours profanes qui l'occupent beaucoup ont fourni une partie des éléments de ce tableau à son imagination subsconsciente. Le monde réel renferme en effet deux hommes possesseurs de toutes les vertus chères à son goût, deux hommes dont elle ne peut détacher sa pensée. Elle entretient même avec l'un d'eux, particulièrement complaisant, une correspondance dont elle fait d'ailleurs presque tous les frais, d'une sentimentalité quintescenciée. L'idée de ces deux amis charme son cœur, mais la tourmente aussi cruellement en raison des obstacles insurmontables que mettent entre elle et eux les circonstances et « la pureté sacrée » qui doit élever sa personnalité au-dessus du commun de l'humanité, cette pureté dont elle parle toujours comme d'un caractère de sainteté et de grandeur, mais qui lui cause tant d'indécisions douloureuses pour la réalisation de ses désirs et qui est plus faite d'appréhension peut-être et d'impossibilité que de volonté. La pensée de son mari vient aussi à la traverse de ces sentiments, balottée par de constantes tergiversations. Tantôt M. Schtein est revêtu de toutes les qualités imaginaires dont elle pare le modèle de l'amant; tantôt elle le revoit selon la réalité qu'elle a prise en grippe, et désespérée, elle ne parle plus que de divorcer pour attendre de pouvoir convoler avec un des deux amis qu'elle convoite, et elle reste cruellement irrésolue entre le désir obsédant de ce divorce et de ses suites, et l'amour possible et heureux avec son mari.

Deus, au milieu de la perplexité de ces affections, n'est point jaloux, il garde une sérénité surhumaine toujours consolatrice et prometteuse de compensations : « Quelqu'un t'adore qui t'épousera, c'est Dieu, Deus qui te parle ». D'autres fois même il lui dit qu'il s'incarnera pour elle en un amour terrestre : « Tu seras heureuse dans deux mois, lui dit-il un jour où l'idée de divorce la hante, tu m'aimeras dans la personne de celui que je t'envoie. » Deus arrive ainsi à se confondre auec ses affections profanes et pas plus qu'elle il n'y voit une infidélité à son égard, il encourage au contraire ces sentiments et lui dit une fois en se nommant à la troisième et impersonnelle personne : « Si Cam... est fidèle à Deus, il la rendra

« la plus heureuse de toutes les femmes ; il *lui laissera sa beauté* et « lui permettra de faire des élèves en semant la vérité. » Cam... tient en effet énormément à sa beauté qu'elle croit très grande et très prestigieuse ; cependant des doutes cuisants, trop justifiés par l'âge d'ailleurs, lui viennent quelquefois à cet égard. Elle les chasse de son mieux et compte sur cette beauté autant pour l'avenir de ses amours que pour celui du kamianisme ; ce sera une influence de plus qu'elle prendra sur les masses quand elle ira, comme les esprits le lui commandent, « prêcher la charité et blâmer les vices des femmes du monde dans des conférences publiques » pour lesquelles la voix de sa belle-mère vient encore quelquefois lui donner des encouragements. Elle s'y prépare toujours en se livrant, selon son expression, à des invocations infinies, heures de solitude et d'oraisons en demi extase à la suite desquelles elle versifie plus que jamais. Elle compose ainsi une *prière* en vers dont nous n'avons pas pu obtenir la copie et qui retrace avec beaucoup de vérité le caractère de son état psychique dans ces moments-là. Assez longtemps après, elle nous a communiqué sous le même titre une autre poésie, que nous transcrivons ici pour donner un échantillon de son étrange fécondité lyrique, et de ses tendances pieuses, bien que ce morceau ne rende pas comme l'autre une situation anormale de sa conscience :

LA PRIÈRE

Prier c'est entr'ouvrir son âme
D'où jaillit une pure flamme
Vers celui qu'on ne voit pas
Et qui, seul, sait guider nos pas.
Maître du Monde et de l'Atome,
Au cœur des fleurs voit-on l'arôme?
Peut-on voir la brise ou l'éther,
L'un dans l'azur, l'autre sur mer?
Bien qu'invisible on sent l'âme de toute chose
Jouissons donc [1] des effets sans connaître la cause
Quand nous prions le cœur sur l'infini penché
Dieu pénètre en nos cœurs et reste aux yeux caché,
L'on sent que sa bonté vous calme et vous console
Préférons le silence à la vaine parole
Au soir, lorsque le jour a fui
Pour mieux s'élever jusqu'à lui.

Deus qui revendique tout ce que Cam... fait de bien et tout ce qui lui arrive d'agréable, lui affirme que c'est lui qui l'inspire dans

[1] Ce vers compte un pied de trop « donc » ajouté comme une cheville. Cela tient à la facilité automatique avec laquelle Cam... versifie. Dans jouissons, elle prononce *joui*, comme une seule syllabe, ce qui établit la cadence. Sa poésie fourmille de fautes semblables.

ses travaux poétiques, elle l'appelle « sa muse ». Pendant de longs mois d'ailleurs et même quand la voix se fait plus rare et reste plus longtemps silencieuse, elle le sent toujours plus ou moins prêt à se manifester, ce qu'elle exprime en disant : « *Je sens toujours que je suis deux.* » Ce sentiment de dédoublement a été très long à s'effacer.

Evolution. Lutte contre l'automatisme. Amélioration. — En somme, la malade nerveuse, distraite et rêveuse, aigrie de ne pouvoir autour d'elle faire partager ses enthousiasmes, sa sentimentalité, et son besoin d'amour physique, se réfugie dans la foi religieuse sans connaître la religion ; elle ébauche un délire d'abord discret bientôt développé, caractérisé et activé par des essais solitaires de spiritisme auxquels elle se livre spontanément sans rien savoir sur ce sujet dont elle a seulement entendu quelquefois parler. Il en résulte une poussée délirante grave. Elle se soigne, entre en convalescence, guérit grâce à l'isolement et la privation de toute pratique spirite. Ayant repris sa vie, elle cède de nouveau à l'envie de faire tourner des tables, son mari approuve ses pratiques, partage ses convictions erronées, ce qui les fortifie. Elle s'exalte de nouveau, et très rapidement, par l'entraînement intensif et voulu de ses facultés médiumniques qui la font retomber dans le même délire plus étendu encore et plus systématisé que la première fois. Remise en traitement les gros symptômes se dissipent vite, mais la guérison avance lentement, progressivement, balottée par des oscillations entre des intervalles plus ou moins longs de santé apparente et de courtes rechutes paroxystiques de malaise anxieux à chacun desquels les hallucinations redevenaient actives et nombreuses, et l'éréthisme sexuel obsédant et douloureux. En dehors des grandes conceptions délirantes qui n'ont duré que le temps des deux grandes crises aiguës, les phénomènes hallucinatoires à forme spirite que nous avons passés en revue au long de cette observation ont duré pendant toute la marche décroissante de cet état vésanique. Cette évolution a été complètement remplie par la lutte que nous avons fait soutenir à Cam.., contre l'automatisme et le dédoublement de conscience qu'elle subissait. L'attrait énorme qu'avaient pour elle les communications avec les esprits ont souvent rendu cette lutte difficile. Comme tous les médiums elle tient énormément à ses pouvoirs évocateurs, elle y tient d'autant plus que ses esprits familiers, échos des récriminations longtemps muettes et longuement accumulées dans son travail subliminal, ne font que justifier ses plaintes, louer ses aspirations, satisfaire ses tendances érotiques, approuver ses projets; et que plusieurs d'entre eux, personnages téléologiques sous la forme d'hallucinations profitables, s'attribuent même l'amélioration de ses malaises. Ce fait n'a rien de surprenant, ces hallucinations

spéciales étant l'expression de l'état de ses centres automatiques au moment où renait dans son système nerveux le calme dont elles soulignent l'apparition. Sur nos instances, tout en croyant fermement à l'essence surnaturelle de ses interlocuteurs, Cam... reconnait bientôt le caractére morbide de certaines de ses conceptions et de quelques-uns des phénomènes dont elle est le sujet ; elle comprend le danger qui la menace et accepte docilement de s'efforcer de repousser les voix et de se priver de faire parler son guéridon. « Elle a peur, dit-elle, des hallucinations qui lui ont donné des « idées de grandeur et qui l'ont rendue méchante avec sa belle-« sœur, mais elle regretterait les autres si elles cessaient tout à fait. » A mesure que le temps passe elle veut plus fermement guérir et y travaille sincèrement. Elle ne peut pas toujours refouler les voix par la seule concentration de sa volonté, dans ce cas elle lit tout haut pour les *clouer* ; elle éprouve alors une « pression dans « la tête, comme si quelque chose s'y comprimait pour en sortir « et y était retenu. » Elle finit généralement par triompher ; mais elle en reste abattue avec une forte céphalée. D'autres fois elle cherche « à les concentrer en une seule, celle de Dieu », nom qu'elle substitue à celui de Deus à mesure qu'elle s'améliore. Les communications des esprits deviennent ainsi d'abord intermittentes et arrivent à demeurer longtemps silencieuses, mais il faut une surveillance assidue et beaucoup d'encouragements, car la patiente les regrette vivement. Elle avoue que, livrée à elle-même, elle se jetterait sur un guéridon avec avidité. Au mois de janvier elle parle de spiritisme avec plusieurs personnes avec une passion évidente et leur dit que son désir d'interroger une table est « im-« périeux comme une morphine ». Le mois de février et de mars se passent dans les mêmes conditions avec des retours d'hallucinations spontanées. L'esprit de l'oncle reparait lui-même. Cam... nous parle un jour de lui et rappelle que de son vivant il disait que le spiritisme était une chose sérieuse « et je le dis encore » appuie la voix psychomotrice de l'oncle dans la tête de sa nièce. Deus surtout ne se laisse pas oublier, procédant par typtologie mentale quand il ne se manifeste pas autrement. Après une crise d'angoisse, sa voix intervient un jour réconfortante comme d'habitude, sur notre demande expresse elle la repousse pour nous obéir, mais Deus s'irrite, et Cam... « ressent un sanglot intérieur, c'est Deus qui pleure en elle ; pourquoi le chasser, implore-t-elle, il est si délicieux, il me calme, me charme, m'endort, j'embrasse Deus ». Elle promet néanmoins de ne plus l'appeler, mais elle l'évoque quand même en cachette et le consulte même quelquefois pour savoir s'il l'autorise à nous faire certaines confidences. Deus est d'autant plus difficile à déraciner, qu'il pousse son rôle d'avertisseur tutélaire jusqu'à participer au traitement psychique que nous entreprenons en employant même les termes et les menaces qui sont

les nôtres. Au mois de janvier, par exemple, Cam... écoute une manifestation en typtologie mentale de Deus ; et Deus lui-même tout à coup interrompt la communication en disant « défendu, c'est la folie ! » de sa voix psychomotrice. Au mois de février, dans des circonstances identiques, il dit : « Non, assez, pas d'automatisme controle, toi ! » Comment chasser un esprit qui pousse le zèle jusque-là ? Il est vrai qu'il s'arrange quelquefois pour faire tourner ces sages avis en sa faveur, et c'est toujours après quelques jours de raisonnement particulièrement assidu et ferme de notre part et après un travail de préparation inconsciente consécutivement mûri que l'hallucination téléologique prend cette attitude spéciale. Au mois de mars, pour se faire écouter sans éveiller de scrupules, il se sert de cette introduction : « C'est à travers ton contrôle que je te parle, ma fille » et un peu plus tard, après une assez longue période de silence, il s'explique : « Je suis toujours « là, quand je fais le mort c'est pour que tu ne sois pas effrayée « et pour passer par ton contrôle, mais je ne suis pas ton inconscient », et plus tard encore : « Pour que tu ne t'inquiètes pas de ta « tête, je passe par ton contrôle, mais je ne suis pas ton inconscient ». Deus défend ainsi son identité contre nos arguments. Nous avons en effet fait comprendre à Cam..., pour contribuer à lui faire reprendre sa cohésion mentale, que cette voix conseillère était, en lui tenant ces derniers propos, le produit du travail de rétablissement de son contrôle, travail encore inachevé dont l'expression subliminale arrivait ainsi jusqu'à sa conscience. Il y a donc encore une certaine révolte de la tendance à l'automatisme qui se fait jour de cette manière. Cam..., d'ailleurs, se dit encore trop croyante pour ne pas admettre que cette voix si claire ne soit pas différente d'elle-même, elle veut garder cette conviction, même en cherchant à éviter la voix, car elle comprend le danger qu'il y a pour sa mentalité à en conserver la manifestation. Elle croit aussi qu'elle l'aura toujours au moins en l'évocant fortement si elle le désirait absolument, en cela même elle se trompe, car à partir du mois de juillet, elle n'en parle plus. Pour le moment, il faut cette évocation spéciale ou l'appoint d'une forte contrariété pour qu'il prenne la parole, et ces petits incidents suffisent à maintenir la foi de la malade. Un jour, par exemple, elle écrit deux lettres, les met machinalement sous enveloppe, inscrit les adresses sans vérifier et les jette à la poste. Elle revient très perplexe, convaincue qu'elle a interverti les adresses des destinataires, ce que le contenu des missives rend particulièrement facheux et délicat. Elle n'en dort pas, mais Deus la rassure et lui affirme qu'elle a correctement mis chaque lettre dans l'enveloppe et sous l'adresse qui convenait. Cela la tranquilise, et l'événement, en donnant raison à Deus, fortifie la confiance de Cam... L'état d'esprit de cette dernière continue à se modifier, elle ne dit plus jamais Deus, elle

comprend qu'il y a quelque chose d'absurde dans cette dénomination antique et elle se met à dire Dieu, plus tard même, elle abandonne cette désignation et ne dit plus que « la voix ». De même, elle ne parle plus de Kamianisme. Elle garde seulement l'intention de travailler dans sa sphère et dans la littérature, à propager la bonté et à faire aimer la charité, sa piété reste toujours aussi fervente, mais plus normale. Depuis le milieu de décembre, d'ailleurs, son attitude au milieu des autres malaldes est celle d'une personne parfaitement saine, elle lit, s'occupe de tout, cause avec chacun de choses indifférentes, d'art, de littérature, quelques malades plus sympathiques reçoivent seulement quelques confidences au sujet de ses pouvoirs de médium et prennent connaissance de ses poésies. Nous seuls sommes dans le secret de ses anciennes conceptions et de ce qui reste de ses croyances. A partir du mois d'avril jusqu'au mois de juillet l'amélioration générale a progressé sans arrêt. M. Schtein est complètement rentré en grâce auprès de la malade, celle-ci a passé en Suisse l'été de 1902, sous la surveillance d'un médecin qui n'a noté aucun phénomène délirant et s'est seulement occupé de maintenir ses bonnes dispositions à l'encontre des essais de manœuvres spirites.

Pendant toute cette évolution, la mémoire a suivi les fluctuations de l'état mental lui-même. Les souvenirs de tout ce qui s'était passé pendant la première crise délirante en Suisse, les souvenirs de tout ce qu'elle avait dit, vu et entendu dans cette période avaient paru s'effacer pendant l'intervalle relativement sain de son premier séjour au Sanatorium, durant lequel elle n'avait, en tous cas, parlé de rien que de sa très vague fièvre cérébrale. Tous ces souvenirs se sont, au contraire, réveillés très fidèles et très précis dans tous leurs détails pendant la seconde bouffée délirante. Cam... a pu, à ce moment, nous décrire sa vision et tout ce qui l'avait suivie. A son second séjour elle se rappelait en toute netteté tout ce qui lui était arrivé dans le Midi, ses évocations avec son mari, son système theologique, ses différends avec sa belle-sœur. A mesure que son amélioration s'accentuait, tous ces souvenirs s'effaçaient pour ne reparaître que dans les périodes paroxystiques qui ravivaient l'activité spirite. On voyait ainsi reparaître et disparaître ces groupes de souvenirs un peu comme l'auraient fait ceux d'un état second, mais avec moins de netteté et moins brusquement. Il y avait chaque fois une transition, une période d'effacement graduel avant la disparition totale. Au moment où ce changement se produisait on voyait les manifestations délirantes disparaître de la vie à l'état de veille et alimenter les rêves du sommeil normal de la nuit; Cam... rêvait de sa belle-mère, de son oncle, soulignant ainsi la transition entre l'inconscience spirite et l'inconscience normale onirique.

Actuellement tout reste dans l'ordre depuis juillet 1902. Cam...

ne parle plus de faire tourner des tables, elle n'a plus d'hallucinations, elle a repris une affection normale et vive pour son mari. Elle cultive la poésie et a fait dans cette voie des progrès sensibles, ses poèmes ne révèlent plus aucune désorganisation psychique, ils chantent les beautés et la contemplation de la nature, la résignation à la souffrance, l'édification des âmes et surtout les bienfaits de la paix. La malade est en effet devenue une ardente adepte des doctrines de Frédéric Passy. Elle espère en favoriser la vulgarisation et c'est dans cette œuvre que se donne carrrière son ancienne tendance à l'apostolat. Elle est d'une piété chrétienne pleine de ferveur, de confiance et d'enthousiasme, et a repris tout son goût pour la vie de famille.

Remarques. — Cette observation suggère un certain nombre de considérations intéressantes aux trois points de vue du spiritisme, du mysticisme et de la psychiatrie.

Spiritisme. — Si l'on peut appeler « tempérament médianimique » l'état psychique qui consiste en la tendance au dédoublement de la conscience avec activité automatique indépendante, on peut dire que notre malade l'avait créé et entretenu prêt à fonctionner par sa manière de vivre et de penser avant l'explosion absolument spontanée des phénomènes spirites chez elle. La première voix psychomotrice dont elle ignorait au début l'idendité a constitué le premier fait de cette médiumnité spontanée à la suite de laquelle se sont succédées dans son cas la plupart des spécialités médianimiques que tous les sujets spirites ne possèdent pas toujours en aussi grand nombre. Elle a été sujet auditif, parlant, voyant, sensitif, psychographe mécanique et semi-mécanique, typteur à bascule et typteur mental. Elle a reçu des messages d'ordre privé, des révélations scientifiques, médicales et théologiques. Elle a évoqué des esprits de personnages défunts et de personnages vivants. Elle a comme les grands médiums interprété ces pouvoirs dans le sens de la religion et s'est comme eux imposé le devoir de répandre la piété et la moralisation selon le principe du spiritisme officiel qui met en tête des vrais médiums les médiums chrétiens. Un point que l'on pourrait mettre en litige, c'est que son esprit guide est un personnage divin.

Les spirites ont beaucoup discuté la valeur des communications diverses que beaucoup de sujets des séances courantes

ont obtenues. Dieu et Jésus se manifestent souvent dans ces réunions, mais la question a été tranchée par les orthodoxes du « spiritualisme ». Ce sont des esprits trompeurs ou des esprits exaltés qui se donnent comme Dieu ou le Christ à ces médiums pour les abuser et leur en imposer d'avantage. Cam... qui n'avait aucune notion de ces doctrines a accepté sans aucune objection la divinité de plusieurs de ses interlocuteurs et surtout celle de son esprit guide.

Les saints occupent souvent aussi la table, le crayon ou la parole des médiums initiés et sont admis pour eux-mêmes avec leur propre identité à prodiguer leurs communications aux spirites réguliers, les anges par contre sont aussi exclus et leurs manifestations et sont le résultat des mystifications ou des usurpations de titres d'esprits trompeurs ; ceux qui en sont les interprètes n'en demeurent pas moins des médiums quoique médiums imparfaits qui se laissent duper par les désincarnés. Les voyants comme Mlle Couédon qui au point de vue psychopathologique sont identiques aux médiums, mais qui sont reniés par les spirites, peuvent avoir comme personnages téléologiques et esprits protecteurs, des anges, c'était l'ange Gabriel pour Mlle Couédon. Cette dernière peut se rapprocher encore des médiums par cette autre particularité que son langage automatique attribué à l'ange Gabriel se déroulait généralement en vers. Nous avons vu que le langage automatique de notre malade revêtait souvent cette forme-là et qu'elle gardait une tendance irrésistible à versifier et à rimer machinalement. La forme rythmique est donc une des modalités naturelles du langage automatique. Beaucoup de voyants se sont exprimés et s'expriment ainsi ; les oracles de l'antiquité se sont partagés cette habitude avec les devins du moyen âge, le mot *vates* ne signifiait-il pas à la fois poète et devin. Rabelais lui-même n'a-t-il pas fait rendre en strophes bien cadencées les réponses demandées par Panurge à la Sibylle de Pauzoust et à Bacbuc.

Si Cam... a accepté comme vrai le fait d'être en communication avec Dieu, elle a aussi reçu la révélation de tout un système théologique polythéïste, fantaisiste et de forme à demi païenne ; mais ici il faut faire appel pour l'interprétation de ces faits à l'élément vésanique. Elle était à ce moment en plein délire, et le souvenir de ces conceptions ne l'a même pas suivi dans sa longue convalescence, pendant laquelle se

sont continuées ses manifestations médiumniques. Celles-ci ont, il est vrai, persisté à entretenir chez elle des tendances mystiques et apostoliques plus accentuées peut-être que chez le commun des médiums et qui confinent à la théosophie ou mieux à la théomanie, ce qui nous amène à la deuxième série de nos remarques.

Mysticisme. — Cam... était au moins aussi ignorante en matière religieuse qu'en matière spirite quand ses premières tendances se sont organisées en hallucinations et en systèmes théologiques. Elle ne possédait aucun élément pour discuter la valeur des messages qu'elle attribuait à Dieu. Ses élucubrations subliminales servaient à sa personnalité normale des chapitres tout faits qu'elle n'a commencé à commenter en elle-même pour les accorder avec la réalité que, quand la première exaltation vésanique a pu se dissiper, encore les souvenirs n'en restaient-ils qu'assez peu précis pour lui laisser le champ libre de les réduire à des fantaisies supranormales, mais dont les contradictions ou les absurdités trop choquantes étaient petit à petit soigneusement éliminées. Son ignorance religieuse se montre même dans le choix des expressions et des éléments acquis et tombés dans le monde inconscient dont elle désigne et construit les données de son système théologique pagano-chrétien à base astronomique.

C'est ainsi qu'elle parle sans cesse de former des *élèves*, alors qu'un peu plus d'instruction religieuse courante lui aurait fait choisir le mot *disciples* dont se servent toujours les auteurs ecclésiastiques. Elle croit n'avoir jamais entendu prononcer le nom de *Zeüs* donné par ses messages à l'une des divinités de son système. Elle a oublié que c'est le nom grec de Jupiter qu'elle a lu dans Uranie. Elle se trompe encore pour Silo dont elle fait une île et où par une association verbale inconsciente d'idées elle fait déporter les juifs et les protestants (une réminiscence des silos où l'on dépose les disciplinaires rebelles) faisant donner à Silo cette destination pénitentiaire par son activité subliminale.

C'est après la première atteinte délirante qu'elle a surtout commencé à s'initier aux notions religieuses courantes et qu'elle a le plus acquis par ses lectures, c'est aussi à partir de ce moment-là que son mysticisme mieux éclairé a pris une forme plus réellement chrétienne et théosophique.

Elle est devenue théosophe sans rien savoir non plus de la

théosophie cette forme de spiritisme rejetée par le spiritisme officiel dont elle constitue une sorte de schisme quoiqu'elle lui soit identique dans son essence.

Le mysticisme de Cam... est avant tout un mysticisme théomane. Bien que chez elle l'élément affectif rapproche son état mental de celui des mystiques purs, elle est aussi près que possible du cas de Swedenhorg. Ce dernier comme elle, était tombé dans le délire hallucinatoire après une longue période de rêveries religieuses, il s'est comme elle entretenu avec des morts a eu des communications avec les astres, a causé avec Dieu après une seule hallucination de la vue; comme elle il a en une mission réformatrice à remplir, comme elle encore il a profondément regretté ses hallucinations quand elles l'ont abandonné à la fin de sa vie. Ils n'ont différé que sur deux points. C'est d'abord la forme spirite des communications de Cam..., le mot et le rite du spiritisme n'existait pas encore du temps de Swedenhorg, qui aurait pu en être le créateur si les circonstances ambiantes avaient dirigé dans cette forme le processus de ses éléments délirants. L'autre différence réside dans l'érotisme intense de Cam... auquel Swedenhorg semble avoir échappé et qui rapproche Cam... des mystiques purs chez lesquels l'érotisme est la règle constante. Une troisième différence d'ordre tout à fait secondaire et qui n'a rien à voir avec la classification de ces cas consiste dans la diversité du niveau intellectuel si haut chez le prophète suédois, si moyen chez Cam... Cette dernière peut se rapprocher aussi de Mlle Smith, spirite avant tout, mais mystique aussi, pourvue d'un guide téléologique et animée d'une tendance apostolique active. En un mot, des cas semblables représentent le point de jonction du spiritisme pur avec le mysticisme et la théomanie raisonnante. Tous les sujets atteints de semblable état ayant pu vivre de la vie extérieure normale dans laquelle ils ont en paix promené leur délire tant que la forme vésanique n'a pas entraîné de leur part soit des actes extravagants ou dangereux, soit une propagande réformatrice ou prophétique qui les ait rendus trop gênants, Socrate, Cardan, Bodin et bien d'autres personnages historiques ont eu eux aussi une voix téléologique qui eût permis de les comparer à ces théomanes. Le nombre de personnes présentant des prédispositions à ces délires est étonnant quand on y

regarde de près, beaucoup n'y glissent pas, car il faut assez peu de choses pour les maintenir dans leur équilibre instable et ils sont très accessibles à un traitement moral bien dirigé. La désagrégation mentale est assez facilement combattue par une vie régulière qui favorise la tendance à l'unification à condition que des pratiques spirites ne viennent pas la détruire. C'est ainsi que nous avons vu deux fois chez Cam... la désagrégation se produire une première fois par le spiritisme, se réduire, puis se régénérer une seconde fois par le spiritisme encore et céder enfin sous la privation continue des pratiques médianimiques.

Flournoy a pu dire : « Prenez un individu ayant dans sa subconscience des souvenirs, des scrupules, des tendances affectives, des idées à coefficient émotionnel plus ou moins intense ; mettez-lui en tête, je ne dis pas des convictions, mais simplement des préoccupations spirites, puis attelez-le à une table ou à un crayon. Pour peu qu'il soit du tempérament impressionnable, suggestible, désagréable, que le public appelle la faculté médianimique, il ne se passera pas longtemps avant que ses éléments subliminaux se groupent, s'ordonnent, se compénètrent suivant la forme « personnelle » à laquelle tend toute conscience, et se traduisent au dehors en communications qui ont l'air de venir directement de désincarnés ».

Remarques psychiatriques. — Flournoy aurait pu ajouter aussi : « pour que cette désorganisation atteigne le taux du délire et arrive presqu'à la vésanie caractérisée avec toutes ses conséquences et tous ses dangers ». Il est frappant de voir combien de tels malades entraînent autour d'eux de personnes dans leurs erreurs. Les simples spirites ont toujours une chapelle de spectateurs plus convaincus qu'eux-mêmes, les théomanes raisonnants comme Swedenborg et tant de prophètes obscurs ou célèbres ont laissé même après leur mort des foules de disciples qui continuent leur doctrine.

En général ce genre de délire entraîne autour de lui la folie multiple. Cam... a persuadé son mari, qui homme relativement instruit, ingénieur ayant des notions de méthode scientifique, a pendant longtemps partagé toutes ses convictions et assisté en disciple respectueux et ému à la plupart de ses évocations pendant toute une assez longue période.

Guérie, Cam... avoue qu'elle et lui avaient l'air de deux illuminés et reconnaît que leur attitude était absurde. Il y a là comme un cas de « folie à deux » dont elle était l'élément actif et M. Schtein l'élément passif. N'avait-elle pas convaincu aussi des dames et un prêtre qui voulaient la faire baptiser ?

L'observation suivante plus fruste, nous fera mieux voir encore le danger du spiritisme et des délires consécutifs à ces exercices d'occultisme dans leurs rapports avec le suicide et même l'homicide.

Observation II. — *Hérédité névropathique. Délire à forme spirite préoccupations de métaphysique, de réformes sociales, de magie. Mysticisme, érotisme, auditions d'esprits, visions, migration de l'âme. Dédoublement et perte du moi. Obéissance à des hallucinations théomaniaques impératives. Tentatives de suicide.*

Henri B... étudiant en médecine, marié, père d'une enfant bien portante, a une hérédité chargée. Son père fort, intelligent mais nerveux, est mort depuis longtemps. La famille de sa mère compte plusieurs aliénés. Ses sœurs sont très nerveuses, l'une d'elles est une grande obsédée phobique.

Dans son enfance, le malade habitué à faire toutes ses volontés, gâté et capricieux, a eu des tics, était onycophage et onaniste, émotif et peu travailleur. Il n'a reçu qu'une instruction religieuse insignifiante et jusqu'à vingt-quatre ans est resté matérialiste et éloigné de toute idée et de toute pratique de piété. A dix-sept ans, à la chasse, il a eu un violent étourdissement attribué à une insolation, à la suite duquel il a dû s'aliter et dormir longtemps, il a été à partir de ce jour sujet à des phobies incessantes et surtout à une agoraphobie d'une rare intensité. Peu causeur, concentré mais sans rêver, sujet à des superstitions de joueur, sa conduite a donné lieu à de nombreux écarts, il se sent instable depuis son étourdissement à la chasse.

En juin 1902, il contracte une dyphtérie grave suivie de paralysie et sa névrose s'aggrave ; il prend de l'absinthe pour se donner du courage, abandonne la médecine, compose des vers et des chansons, fait de la musique, ne veut plus s'occuper que d'art et ne parle plus que de religion et des problèmes de la survivance de l'âme. En 1898, il avait entendu parler de spiritisme, un peu plus tard, il avait fait avec ses sœurs des essais de transmission de la pensée, l'une d'elles ayant pris à cette occasion des crises de nerfs ils avaient cessé, mais il avait essayé tout seul de faire tourner une table et y avait réussi sans s'y adonner avec suite. Depuis sa dyphtérie, il se sentait encore plus changé qu'après son coup de

soleil, il devenait de plus en plus irrégulier dans sa vie et de plus en plus désœuvré, passant des nuits entières à causer de théosophie et de réformes morales de la société, avec quelques amis qui n'en savaient guère plus que lui et mélangeaient dans leurs théories le spiritisme, la franc-maçonnerie et la magie noire. Les rêves d'amélioration sociale hantaient surtout le malade à ce moment-là, il concevait des théories sociales dans lesquelles il représentait l'humanité par un triangle, mettant les hommes de génie au sommet et les inintelligents à la base, il voulait appliquer ce système de triangulation à la sagesse, à la vertu, à la richesse, à la piété. Il lisait des livres religieux, entrait dans les églises et priait.

En même temps il sentait augmenter ses appétits sexuels qu'il avait toujours eu très prononcés et qu'il avait toujours largement satisfaits. Il avait alors plusieurs maîtresses, les associait à ses élucubrations mystiques et sociales. Il voyait des symboles partout et commençait à s'absorber dans des rêvasseries demi conscientes d'où il sortait troublé et angoissé comme s'il eut des doutes sur son existence réelle et comme si son moi devenait incertain.

Il avait à ce moment deux amis, J. L... et A. D... qui jouissaient de toute sa confiance, mais qu'il ne voyait pas autant que ce qu'il avait voulu. Il se concentrait pour penser à eux et causer avec eux en pensée à distance; dans ces absorptions extatiques il les entendit nettement. C'étaient leurs esprits qui se désincarnaient à sa volonté pour lui répondre ou qui lui parlaient spontanément. Cela ne l'étonnait nullement, c'était la même chose que ce qu'il avait obtenu antérieurement quand il avait fait tourner des tables.

En mars 1903, il donne des inquiétudes aux siens. Son érotisme augmente, il est constamment préoccupé et distrait, écoutant les voix des esprits de ses amis, non content de ses excès sexuels avec des femmes il aurait été entraîné à des tentatives de pédérastie; il vit d'ailleurs comme dans un rêve et on commence à le surveiller.

Les esprits désincarnés de L... et D... deviennent ses conseillers habituels et lui donnent des explications à son sujet. La vie désordonnée qu'il mène afflige les siens, il est pris de remords. L... et D... lui reprochent en effet ses débauches et lui disent d'expier ses fautes par des pratiques religieuses assidues. L'état d'incertitude sur sa personnalité qu'il ressent, l'angoisse, L... et D... lui expliquent « que son corps n'est qu'une méprisable guenille dont son esprit doit s'évader. Tu as une sale guenille, ce n'est pas toi-même, tu verras comme le vrai Henri B... est beau ». Il se demande comment il sortira de sa guenille et rentré chez lui l'envie le prend brutalement de se jeter par sa fenêtre, il hésite et consulte ses esprits qui lui disent impérieusement « non! ». Il veut s'assurer que ce n'est pas lui-même qui a dit non et demande à l'esprit :

« est-ce ma guenille ou l'esprit qui dit non ? », réponse : « c'est l'esprit de D... ». Henri est satisfait et s'éloigne de la fenêtre.

La nuit suivante, pendant son insomnie, il voit des phénomènes lumineux se produire sur les murs de sa chambre, une tête de chérubin en ivoire, fixée au bas d'un crucifix se détache et s'envole dans un rayon de lumière, il se met à prier. Le lendemain l'esprit de D... lui parle dans la tête en hallucinations psychomotrices comme d'habitude et lui fait des recommandations morales en l'exhortant à la foi « il faut qu'il fasse un serment à Dieu, les deux esprits qui l'entretiennent sont les messagers de Dieu, il doit leur obéir. — Mais, répond-il, j'ai cru jusqu'ici que Dieu n'existait pas. — Dieu existe, reprend D..., et tu dois faire ce que ta conscience te commande ». A partir de ce jour il obéit passivement aux deux esprits.

Il faut qu'il expie ses péchés; un jour, une force mystérieuse le pousse hors de chez lui, il consulte l'esprit de D... qui lui dit : « Vas au temple maçonnique de la rue Froidevaux accomplir ton serment, ne t'inquiète pas, tu vas te tuer pour expier. »

Il va frapper à la porte de la maison désignée, on n'ouvre pas. Il reste perplexe, l'esprit lui dit de marcher, il repart et sort de Paris; à la barrière, il hésite; la voix lui dit « à gauche ! » Il marche et se trouve devant le mur d'un jardin maraîcher, il y voit une porte, l'esprit lui dit « entre ». Il frappe, on ouvre, il demande à entrer, les jardiniers le prennent pour un employé de la ville visitant les terrains à vendre de la zône des fortifications et lui proposent un mètre pour prendre ses mesures, il refuse en remerciant. on le laisse faire silencieux le tour de l'enclos et il ressort.

Il rentre dans Paris par une autre porte et revient à la rue Froidevaux. Comme il voit des symboles partout, il s'aperçoit que le trajet accompli forme un triangle et cela doit avoir une signification mystérieuse. Rue Froidevaux, il frappe de nouveau à la porte du temple maçonnique, une femme ouvre, il insiste pour entrer, disant qu'il a un serment à accomplir et veut forcer la consigne, la concierge le menace de la police, il s'en retourne et les esprits lui disent qu'ils l'ont empêché de se tuer pour lui donner le temps de se confesser.

Ils lui reprochent toujours « de tenir à sa vieille guenille ». Dans la nuit suivante, les esprits, dit-il, ont éteint et rallumé sa veilleuse, ce qui le frappe beaucoup ; il lit longuement son livre d'heures et s'absorbe en oraisons mentales. Le lendemain il court plusieurs églises à la recherche d'un confesseur, il en trouve un qui lui conseille de faire une retraite dans une trappe. Mais à la fin de sa confession il voit le prêtre se transfigurer en pape et il voit distinctement une étincelle lumineuse frapper son front. Il se demande si c'est la mort qui va l'atteindre. Dans la nuit l'esprit

de D... se manifeste et lui dit: « Laisse la ta sale guenille dans ton lit et viens, Henri B... est mort », il sent son âme quitter son corps mais il la sent égarée.

Il n'a plus la notion de rien et demande où il est. D... répond : « dans un cadavre de l'hôpital Laënnec ». Il finit par dormir. Le lendemain matin, il se réveille au petit jour et l'esprit de son père lui apparaît sous la forme d'une traînée lumineuse.

Dans la matinée, il va se promener, une voix, qui n'est plus celle des deux esprits habituels, lui ordonne d'aller au café prendre une absinthe pure pour se tuer. Il demande quelle est cette voix, l'esprit de D... répond que c'est Dieu. Henri B... obéit, l'absinthe ne le tue pas, il se donne alors un violent coup de poing dans la poitrine qui l'impressionne comme un coup de poignard, il s'allonge sur la banquette, mais la mort ne venant pas, il rentre chez lui, la voix de D... lui dit : « ne t'inquiète de rien, je m'occuperai de toi. » On lui fait comprendre la nature maladive de ce qu'il éprouve et il arrive au sanatorium le 8 avril.

Il s'y montre très inquiet de son état, il a peur de devenir fou et supplie qu'on le rassure ; le matin, il cause normalement, dans l'après-midi, il rêvasse et reste très absorbé. Il se plaint de ne pas se sentir vivre comme autrefois, il ne se sent plus lui-même. Il ne sent ni sa tête, ni son corps, ni ses membres. Dans la nuit, il entend l'esprit de D... lui dire « de vider sa guenille », dans le jour, il est mieux, mais il reste anxieux, il prie, il veut lire des livres saints, il consulte ses esprits et nous raconte tout ce qui précède. Bientôt il s'améliore et à mesure que son état se rapproche de la normale, il oublie son ancien délire et les actes qu'il a accomplis sous cette influence. Il va et vient, cause et sort avec les autres malades, fait de la musique et reprend courage.

Au commencement de mai, il redevient absorbé et préoccupé de métaphysique. Il a des troubles anesthésiques bizarres, tantôt il il ne sent pas son corps, tantôt il s'étire et en même temps il sent et voit ses membres s'allonger comme du caoutchouc. Ce qui l'angoisse le plus « c'est le départ de son âme », cela ne l'étonne pas, car dit-il, d'après la théorie spirite « il se quitte lui-même pour aller animer un autre homme », mais cela le fait souffrir, parce que ce qui reste de lui n'est pas lui-même. Son esprit parti s'envole et flotte dans l'espace ; il l'y sent très distinctement. Quelquefois son esprit n'est même pas très loin de lui, il le sent suspendu à quelques centimètres de sa tête. Il n'a plus de lui-même que son affection pour les siens ; son moi qui l'a fui n'habite plus en lui-même, il n'y reste que son cœur.

Il parle pour un autre, il est une pure machine à parler, son cerveau n'est qu'un réflecteur, il est un mannequin animé par un esprit qui n'est pas la sien, alors que son âme est toujours suspendue dans l'espace au-dessus de lui. A l'époque des débauches qui

lui causent tant de remords, il avait pour signer ses vers et ses chansons, pris le pseudonyme d'Henri L..., anagramme de son nom. Actuellement il érige cet Henri L... en personnage distinct qui est son double, son double exécré et maudit et c'est cet Henri L... qui anime son corps ; il voudrait redevenir Henri B... Il le redevient de temps en temps et se sent beaucoup mieux à ces moments-là. Il revoit sa vie d'enfant comme celle d'un autre qu'il aurait beaucoup connu, cette dépersonnalisation le fait cruellement souffrir. Il ne peut pas rallier son moi d'avant le coup de soleil ni surtout son moi d'avant la dyphtérie à son moi actuel. Le plus douloureux c'est de suivre la migration de son moi dans l'espace, il trace même la trajectoire de cette migration dans un graphique où on voit un point resté au-dessus d'une ligne normale, c'est Henri B... qui est suspendu dans l'espace au-dessus de la ligne normale des individualités vivantes et qui ne peut plus repénétrer en lui-même. Il arrive quelquefois à se réincarner, mais il a de la peine à reprendre tout à fait son âme qui tend à repartir en arrière quand il est couché sur le dos; penche la tête en avant pour ramener son moi dans la région frontale.

Il a peur de ne pas reconnaître sa famille quand il la verra. Après une nouvelle amélioration il reprend ses promenades et cause volontiers, mais les hallucinations reviennent bientôt. Il monte dans sa chambre pour mieux écouter les esprits ; mais celui de D... lui interdit de ne nous rien révéler de ce que les désincarnés lui disent. Il revoit un matin l'esprit de son père. Il l'entend quelquefois. Il retombe dans ses prières et dans ses extases. Il a un matin la vision du Christ dans un rayon lumineux au dehors, il reçoit de lui l'ordre de se jeter par la fenêtre, on doit le retenir et le surveiller de près. Il devient de plus en plus absorbé et agité. Le 23 mai, sur l'ordre des esprits, il refuse de manger, dans l'après-midi, Dieu lui parle et lui ordonne de se tuer. Il quitte sa chambre et essaie de se jeter dans la cage de l'escalier. Ramené dans sa chambre, il essaie, par mortification et sur l'ordre des esprits, de boire de son urine et de manger de ses excréments, on l'en empêche. « C'est Jésus, nous dit-il, qui était en moi et qui m'a dit de me tuer pour me sacrifier à ma famille que j'ai déshonorée » ; à ce moment la voix de Dieu lui enjoint de se taire et il refuse de rien dire de plus. On le transfère le soir même dans une maison d'aliénés. Il y est devenu de plus en plus délirant. Nous avons su qu'il avait été excessivement violent et avait tenté d'étrangler un garde-malade.

Chez lui le délire spirite n'a été qu'un épisode établissant la transition entre son état de névrose antérieur, caractérisé

par ses grandes phobies[1] et son délire vésanique actuel qui le porte constamment à des tentatives de suicide ou même à des impulsions homicides quand il obéit à ses hallucinations.

Un des dangers du spiritisme réside précisément dans cette haine de son corps assez commune aussi chez les mystiques ordinaires, haine de soi qui conduit les malades à la mutilation volontaire et au suicide, quand ils n'y sont pas amenés par les simples injonctions de leurs voix[2].

Quelle que soit leur marche, ces délires médianimiques sont toujours caractérisés par un dédoublement bien net de la personnelité que les malades traduisent par des idées et des mots très expressifs. Ces malades ne constituent évidemment pas un groupe distinct à classer à part. Dans la discussion du mois d'avril 1903 à la Société Médico-Psychologique, M. Christian les avait, si nous ne nous trompons pas, incorporés parmi les démonomanes.

Ils ne nous paraissent pourtant pas être des démonomanes. Les démonomanes, en effet, n'appartiennent pas tous à la même famille, il est parmi eux des possédés qui sont les uns des mélancoliques, les autres des persécutés chroniques ; il est aussi, parmi ces malades, des obsédés et enfin des mysques. Les spirites sont caractérisés surtout par la forme spéciale de leurs éléments délirants; ils ont au moins ce détail symptomatique en plus et l'aspect de leurs conceptions diffère plus ou moins dans sa teneur.

Ils sont en tout cas à rapprocher des démonomanes et font partie avec les démonomanes et les théomanes raisonnants de la famille des délirants mystiques.

[1] Pendant sa longue période de névrose phobique, le malade avait précisément eu souvent la crainte de se jeter du haut des fenêtres ou des ponts. Cette image du suicide jadis redouté a pu se fixer dans son travail subconscient où elle se traduit aujourd'hui par des impulsions à ces mêmes actes.

[2] Le danger d'homicide doit aussi entrer en ligne de compte. Récemment les journaux mentionnaient une tentative d'homicide commise sur sa femme par un spirite à qui un esprit avait dit que cette dernière le trompait.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXVII. **Vomissements incoercibles et fécaloïdes au cours d'une tumeur des plexus choroïdes du IVe ventricule**; par M. J. Paviot (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 13 octobre 1903.

M. Paviot rapporte l'observation d'un malade ayant présenté comme manifestation rare de tumeur cérébrale des vomissements poussés jusqu'à l'incoercibilité et au caractère fécaloïde. A l'autopsie, on trouva dans le quatrième ventricule, une tumeur bilobée, avec petite grappe muriforme en haut. Elle n'avait avec la substance du plancher ou celle du cervelet, que des rapports de contiguité; elle répondait en somme à une production des plexus choroïdes, dite « psammome ».

Cette tumeur avait étalé le 4e ventricule, comprimé et diminué dans le sens antero-postérieur, l'épaisseur du bulbe et de la protubérance, mais nulle part, elle n'avait envahi ou détruit la substance nerveuse.

L'auteur pense qu'on peut expliquer les vomissements incoercibles par la persistance de l'antipéristaltisme et ce dernier par l'irritation du noyau des pneumogastriques comprimés dans le plancher du quatrième ventricule. G. Carrier.

XXVIII. **Autocytotoxine spécifique et anti-autocytotoxine dans le sang des épileptiques**; par C. Ceni. — **Contribution à la pathologie des affections cérebrales toxiques**; par W. Alter. — **Contribution à la question de quelques propriétés soi-disant toxiques et thérapeutiques du sérum du sang des épileptiques**; par G. Sala et T. Rossi. — (*Neurologisches Centralblatt. XXII* 1903, n°s 8, 11, 18, 1903).

M. Ceni a entrepris sur des lapins des expériences ayant pour but de déterminer si le sérum sanguin des épileptiques est capable d'engendrer dans l'organisme animal des produits d'un activité assimilable à celle d'un des deux principes toxiques ou thérapeutiques précédemment mis en lumière (*Archives de Neurologie*, 1903. t. XVI p. 148). Pour lui, les phénomènes d'intoxication aiguë observés chez les épileptiques traités par le sérum d'animaux inoculés au sérum d'épileptiques, ces phénomènes sont à peu près les

mêmes que ceux qu'il a vus quelquefois se produire chez les épileptiques auxquels avait été injecté du sérum d'autres épileptiques. Sans doute le sérum de lapins inoculés avec du sérum du sang d'hommes normaux possède certaines propriétés toxiques, qui, en somme, se trouvent dans le sérum cytotoxique ordinaire ; mais si l'on compare les symptômes toxiques de cette série avec ceux des cas dans lesquels on avait fait agir du sérum de lapins inoculés au sérum d'épileptiques, on voit qu'il s'agit d'une pure réaction locale, bien moins intense que dans les cas précédents. A la suite de l'examen des multiples conditions expérimentales mises en vedette dans le mémoire. M. Ceni conclut :

Les phénomènes d'intoxication spécifique observés chez les épileptiques à la suite de l'injection de sérum, tant d'autres épileptiques que d'animaux inoculés au sérum d'épileptiques, ces phénomènes toxiques ne doivent point être attribués à une nouvelle quantité de cytotoxine que l'on aurait introduite dans l'organisme ; il faut les rattacher a la substance sensibilisatrice de la cytotoxine qui rend les éléments épileptogènes plus sensibles à l'égard de l'alexine circulant déjà chez l'épileptique. — Dans le sang des épileptiques circule en même temps qu'une autocytotoxine spécifique une antiautocytotoxine. Ce principe antitoxique n'est cependant point en solution dans le plasma vivant ; il existe dans le sang à l'état latent ; il adhère aux éléments cellulaires du sang dont il est détaché par un processus phagolytique ainsi que l'auteur l'a déjà prétendu quant au principe thérapeutique du sérum des épileptiques.

De ces recherches, M. Alter déduit que certaines maladies du système nerveux central, au premier rang la paralysie générale et l'épilepsie, tiennent à ce que sur les substances préformées du système nerveux s'accrochent des toxines spécifiques dont l'origine de fabrication est inconnue, mais qui n'en sont pas moins versées dans le sang du malade.

Genèse de la paralysie générale. — Y a-t-il production continue du poison, celui-ci se combine continuellement au corps même de la cellule qui s'épuise, subit l'altération régressive, la dégénérescence progressive. La paralysie générale procède-t-elle par poussées, c'est que, grâce à des conditions constitutionnelles et cytogéniques individuelles, il se produit des composés chimiques secondaires qui sont versés dans la circulation et sont aptes à paralyser pendant assez longtemps la toxine qui y afflue. Cette antitoxine vient-elle à prédominer ; on assiste à une *rémission de la paralysie générale.* — Malheureusement il ne s'en produit généralement qu'une très faible quantité, la cellule n'est que soulagée, elle n'est pas débarrassée de l'étreinte toxique ; le processus anatomo-pathologique reprend, les altérations régressives progressent sans s'arrêter, d'où le caractère progressif de la destruction générale.

SALPÊTRIÈRE

Genèse de l'épilepsie. — L'attaque est l'expression directe de l'ancrage de la toxine dans la cellule nerveuse des divers territoires, d'où la physionomie multiple des manifestations. Mais, c'est surtout ici que se forment ces composés antitoxiques secondaires. C'est ici surtout que cette antitoxine combat victorieusement le composé toxique du courant sanguin. Quand, pour des raisons individuelles la formation d'antitoxine et son introduction dans le sang sont de faible quantité, on a *l'état de mal épileptique* et les *attaques d'épilepsie subintrantes*; l'épuisement des cellules nerveuses, les dégénérescences de ces cellules. Généralement, par contre, il se produit assez d'antitoxine pour qu'il s'effctue réparation complète, bien que passagère, de la vitalité de la cellule.

Cette hypothèse s'appliquerait fort bien à d'autres psychoses chroniques ou transitoires, à l'hystérie notamment. Elle ouvre la voie à une thérapeutique spécifique de certaines affections mentales. On peut s'efforcer de pousser à la formation de l'antitoxine endogène, ou d'introduire dans l'organisme des substances exogènes équivalentes. M. Alter a commencé l'étude chez l'animal, chez le paralytique, chez le non paralytique, d'infusions, de bouillons cérébraux de concentrations et de valeurs précises. Ces infusions produiraient des effets spéciaux bien caractéristiques, des réactions toutes différentes de celles des solutions chlorosodiques, notamment sur le système nerveux central du paralytique général. M. Alter attendrait également beaucoup des sérums empruntés à des animaux infectés par des inoculations progressives de sang de paralytiques généraux, d'épileptiques, et de l'utilisation du cerveau de ces individus dans le même sens.

MM. Sala et Rossi ont controlé les asssertions de M. Ceni de la façon suivante : Choix préalable de cinq épileptiques sevrés de tout traitement, soumis à un régime et à un mode d'existence uniformes, soit pendant cette période d'observation, soit pendant la période d'essai sérothérapique, et pesés régulièrement ; contrôle simultané de leur nourriture et des produits de leur nutrition, et pendant qu'on faisait agir le sérum et tandis qu'on en suspendait l'injection. D'autre part saignée aseptique d'autres patients également sevrés de tout traitement anti épileptique ; c'est à ce sang qu'était emprunté le sérum soigneusement recueilli et conservé dans un endroit frais, avec l'aide des méthodes de stérilisation habituelles (addition d'un peu de camphre). Les injections de sérum ont été faites aux cinq épileptiques sus-désignés, avec toutes les précautions aseptiques de rigueur.

Conclusions. — 1° Les injections de sérum sanguin provenant d'épileptiques n'ont exercé aucune action bienfaisante sur la marche de l'épilepsie des cinq épileptiques. — 2° Elles n'ont jamais déterminé de phénomènes toxiques ni passagers, ni durables ; elles sont demeurées

anodines. — 3° Les mêmes malades soumis au traitement bromuré et à l'électrisation galvanique (méthode de Mondino) en ont éprouvé des effets favorables. P. KERAVAL.

XXIX. **L'état actuel de l'anatomie pathologique du système nerveux central**, par NISSL. (*Centralblatt für Nervenheilkunde.* XXVI. N. F. XIV. 1903).

L'anatomie pathologique des organes centraux s'est, jusque dans les temps les plus récents, efforcé de déterminer les altérations des cellules nerveuses et des fibres en insistant surtout sur la localisation du territoire dans l'enceinte duquel on constatait l'existence des cellules et fibres nerveuses altérées. Par contre, on ne s'est préoccupé qu'en seconde ligne de comprendre les processus histologiques sous-jacents. Or, la revue des travaux de Max Schultze, Deiters, Gerlach, Meynert, Weigert, Flechsig, Golgi, Nissl, démontre pour l'auteur la nécessité de se préoccuper davantage des problèmes d'histologie pure. Pour arriver à rattacher la modalité clinique à la lésion, il faut, avant tout, interpréter correctement tous les éléments histologiques de cette lésion.

Expérimentons. L'expérimentation nous permettra d'observer les organites histologiques en voie de transformations pathologiques, de suivre la genèse, la décadence, la disparition des cellules et de leurs produits, de rattacher chacun de ces détails évolutifs aux symptômes cliniques. L'expérimentation n'a-t-elle pas éclairé les inflammations aiguës, les processus consécutifs au traumatisme, les phénomènes de réparation des tissus nerveux détruits. Il nous reste à pénétrer le mécanisme des nombreux processus morbides indemmes de toute altération inflammatoire apparente de l'appareil vasculaire, tels que la sclérose en plaques, les dégénérescences primitives des cordons de la moelle, les altérations corticales de la démence précoce. De grosses réformes devront être introduites dans la nomenclature anatomo pathologique.

Les lésions *régressives* admises, jusqu'ici nous offrent peu d'éléments utilisables. On ne saurait admettre l'existence de l'atrophie simple ; on ne connaît pas de dégénérescence graisseuse de la cellule nerveuse. Les états dits de tuméfaction trouble ne se voient ni dans les composants nerveux, ni dans les composants d'autre nature des organes centraux. Les autres formes d'altérations régressives représentent des modalités terminales de divers processus pathologiques.

Les critiques précédentes s'appliquent mieux encore à la notion de *l'inflammation*. Si nous désignons ainsi une lésion du tissu nerveux s'accompagnant de prolification des ingrédients histologiques non nerveux et de réaction de l'appareil vasculaire sanguin et lymphatique sous forme d'exsudations, nous n'avons que très peu de processus morbides à ranger sous cette bannière. Il n'y a,

en ce qui concerne les centres nerveux, aucune raison de conserver l'étiquette d'inflammation interstitielle dans laquelle les vaisseaux sanguins n'interviendraient pas pour engendrer des processus exsudatifs.

C'est la technique qui, pendant les dix dernières années, a fait faire de prodigieux progrès à l'histologie pathologique des centres nerveux. Mais, le problème le plus important, celui des relations des cellules, des fibres et de la substance grise, attend encore sa solution. Nous connaissons bien peu de chose sur l'appareil vasculaire et lymphatique.

Le but à atteindre actuellement consiste, non pas à délimiter rigoureusement, à localiser les éléments nerveux affectés, non pas à rattacher les signes cliniques à la lésion anatomique, mais bien à *rechercher méthodiquement la nature des processus histologiques sous-jacents au tableau morbide* à différencier les uns des autres aussi nettement que possible les divers processus d'altérations histologiques. P. KERAVAL.

XXX. **De la quotité des fibres à myéline d'un cerveau normal et d'un cerveau paralytique**; par K. SCHAFFER. (*Neurologisch. Centralblatt*, XXII, 1903).

L'auteur montre, avec de nombreuses figures à l'appui, qu'il y a des cas de paralysie générale dans lesquels la déchéance des fibres blanches, ne se propageant pas à l'hémisphère entier, porte surtout sur certaines régions, et en laisse d'autres intactes. Dans l'espèce, outre les circonvolutions frontales de la base, les circonvolutions pariétales et temporales (sauf les temporales profondes), et une partie de l'insula sont particulièrement affectées. Par contre, les ascendantes, les frontales de la convexité, le lobe occipital, le coin, la corne d'Ammon, une partie de l'insula sont indemnes de l'atrophie des fibres. Le processus dégénératif épargne tout à fait ou relativement les centres sensoriels ; les territoires le plus fréquemment et le plus fortement altérés sont ceux que Flechsig désigne sous le nom de centres d'association. L'observation présente est un exemple de *dégénérescence circonscrite localisée des fibres blanches* [1].

M. Schaffer en possède actuellement une autre de paralysie générale à la dernière période, où l'hémisphère entier trahit l'atrophie des fibres, la plus grande qui se puisse imaginer. Partout les fibres blanches de l'écorce ont totalement disparu; seule la frontale ascendante présente en son tiers moyen des fibres myéliniques rudimentaires, mais elle est elle-même excessivement dégénérée. On peut néanmoins se demander si certains cas d'*atrophie diffuse* ne

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XIV, 1902, p. 57.

seraient pas au début localisés. La lésion qui semble sous le microscope la plus diffuse ne pourrait-elle avoir deux modes de développement? Un mécanisme au début localisé? Un mécanisme dès le début diffus? Pour résoudre la question, il n'y a qu'à examiner des cas tout à fait récents ou relativement récents.

P. KERAVAL.

XXXI. **Des centres corticaux de l'accommodation** ; par I. BIELITZKY. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.)

Ingénieuses expériences sur des chiens et des singes, dont nous ne pouvons qu'indiquer l'idée générale. Après avoir fixé l'œil, on enfonce, soit obliquement à travers la cornée, soit dans le plan de l'équateur, une aiguille assez mince dont le bout doit toucher la face antérieure du cristallin ou la couronne ciliaire ; son extrémité extérieure se déplace en sens inverse des changements de volume du cristallin ; elle est allongée d'un petit chalumeau de 10 centimètres. On excite l'écorce du cerveau.

Quatre zones produiraient un effort de l'accommodation, tant de l'œil du même côté que de l'œil du côté opposé à l'excitation. L'une occupe une surface de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres de diamètre dans le tiers postérieur des 2e et 3e pariétales et empiète sur la région occipitale antérieure (chien et singe). Une petite zone est située sur le gyrus angulaire (pli courbe), chez le singe seulement. Une troisième, exclusive aussi au singe, existe à la face interne de l'hémisphère immédiatement en avant du tiers supérieur de la fissure calcarine. La quatrième, commune à ces deux animaux, fort limitée, se trouve dans la circonvolution centrale antérieure (frontale ascendante) au niveau de l'extrémité du sillon crucial.

Des variétés des conditions expérimentales, il résulte que les zones occipito-pariétales joueraient très probablement le rôle de centres réflexes contrairement à la zone de la région motrice. D'ailleurs l'effort accommodateur peut être également provoqué par l'excitation du tubercule quadrijumeau antérieur en un point fort limité qui occupe la limite de l'acqueduc de Sylvius et du 3e ventricule. Enfin la contraction et la détente du muscle ciliaire s'effectuent lentement comme il arrive pour les fibres musculaires lisses. Impossible de noter de relations constantes entre l'excitation des zones corticales quelconques sus-énoncées et le resserrement ou la dilatation de la pupille. P. KERAVAL.

XXXII. **Nouveaux éléments relatifs à la physiologie des réflexes profonds** ; par A.-E. SCHTSCHERBAK. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.) **Nouvelles contributions à la physiologie des réflexes tendineux** ; par *le même*. (*Neurolog. Centralb.* XXII, 1903.)

Même article en russe et en allemand. Etude de l'action des

vibrations du diapason sur le réflexe du genou chez 16 lapins. L'application locale des vibrations à la région de l'articulation du genou produit des phénomènes spasmodiques marqués qui, pour une force et une durée données, se peuvent strictement limiter à l'extrémité en question. On obtient une exagération unilatérale du réflexe du genou, du clonus de cette articulation, à la percussion et aux mouvements passifs du genou, du tremblement spasmodique ; tous ces phénomènes se peuvent produire aussi quand on excite l'autre patte (hyperréflexe croisé). Le clonus du genou en maints cas atteint les degrés les plus extrêmes et dure pas mal de minutes ; il apparait parfois spontanément.

Les vibrations semblent être en réalité les excitants spécifiques des terminaisons nerveuses profondes qui sont mises en action pendant les réflexes. Les expériences sont en faveur de l'opinion que les vibrations chargeraient artificiellement de l'énergie nerveuse les appareils réflexes et que la décharge dont elles sont également l'auteur serait précipitée par les mouvements passifs ou au moyen de l'immobilité permanente de l'animal.

Si l'on sectionne la moelle à la partie dorsale moyenne, et que l'on fasse agir les vibrations locales, on obtient l'exagération unilatérale permanente du réflexe du genou, mais non le clonus ni le tremblement spasmodique en dépit de plusieurs centaines de mouvements passifs.

Les expériences de contrôle par l'application des vibrations sur les os de la jambe, du bassin, les parties molles de la cuisse, le crural, fournissent des résultats absolument négatifs ou des phénomènes spasmodiques faibles ; ces derniers seulement dans le cas où les vibrations sont appliquées près de l'articulation du genou et s'y peuvent propager, par exemple à la moitié supérieure de la jambe.

L'immobilité permanente de l'animal normal, qui n'a pas subi les vibrations, ne produit, durât-elle deux ou trois heures, aucun effet, tandis qu'un lapin qui les a subies est au bout de trente à quarante-cinq minutes pris de spasmes. Une immobilité de six heures produit des symptômes tout à fait analogues à ceux qui suivent les vibrations mais bien plus faibles.

La mise en charge de l'animal par les vibrations n'exerce pas d'influence essentielle sur son état général, ni sur le tonus musculaire. Malgré l'exagération évidente des réflexes tendineux, le clonus du genou, la tonicité des muscles correspondants demeure assez souvent invariable ; elle peut au contraire être affaiblie.

L'application des vibrations à la colonne vertébrale (régions dorsale inférieure, cervicale, sacrée), entraîne le spasme de tous les muscles des deux pattes postérieures, surtout accusé quand l'excitation est localisée à la région dorsale inférieure. Assez souvent la charge demeure en l'espèce très latente : quelques jours

par exemple après l'expérience, il faut pratiquer 1.000 à 1.500 mouvements passifs pour dégager le clonus du genou et les tremblements spasmodiques. Les vibrations sur la colonne vertébrale provoquent aussi du clonus de l'articulation coxo-fémorale.

P. KERAVAL.

XXXIII. **Un noyau spécial de la formation réticulée dans la région supérieure de la protubérance**; par W. de BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl*, XXI, 1902.)

On connaît jusqu'ici le noyau du cordon antérieur ou respiratoire de Misslawsky, le noyau central inférieur de Roller, le noyau réticulaire du tegmentum pontis de Bechterew, le noyau central supérieur ou médian de Bechterew, le noyau inominé de Bechterew, le noyau du faisceau pédonculaire transverse de Bechterew et Kirilzen. En voici un septième, situé au niveau de la protubérance en arrière du tubercule quadrijumeau postérieur dans les parties profondes de l'étage supérieur des pédoncules cérébraux. Le picrocarmin montre que chez le chat il se compose de grosses cellules multipolaires déjà visibles à l'œil nu, souvent plus volumineuses que les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle. Il occupe les mêmes portions de la formation réticulée que le noyau central inférieur, c'est-à-dire celles qui représentent les prolongements des faisceaux essentiels du cordon latéral de la moelle. Aussi peut-on le nommer *noyau central supérieur latéral*, ou tout court, noyau central supérieur, médial, ou mieux médian. On le trouve également chez le chien et l'homme, mais chez l'homme les cellules en sont moins grosses et il est moins prononcé.

P. KERAVAL.

XXXIV. **De l'origine et de la nature de la narcose nerveuse**; N. E. WEDENSKY. *Obozrénié psichiatrii*. VII, 1902, 2, 3, 11.

Chaque fibre nerveuse possède deux propriétés fondamentales; l'excitabilité et la conductibilité. Schiff avait émis la doctrine qu'elles étaient distinctes de leur nature, car en certaines conditions on pouvait les désunir, les isoler l'une de l'autre. Gruenhagen dit l'avoir démontré par l'expérience du nerf dont une partie est enfermée dans un tube et soumise à un courant de gaz carbonique. Cette partie perd son excitabilité, tandis que l'excitation du même nerf au-dessus du tube transmet le mouvement à travers sa portion inexcitable, comme si de rien n'était. L'emploi de l'éther, du chloroforme, de l'alcool, etc., a donné le même résultat. Cependant, si l'expérience est trop prolongée, la conductibilité après avoir résisté longtemps, disparaît soudain; à ce moment, l'excitabilité de la portion intoxiquée conserve encore quelque vigueur, bien qu'affaiblie, pour ensuite disparaître. Si cette situation n'est pas maintenue

longtemps, la cessation de l'action toxique permet au nerf de récupérer toutes ses fonctions normales. C'est donc une vraie narcose. Spillmann, Luchsinger, Efronn, Gad, Sawyer, Potrowsky. Pour Herzen, le nerf possède, indépendamment de son activité fonctionnelle, une activité électrique propre ; il les aurait désunies.

La prétention d'Herzen est fausse : une méthode exacte, une règle de comparaison judicieuse le démontrent. Les faits de Gruenhagen et autres sont vrais, mais l'interprétation en est vicieuse. Voici, d'après l'auteur, ce qu'il faut penser.

1° Il convient de cesser d'expliquer par la désunion des deux fonctions fondamentales du nerf, l'excitabilité et la conductibilité, les phénomènes observés sous l'influence d'un procédé narcotique ou autre. 2° Les agents chimiques les plus divers, tout autant que différents agents physiques, appliqués à un nerf, à une intensité et pendant un temps connus, provoquent en lui un tableau de modifications tout à fait analogue à celui qui se développe sous l'action des substances narcotiques typiques. Par conséquent la modification du nerf analogue à la narcose doit être appelée d'un nom plus général, de celui de *parabiose*, et peut être considérée comme sa réaction universelle aux opérations les plus diverses. 3° La parabiose, ou narcose, au sens étendu de ce mot, peut être regardée comme un état d'éréthisme original, persévérant et stable, et, par suite se localisant à l'endroit où il a pris naissance. 4°. On peut considérer l'inhibition comme une parabiose temporaire provoquée par des éréthismes d'autre source, tandis que la parabiose serait un état plus ou moins durable d'inhibition qui possède sa cause locale. Au fond ces deux phénomènes pourraient bien être de même ordre, tenir à une seule et même modification des éléments nerveux, à une transformation de l'éréthisme devenu continu et ferme.

P. KERAVAL.

XXXV. **Du réflexe sous-épineux, réflexe de l'extrémité supérieure de l'homme, inconnu jusqu'ici** ; par STEINER. **Du réflexe sous-épineux**, par W. PICKETT. **Réplique à W. Pickett** ; par STEINER. (*Neurolog. Centralblatt.* 18. 24. XXI. 1902.) **Des réflexes sous-scapulaire et pectoral** ; par W.-M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii.* VII. 1902.)

Si l'on frappe un endroit précis de l'omoplate tandis que le bras pend librement et naturellement le long du tronc en pronation légère, celui-ci fait un léger mouvement de rotation en dehors, accompagné d'extension de l'avant-bras (coaction du triceps brachial). Tel est le réflexe du *muscle sous-épineux*. Il faut frapper non où les faisceaux musculaires convergent vers la tête de l'humérus, mais à 2 ou 3 centimètres de l'angle formé par l'épine de l'omoplate et le bord interne de l'omoplate, en se portant diagona-

lement au bord opposé de cet os : la zone sensible forme un cercle irrégulier du diamètre d'une pièce de 5 marks. La description précédente indique que c'est un réflexe d'autant qu'il est exagéré d'un seul côté dans les cas de lésions anatomiques cérébrales et spino-cervicales. Ce n'est pas un réflexe mécanique. Il existe constamment à l'état normal et échappe à l'influence mentale du sujet. L'os n'a rien à voir en l'espèce puisqu'on peut percuter tous les autres points de l'omoplate en vain. Des expériences à l'aide de la cocaïne prouvent que la voie centripète est le nerf musculaire sensible, que le réflexe est musculaire. Les aponévroses n'y sont pour rien, Sternberg ayant démontré l'origine osseuse de tous les phénomènes aponévrotiques, périostiques, articulaires. Chez 10 tabétiques dorsolombaires banaux, malades depuis 8 ans au maximum, il ne manquait jamais. Il faut en distinguer le *réflexe deltoïdien* produit par la percussion des parties postérieures du deltoïde : le bras s'éloigne du tronc ou s'élève.

William Pickett revendique la paternité du réflexe sous-épineux. (voy. On the scapulo-humeral reflexe of Bechterew *in* Journal of nerv. and mental disease mai 1901.) M. Steiner répond : Vous avez vu l'effet moteur du sous-épineux, mais vous n'avez pas décelé le réflexe clinique dont la nature a été élucidée par mes expériences à la cocaïne.

M. Bechterew indique que dans ses recherches sur le *réflexe scapulo-huméral* il a attiré l'attention sur la contraction réflexe du sous-épineux, etc., etc. Est-ce un réflexe semblable aux autres réflexes cérébro-spinaux ? La contraction dépend-elle de l'excitation mécanique du muscle ? Il faut pour en décider un nombre suffisant d'observations pathologiques. Sa recherche peut être utile cliniquement.

Un autre réflexe très important est celui du *tendon du grand pectoral* à l'épine de la grande tubérosité de l'humérus. La percussion de l'extrémité de ce tendon fait contracter tout le muscle et produit l'adduction du membre au torse. Comme il est en partie recouvert des fibres antérieures du deltoïde, qui s'insèrent tout près de la tubérosité humérale, le même coup de marteau provoque la contraction de la *portion antérieure du deltoïde*. Le réflexe du pectoral, fort constant chez les gens bien portants, s'exagère de concert avec les autres réflexes dans toutes les affections cérébrales et dans les affections cérébrospinales siégeant au-dessus du renflement cervical. Exagéré dans la paralysie spasmodique et dans la sclérose latérale amyotrophique, il disparaît dans certains cas de poliomyélite où la ceinture scapulaire est atteinte.

Lorsqu'il est exagéré, souvent la contraction du grand pectoral s'accompagne non seulement de celle des faisceaux antérieurs du deltoïde, mais parfois même de celle du biceps dont la longue portion au moment où elle se transforme en tendon passe sous

l'insertion du pectoral à l'humérus : il y a excitation mécanique de ce tendon; en un cas par le même mécanisme les segments antérieurs du trapèze se sont contractés. La position anatomique du noyau du pectoral indique la localisation de ce réflexe dans la région des segments cervicaux 4-7. P. KERAVAL.

XXXVI. **La réaction paradoxale des pupilles, avec observation personnelle de rétrécissement des pupilles sous l'influence de l'ombre**; par J. PILTZ. (*Neurolog. Centralb.* XXI. 1902.)

Long mémoire dont voici les conclusions :

1° Il existe diverses formes de réaction paradoxale des pupilles. Ce sont : *a*. La réaction paradoxale des pupilles à l'accommodation. Les pupilles se rétrécissent pour la vision de loin, et se dilatent pour la fixation d'un objet rapproché, les conditions d'éclairage restant les mêmes. Vysin qui l'a observée l'appelle perversion de la réaction pupillaire. *b*. La réaction paradoxale apparente des pupilles à la lumière. A la suite d'une lésion de l'iris, la contraction du sphincter irien d'abord déterminée par l'agent lumineux est suivie d'une dilatation de la pupille ou du coloboma, qui en impose pour une dilatation d'emblée, par conséquent paradoxale, à la lumière (Burchard). *c*. La réaction paradoxale vraie des pupilles à la lumière. Dilatation des pupilles à la lumière et contraction des pupilles dans l'ombre. Elle comporte trois espèces : 1° La dilatation à la lumière sans contraction préalable (Morselli, Leitz, Silex); 2° La dilatation à la lumière précédée immédiatement de contraction (de Bechterew) ; 3° Le rétrécissement de la pupille dans l'ombre sans dilatation préalable (Piltz). II. La réaction paradoxale à l'accommodation n'a jusqu'ici été vue que dans les maladies fonctionnelles du système nerveux central ; la réaction paradoxale apparente à la lumière n'a été observée qu'en un cas diridectomie ; la vraie réaction paradoxale à la lumière est un phénomène très rare qui peut être simulé par la réaction à la convergence, à la divergence, à l'accomodation, par l'hippus des pupilles, par la réaction à la chaleur ou réaction sympathique des pupilles, par la réaction des pupilles sous l'influence de la contraction de l'orbiculaire. III. Toutes les causes d'erreur étant éliminées, il ne reste que cinq observations inattaquables de réaction paradoxale des pupilles à la lumière : celle de Morselli dans la démence paralytique, de Bechterew dans la syphilis cérébrale, de Leitz dans la méningite tuberculeuse, de Silex dans l'épuisement avec agitation d'origine traumatique, la mienne dans l'atrophie des nerfs optiques syphilitique. IV. La vraie réaction paradoxale des pupilles à la lumière est un symptôme extrêmement rare qui jusqu'à ce jour a été observée presque exceptionnellement dans les affections organiques graves du système nerveux. P. KERAVAL.

XXXVII. **La circulation cérébrale pendant le coït**; par L.-M. Poussepe. (*Obozrénié psichiatrii.* VII. 1902.)

Trois expériences sur des chiennes soumises au mâle avec tableaux. On lie toutes les branches d'une des carotides sauf la carotide interne. On prend ensuite la pression du bout central et du bout périphérique de la carotide à l'aide du kymographe enregistreur de Ludwig. La pression du bout périphérique n'est autre que celle des vaisseaux du cercle artériel de Willis; celle du bout central est la pression de la partie ascendante de l'aorte. Ces deux pressions se trouvent inscrites sur le ruban sans fin de l'appareil à l'état de courbes dont l'examen et la comparaison fournissent la condition des vaisseaux du cerveau.

Conclusions. — 1° Pendant la copulation, on observe une élévation marquée de la pression générale du sang. 2° On observe une hyperémie marquée du cerveau. 3° L'acte sexuel total est caractérisé par une rapide alternance de contractions et de dilatations des vaisseaux du cerveau avec chute et élévation de la pression générale du sang, qui dépendent des divers moments de cet acte. 4° C'est immédiatement après l'introduction du pénis que l'on observe le maximum de dilatation des vaisseaux du cerveau et le maximum d'hyperémie de cet organe. 5° Après la fin du coït, la pression du sang générale tombe notablement, l'animal est moins vivant, l'hyperémie cérébrale est moins accentuée.

P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance de juillet 1904. — Présidence de M. Déjerine.

Lésions des neurofibrilles dans la paralysie générale.

MM. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine présentent, traitées par la nouvelle méthode de Cajal, des coupes d'écorces cérébrales de paralytique général et de tuberculeux pris comme témoin. La comparaison montre des lésions des neurofibrilles dans les cellules nerveuses du paralytique, au maximum dans les petites et moyennes pyramidales. Dans les grandes pyramidales n'existe souvent que la raréfaction fibrillaire péri-nucléaire. En outre, le feutrage fibrillaire péricellulaire est moins riche que chez les témoins. En somme,

le processus de l'encéphalite diffuse lèse la substance achromatique comme la chromatique.

Déviation conjuguée des yeux avec rotation en sens opposé de la tête.

MM. Roussy et Gauckler présentent un cas suivi d'autopsie où on trouva dans l'hémisphère gauche un foyer hémorragique intéressant le tiers externe du thalamus, le segment postérieur de la capsule interne et empiétant sur le noyau lenticulaire. Dans le cerveau droit un foyer de dégénérescence secondaire dans la capsule interne (lésion ancienne). Ce cas (sauf pour cette lésion ancienne) est en tout semblable à celui de Grasset. Ces faits peu connus de déviation opposée méritent l'attention. On ne saurait en effet leur appliquer la théorie récemment émise par le professeur Bard qui n'explique pas tout le phénomène.

Accidents nerveux tardifs du rhumatisme articulaire franc.

M. Lhermitte présente un malade qui, à la suite d'une polyarthrite rhumatismale aiguë, offre divers accidents nerveux : amyotrophie des mains, de l'avant-bras, du bras et du quadriceps fémoral gauche, anesthésie cutanée segmentaire du bras droit et de la jambe gauche, exagération des réflexes tendineux, et signe de Babinski à gauche, ongles en verre de montre. Les anesthésies peuvent être rapportées à l'hystérie ; les amyotrophies peuvent se classer parmi les atrophies réflexes par lésion articulaire.

Sclérose en plaques chez un infantile myxœdémateux.

MM. Raymond et Guillain présentent un jeune infantile myxœdémateux de dix-huit ans porteur de signes évidents de sclérose en plaques (tremblement intentionnel, parole lente et scandée, nystagmus) et de débilité mentale. La sclérose en plaques est très rare chez les enfants.

Syringomyélie avec cheiromégalie.

MM. Raymond et Guillain présentent un syringomyélique ayant une main hypertrophiée d'aspect pseudo-acromégale. Ces hypertrophies pseudo-acromégaliques signalées par Charcot, Brissaud, Marie, dans la syringomyélie sont rares. L'hypertrophie dans ces cas peut porter soit sur les os, soit sur les parties molles. La radiographie a montré que dans le cas présenté l'hypertrophie porte sur les parties molles. Il n'y a pas d'arthropathie en évolution. Ces hypertrophies peuvent se montrer au début ou tardivement.

Surdité et cécité verbales, aphasie totale, autopsie.

MM. Déjerine et Thomas présentent les pièces d'une malade complètement aphasique avec mutisme opiniâtre, absence absolue de

la jargonaphasie des sourds verbaux. Or, le cerveau frontal est absolument sain. La première et la deuxième temporales étaient histologiquement altérées, enfin il y avait une grosse lésion du pli courbe. C'est aux dégénérations secondaires dans les faisceaux d'association que les auteurs attribuent l'aphasie motrice, conséquence indirecte des aphasies sensorielles.

Nœvus avec varices et hypertrophie osseuse.

MM. Guillain et Courtellemont présentent un sujet atteint d'un nœvus variqueux ostéo-hypertrophique, occupant le membre supérieur droit avec le moignon de l'épaule, la base du cou et le sommet du thorax, laissant indemne le creux axillaire. Il semble que la malformation cutanée occupe toute la zone radiculaire du membre à l'exception de la bande correspondant à la septième cervicale. Tous les nœvi n'occupent pas une disposition radiculaire; certains, en effet, ont une topographie périphérique et d'autres métamérique.

Troubles auditifs dans les tumeurs cérébrales.

M. Souques, chez un homme atteint de tumeur cérébrale, une surdité complète et bilatérale, ayant évolué en quelques mois avec des phénomènes d'irritation unilatérale du trijumeau, avait fait diagnostiquer une localisation basilaire. A l'autopsie, on ne trouva qu'une tumeur volumineuse du lobe préfrontal gauche. L'augmentation de pression céphalorachidienne est-elle capable d'abolir l'audition comme la vision et par quel mécanisme?

Les dégénérations du cordon antérieur de la moelle.

MM. P. Marie et Guillain défendent contre une précédente communication de Mme Déjerine leurs conclusions premières sur les dégénérations du cordon antérieur. Consécutivement aux lésions cérébrales très vastes le tractus de sclérose du faisceau pyramidal direct, non seulement n'occupe pas la moitié interne du cordon antérieur, mais il est souvent très minime et fait quelquefois défaut. Les dégénérations de ce cordon par lésions cérébrales sont l'exception. Ces dégénérations consécutives aux lésions du mésencéphale, du métencéphale, du myélencéphale, déterminent dans le cordon antérieur une dégénérescence plus volumineuse et plus étendue pouvant prendre la forme d'un croissant. En effet, dans ce cordon descendent des fibres « parapyramidales » qui n'appartiennent pas au faisceau pyramidal d'origine corticale bien qu'elles occupent dans la moelle une situation adjacente.

F. Boissier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 mars. — PRÉSIDENCE DE M. BRUNET.

Le décubitus aigu dans la paralysie générale.

M. VIGOUROUX fait une étude rapide de l'escarre qu'on a considérée longtemps comme une complication obligatoire de la période terminale de la paralysie générale. Une opinion très courante et partagée par de nombreux aliénistes est que l'escarre est évitable par des soins de propreté et d'hygiène. Mais il en est un certain nombre que n'empêcheront point des soins minutieux : celles d'origine cérébrale, médullaire, névritique. L'auteur apporte deux observations de ces escarres survenues à la suite d'ictus chez des paralytiques généraux, dont l'un n'est resté alité que trois jours et l'autre était atteint de rétention d'urine : le décubitus prolongé dans le premier cas, la macération dans le second ne peuvent donc être invoqués comme facteurs étiologiques. L'évolution de ces escarres a été la suivante : d'abord congestion de la région fessière et production d'une plaque d'érythème qui s'est couverte de phlyctères ; formation d'une croûte épidermique recouvrant des tissus mortifiés ; élimination de ceux-ci, d'où une ulcération anfractueuse ne suppurant pas ; enfin période de réparation rapide. Le pronostic de ces complications n'est donc pas défavorable. La pathogénie en a été très discutée : l'auteur pense, avec M. Durante, qu'elles sont le produit de poussées congestives avec rupture vasculaire dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme il s'en forme dans un peu tous les organes du paralytique général.

M. ARNAUD est de l'avis de M. Vigouroux ; s'il a publié autrefois que les escarres ne tiennent pas à la maladie mais aux soins que l'on donne, il s'est aperçu depuis qu'en dehors de la compression et de la macération on pouvait en observer qui relèvent de troubles trophiques consécutifs en particulier aux ictus.

M. BRIAND attache une grande importance aux soins de l'infirmier dans les variations du nombre des escarres qu'il a pu constater depuis vingt ans dans son service ; toutefois il ne nie point le rôle du trouble trophique.

La prétendue bienveillance des paralytiques généraux.

M. PACTET expose les conditions du meurtre d'un infirmier de son service par un malade très probablement paralytique général : la victime avait été saisie par le cou et, en une minute, avait cessé de vivre : tous les secours et soins médicaux, malgré leur rapidité,

furent inutiles. L'autopsie, pratiquée par MM. Brouardel et Socquet, fit admettre la mort par inhibition : il n'y avait en fait de lésion qu'un certain degré de congestion pulmonaire. A ce propos, M. Pactet s'élève contre la réputation de bienveillance que l'on attribue généralement à tort aux paralytiques généraux : ce sont, au contraire, des êtres très dangereux en raison de leur affaiblissement intellectuel et de leur automatisme impulsif.

MM. Briand, Christian, Marie sont d'accord avec M. Pactet pour affirmer que les paralytiques généraux sont souvent des malades dangereux qu'il faut surveiller spécialement à cet égard.

Du rôle de l'imitation dans la formation d'un délire.

MM. Vurpas et Duprat étudient la formation d'un délire de persécution, à base religieuse : la malade, une dégénérée, à la suite de la lecture d'une vie de sainte, se crée de cette sainte un modèle que tous ses efforts vont tendre à imiter. La conception de cet idéal a si bien coloré et transformé la mentalité et la vie de la malade que celle-ci se croit appelée aux mêmes destinées que la sainte : elle se révèle à plusieurs personnes, les harcèle de ses projets, les supplie d'obtempérer aux ordres que Dieu leur transmet par elle. La résistance et le dédain que partout elle trouve la confirment dans l'idée d'une persécution diabolique, qui est le point de départ d'un délire vrai de persécution. Des excentricités commises dans une église la font interner, et l'asile devient un nouvel aliment à ses théories délirantes.

Les auteurs montrent comment, chez cette femme impressionnable, l'intensité des images mentales, la faiblesse des facultés de critique et d'abstraction ont laissé se créer une émotion intense qui a polarisé sa vie psychique dans un sens net et défini, comment sa vie s'oriente dès lors autour de ce système, constituant le délire par imitation. Ce délire est bien différent du délire par contagion où l'imitateur est passif ; la malade des auteurs, au contraire, est active, originale, dans la création de son modèle.

Trois cas de fragilité des os chez des aliénés.

MM. Marie et Viollet, d'une étude qu'ils ont faite sur les fractures spontanées dans trois cas de psychose organique, tirent les conclusions suivantes : la fragilité des os peut s'observer chez les aliénés comme le rachitisme. Elle se manifeste à l'occasion d'actions musculaires ou de chocs minimes occasionnels. Des fractures par action musculaire, combinée avec la fragilité des os, peuvent s'observer dans l'épilepsie avec ou sans idiotie. Dans ces cas, les fractures peuvent se produire au lit, au cours de crises convulsives, sans choc ; elles siègent principalement sur les os des membres inférieurs (tibia, fémur). Dans la paralysie générale, des fractures

spontanées peuvent aussi s'observer; l'examen des os montre parfois une altération dystrophique générale qui les explique. Ces diverses fractures guérissent bien le plus souvent. La radiographie peut aider beaucoup à leur diagnostic. Leurs causes restent à préciser; elles peuvent relever d'altérations locales du squelette (gommes), de lésions des centres trophiques ou bien de dystrophies générales diathésiques (syphilis acquise ou héréditaire).

M. CHRISTIAN. — Les fractures spontanées ne sont pas rares au cours des attaques épileptiques, non plus que les fractures par action musculaire vive chez des individus normaux. Mais je n'ai pas vu un seul cas de fracture spontanée chez les nombreux paralytiques généraux que j'ai vus passer pendant vingt-cinq ans à Charenton. Les recherches faites avec M. Mabille n'ont montré aucune altération du système osseux chez de nombreux paralytiques morts à l'asile de Maréville.

M. MARIE. — Des fractures spontanées ont été observées par plusieurs auteurs chez les paralytiques généraux, par M. Régis entre autres, qui en a rapporté d'intéressants exemples. M. B.

Séance du 25 avril. — PRÉSIDENCE DE M. BRUNET.

Aperçu médico-légal sur les troubles mentaux post-traumatiques.

MM. MARIE et VIOLET, à la suite d'une enquête auprès de leurs collègues des asiles, ont recueilli une centaine de cas de traumatismes crâniens suivis de troubles mentaux.

Ils en tirent l'aperçu médico-légal suivant :

1° Par suite des applications de plus en plus fréquentes et étendues de la nouvelle loi sur les accidents du travail, les experts seront plus souvent appelés à enquêter au sujet de troubles mentaux ayant suivi immédiatement, ou à longue échéance, des traumatismes crâniens.

2° Au cours des enquêtes, on a pour base d'appréciation les éléments suivants : Nature du traumatisme et ses conditions de réalisation. Caractères de la psychose surajoutée. Date d'apparition de la psychose par rapport au traumatisme initial. Examen du sujet au point de vue des stigmates dégénératifs persistants. Etude des antécédents personnels et surtout héréditaires. Appréciation des causes de folie de toute nature (chagrins, fatigues, préoccupations, excès), survenues entre le traumatisme et l'apparition de la folie.

3° Parmi les cas où il peut y avoir lieu à expertiser, on peut citer : les questions d'assurances sur la vie, les traumatismes crâniens survenus chez des soldats en service commandé, la responsabilité des bureaux de placement et des patronages concernant

les aliénés sortis guéris des asiles au cas d'accidents survenus chez l'employeur, coïncidant avec une rechute de folie. Les crimes et délits commis pendant l'automatisme transitoire qu'on observe parfois immédiatement après le traumatisme. Les attentats à la pudeur, délits d'ivresse, de vagabondage, etc., commis sous l'influence d'impulsions érotiques, dipsomaniaques, etc., consécutives à un traumatisme crânien. Enfin les indemnités à accorder à une victime d'accident ordinaire en dehors du travail.

4° Les questions les plus délicates et les plus nouvelles auxquelles on peut avoir à répondre ont trait aux articles de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Outre les questions d'incapacité de travail actuellement posées, il est à prévoir que dans un avenir proche, les familles de traumatisés aliénés demanderont des indemnités au sujet des troubles mentaux consécutifs. Ces troubles peuvent être classés sous les titres suivants de la loi.

Incapacité immédiate et passagère de travail par trouble mental suivi de guérison. Incapacité passagère de travail par trouble mental non suivi de récupération totale des facultés psychiques, d'où impossibilité d'un travail aussi complexe qu'auparavant. Incapacité immédiate et permanente de travail par psychose incurable. Incapacité éloignée et permanente de travail par psychose tardive et incurable. Il importe de s'habituer dès maintenant à envisager ces questions.

M. Marie fait remarquer combien il est difficile de déterminer les conséquences psychiques d'un traumatisme crânien. La prédisposition, quand elle existe, ne dégage pas toute responsabilité.

M. Briand. — Il est très difficile, et cependant important pour l'expert, de connaître l'état psychique antérieur du blessé, les familles intéressées cachant quelquefois la vérité.

M. Vigouroux. — Les relations pathogéniques d'un traumatisme avec les troubles psychiques sont bien difficiles à établir; dans plusieurs cas, l'autopsie n'a révélé aucune lésion attribuable au traumatisme.

M. Briand. — J'ai connu un hypochondriaque dont les préoccupations disparurent après qu'il se fût logé une balle dans la tête.

M. Marie. — Il y a des cas d'une extrême difficulté d'interprétation, ceux par exemple, dans lesquels il s'agit de déterminer dans quelle mesure un traumatisme a déterminé ou hâté l'apparition des troubles mentaux, et dans la pratique, ce problème se pose quelquefois.

Un cas de folie à deux avec infériorité relative de l'organe actif.

MM. Dromard et Levassort communiquent une observation de folie en partie double évoluant simultanément chez la mère et la fille. Il s'agit d'un délire polymorphe avec prédominance d'idées

mystiques et de persécution, développé chez la fille puis adopté par la mère.

Le cas est intéressant par l'absence des éléments que Lasègue et Fabret considèrent comme classiques, et sur lesquels ils s'appuient pour faire de la folie à deux une folie communiquée :

a) Relativement à la différence intellectuelle des deux sujets, la fille, organe actif, est inférieure à la mère, organe passif; outre qu'elle est plus chargée héréditairement et qu'elle présente des stigmates plus nets de dégénérescence, son délire est remarquablement empreint de débilité, contrairement à celui de la mère dont la coordination et l'enchaînement ne laissent rien à désirer.

b) En ce qui concerne la préexistence du délire chez l'actif, le cas n'est pas davantage en faveur de la théorie classique, car le passif manifeste déjà des tendances délirantes évidentes au moment où se développe le thème délirant commun.

c. Quant à la prééminence du délire de l'actif sur celui du passif, elle est encore contestable, car la systématisation des idées délirantes chez l'organe passif donne à son délire une intensité très marquée.

En réalité, il ne s'agit pas d'une folie communiquée par un actif à un passif, mais bien d'une folie simultanée avec orientation par un organe et coordination par l'autre, ces considérations militent en faveur de la théorie de M. Régis.

Etat obsédant point de départ d'une déformation de l'épaule et suivi du délire des négations.

M. Privat de Fortunié rapporte l'observation d'une malade qui, sous l'influence d'un état hypocondriaque et à l'occasion de troubles de cœnesthésie, a pris l'habitude d'exercer des tractions sur son omoplate. Consécutivement, cette habitude s'est transformée en besoin, et finalement en obsession continuelle. Une série de mouvements analogues et également obsédants sont exécutés par la malade : traction sur le cou, sur les clavicules, compressions du larynx, des seins, coups donnés à la poitrine, sous le menton, sur la tête.

Par suite de la répétition des mêmes mouvements, il s'est produit un relâchement des muscles fixateurs de l'omoplate qui permet à la malade de saisir cet os à pleine main. L'omoplate se déplace avec une très grande facilité et fait saillie sous la peau comme si elle était libre d'adhérences ; on constate à ce niveau la présence d'une vaste bourse séreuse.

La mobilité exagérée de l'omoplate jointe à la saillie de son bord spinal au repos et dans une position des bras intermédiaire aux positions horizontale et verticale pouvait faire penser tout d'abord à une paralysie du muscle grand dentelé, mais l'examen électrique a démontré l'intégrité de la musculature de l'omoplate.

Au point de vue mental et comme conséquence de la préoccupation continuelle qu'éprouve la malade au sujet de son état physique, ces mouvements par obsession ont un certain retentissement en exagérant les troubles de la sensibilité et l'état hypocondriaque. Ainsi sont nées des idées de suicide et progressivement la malade est arrivée au délire des négations.

Dans cette observation plusieurs points sont à noter :

1° La genèse de l'état obsédant : dans ce cas il s'agit d'une obsession acquise ; la malade n'a présenté auparavant aucun trouble analogue et on ne rencontre chez elle aucun stigmate d'hystérie. Plus exactement, il s'agit d'une habitude devenue une obsession. Cette dernière est née à l'occasion de troubles de la cénesthésie et, à ce point de vue, elle est à rapprocher des hallucinations devenues obsédantes. De plus l'obsession s'est présentée sous une forme continue, traduisant un état aboulique très prononcé. Partant, cet état ne paraît pas susceptible de rétrocéder ;

2° L'influence exercée par l'obsession sur l'état mental : l'idée de suicide et les idées de négation se sont développées consécutivement aux transformations éprouvées par la malade dans son organisme. Dans l'espèce on peut dire que s'il ne s'agit pas de la transformation d'une obsession en délire, néanmoins l'obsession paraît avoir eu sur l'évolution de ce dernier une influence décisive ;

3° La tendance même de l'obsession (besoin de tirer), de comprimer, de cogner les diverses parties de son corps), enfin la déformation particulière de l'épaule susceptible de simuler une paralysie du muscle grand dentelé. M. B.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 21 Février 1903

Un cas de myokynie dans la polioence phalo-méningite aiguë.

S.-N. Delektorsky. — Le malade, de quinze ans, s'adressa à la Clinique des maladies nerveuses le 11 janvier 1903, se plaignant sur la faiblesse des muscles du cou et du membre supérieur droit ; en mars de 1902 il avait eu un abcès sur la cuisse gauche. La maladie actuelle a débuté en juin de 1902. La température a été élevée pendant plusieurs jours. Au commencement ont été paralysées toutes les quatre extrémités ; ensuite, les mouvements commen-

cèrent à se restituer graduellement, mais dans la partie supérieure du tronc des deux côtés et dans le bras droit resta la paralysie atrophique ; dans la période de l'amélioration des mouvements, apparurent des tiraillements involontaires des faisceaux musculaires, de la parésie du nerf facial droit dans ses ramifications inférieures et médianes. Des mouvements involontaires dans les muscles mimiques de la face. L'abaissement de l'ouïe et de la sensibilité osseuse du côté droit. Des mouvements involontaires de la langue. De la paralysie atrophique des muscles de la partie supérieure du tronc des deux côtés, plus accentuée du côté droit ; de la paralysie atrophique du bras droit. L'exagération de l'excitation mécanique des muscles, qui n'ont pas été soumis à la dégénérescence complète. L'exagération des réflexes tendineux, du *triceps* et du *biceps* du côté gauche. Une réaction de dégénérescence complète dans les muscles *biceps*, deltoïdes scapularis et cucullaris du côté droit. Dans les autres muscles atrophiés on observe une diminution très marquée de l'excitabilité électrique galvanique et faradique. Les mouvements des membres inférieurs sont normaux et la nutrition suffisante. Les réflexes patillaires et ceux du tendon d'Achille sont très exagérés des deux côtés. Point de clonus. La sensibilité n'est pas troublée. Les réflexes cutanés sont assez vifs et égaux des deux côtés. Dans les muscles de la face, du cou, du tronc, des membres supérieurs et, en partie, des membres inférieures, on remarque des tiraillements particuliers ; dans certains muscles, surtout de la face et du cou, on voit un jeu incessant d'un *tempo* très accéléré, sur le fond duquel apparaissent de temps en temps des contractions tétaniques des faisceaux musculaires isolés, de la durée de quelques secondes ; dans les autres muscles on observe préférenciellement des contractions plus lentes, se propageant d'un faisceau musculaire à l'autre, et envahissant tout le muscle ; assez souvent on peut voir aussi sur les cuisses des tiraillements fibrillaires ordinaires. Pendant le sommeil, les mouvements ne cessent point. Le début aigu de la maladie, son évolution, l'état du malade, tout cela ne laisse aucun doute que nous avons affaire ici à une poliomyélite ; puisque ce sont les nerfs bulbaires qui sont altérés (les nerfs facial, auditif, pneumo-gastrique et, en partie, le nerf lingual), il faut croire que c'est une polioence phalomyélite aiguë. Pourtant, vu cela que la maladie progresse, quoique lentement, on peut présupposer le commencement d'un processus chronique. La particularité du cas donné consiste dans cela que les contractions variables involontaires des faisceaux musculaires ne sont pas les tiraillements « fibrillaires », mais présentent le tableau clinique décrit par Schultze sous le nom de myokymie. Le rapporteur pense que les phénomènes dé myokymie peuvent dépendre de l'irritation des cellules nerveuses des cornes antérieures.

Un cas de psychose de Korsakoff.

B.-A. Guiliarovsky. — Malade de cinquante trois ans, marié. La syphilis est réfutée ; le malade buvait quotidiennement environ une bouteille d'eau-de-vie. Les deux dernières années il se plaignait parfois sur des élancements dans les membres inférieurs et un sentiment de pince dans les plantes des pieds; en ce temps il souffrait aussi du vertige pendant la marche. En été de 1902 et en automne, la faiblesse des extrémités inférieures s'augmenta pour autant, qu'il ne pouvait marcher qu'avec l'aide d'nn bâton. Dans l'état psychique du malade on ne remarquait aucun changement jusqu'au dernier temps, c'est-à-dire jusqu'au 10 janvier de 1903. La veille de ce jour le malade avait bu, mais pas plus qu'à l'ordinaire ; le lendemain matin, lorsque le malade ne s'était pas encore réveillé, on remarqua chez lui une respiration avec râlements, un grincement de dents et un tremblement des membres supérieurs de courte durée ; le malade était gateux en ce temps; la face était rouge ; trois heures après la conscience éclaircit; durant un quart d'heure il ne pouvait point parler, quoiqu'il comprenait tout; ensuite, il commença à parler, mais d'une voix nasillarde. Il ressentait une faiblesse générale et particulière dans les extrémités inférieures. Pendant quatre jours le malade devait garder son lit; depuis lors on constata chez lui un affaiblissement de mémoire très accentué et une certaine agitation; les premiers jours il avait des hallucinations auditives ; une semaine plus tard, le malade commença à parler mieux, mais l'affaiblissement de mémoire restait au même degré. Une artériosclérose pas très accentuée. Le discours un peu intelligible Un affaiblissement général des muscles de tout le corps. Une faiblesse des deux membres inférieurs, surtout plus accusée dans le membre gauche et dans les articulations centrales. Une faiblesse, peu signifiante, des membres supérieurs. Les réflexes tendineux sont exagérés, les réflexes plantaires vifs. La conscience de la personnalité est bien conservée. Le malade ne peut pas bien s'orienter dans son entourage ; ordinairement, il dit qu'il se trouve dans une maison appartenant à la couronne, qu'il est arrêté ; tantôt il croit se trouver à la gare ; parfois pense qu'il est à l'hôpital, mais il n'en est pas sûr. Un affaiblissement très accentué de mémoire, surtout concernant les événements récents ; constamment le malade demande les noms des personnes avec lesquelles il parle, mais il les oublie aussitôt. Sa mémoire concernant les événements des dix années précédentes est aussi affaiblie, quoique à un degré moins grand. Il existe chez le malade des fausses réminiscences. Une certaine faiblesse et lenteur de combinaison.

Sur la question du diagnostic de la psychose de Korsakoff.

S.-A. Soukhanoff et A.-A. Boutenko. — La psychose polynévritique, d'après l'opinion des rapporteurs, est une forme morbide autonome, où les accès psychiques se combinent avec les phénomènes polynévritiques ; ces derniers peuvent être faiblement exprimés quelquefois. La psychose de Korsakoff le plus souvent est provoquée par l'alcool ; mais dans ces cas la période initiale de la maladie n'est pas si accentuée que dans les cas où la psychose de Korsakoff est provoquée par l'ictère, la fièvre typhoïde, la pyohémie, etc., et au début de la maladie on observe un état de confusion mentale. Un état stable et uniforme avec oubli et fausses réminiscences ou sans ces dernières peut durer des mois et des années, s'améliorant lentement, même à des conditions favorables ; dans ces cas la personnalité du malade est conservée et sa conduite reste plus ou moins régulière. Dans les formes plus graves et les états plus lourds les fausses réminiscences portent parfois un caractère fantastique. La *restitutio ad integrum*, dans cette maladie, si même elle est possible, est très rare. La psychose de Korsakoff apparaît comme une réaction du côté du système nerveux sur la saturation outre mesure de l'organisme par le poison. Les toxines terminales, précédant à la manifestation de la psychose polynévritique et se trouvant en connexion immédiate avec cette dernière, doivent être identiques en commun, ce qui donne toujours un seul et même tableau fondamental de maladie. Il faut différer la perte de mémoire alcoolique de la perte de mémoire polynévritique ; dans le premier, car l'amnésie se développe graduellement et s'accompagne par la modification correspondante de la personnalité et des qualités morales. L'existence dans la psychose de Korsakoff des accès, ressemblant à la confusion mentale primaire, ne contredit nullement l'indépendance de la psychose de Korsakoff et on ne peut pas être d'accord avec l'opinion, par exemple, de M. Séglas, que la psychose palynévritique appartient au groupe d'*amentia de Meynert*. Dans l'artériosclérose, le trouble de mémoire porte un caractère progressif, est accompagné d'une déchéance très marquée des facultés mentales. Un tableau d'accès ressemblant, mais pas identique, à la psychose de Korsakoff, peut aussi se développer après l'apoplexie, dans les ambolies cérébrales, etc. Dans la démence sénile peut aussi être observé un tableau, ressemblant au tableau de la maladie donnée, mais le diagnostic différentiel est comparativement facile dans ces cas, vu les phénomènes accessoires (la modification déjà ancienne de la personnalité, l'affaiblissement du sens moral, le manque des accès polynévritiques, etc.). L'amnésie, parfois avec pseudoréminiscences, peut aussi s'observer dans les tumeurs cérébrales ; les rapporteurs ne refutent point la possibilité de l'existence dans certains cas,

rares il est vrai, de la combinaison de la tumeur cérébrale avec la psychose de KORSAKOFF (cas de MEYER, MONKEMOLLER et KAPLAN); ici se rapportent aussi les cas de syphilis cérébrale, où, d'après l'avis de M. MOURAVIEFF, les fausses réminiscencences portent un caractère plus lent. Une coexistence, semblable d'accès, peut avoir lieu aussi dans la paralysie générale. Souvent la psychose de KORSAKOFF se combine aussi avec la palio-encéphalite hémorrhagique supérieure (de WERNICKE); en outre, pendant le cours de la maladie en question, peuvent s'associer des vastes ramollissements cérébraux. Les cas de la psychose de KORSAKOFF, sans polynévrites (SCHULTZE, LUCKERATA, MONKEMOLLER, LIEPMANN) ne sont pas démonstratifs, car les nerfs périphériques n'ont pas été examinés dans ces cas. Il existe des troubles psychiques, où il n'y a point de maladie de KORSAKOFF, mais où il y a des modifications dans les nerfs périphériques (ANGLADE, CRISTIANI). Pour la psychose de KORSAKOFF est absolument nécessaire la coexistence d'un état psychique particulier (amnésie avec fausses réminiscences ou sans ces dernières, un état psychique comparativement vif) avec des phénomènes polynévritiques.

N.-P. POSTOVSKY indique sur cela que la question sur le rapport de l'*amentia de Meynert* à la polynévrite est seulement tracée dans l'étude de la psychose de KORSAKOFF et doit encore être bien étudiée. Comment faut-il traiter le cas, où l'*amentia* apparait non comme accès temporaire, mais comme phénomène stable ? Ne faut-il pas l'examiner comme un type II de la psychose de KORSAKOFF ?

W.-A. MOURATOFF démontre sur cela qu'il existe des cas de démence appoplectique, sans névrites, répétant du côté psychique le tableau de la maladie de KORSAKOFF. L'un des phénomènes de cette forme sert les *confabulations*, et c'est déjà un phénomène de délire avec coloration de démence. Par conséquent, on ne peut pas affirmer qu'il n'y a point de démence dans les psychoses polynévritiques. M. MOURATOFF est porté à limiter les maladies de KORSAKOFF seulement par le cas typique de psychose dans les polynévrites.

W.-P. SERBSKY trouve que dans le cas, dont parle W.-A. MOURATOFF, il y avait une psychose polynévritique très typique, ce qui a été confirmé par l'examen microscopique des nerfs périphériques, et le ramollissement du cerveau s'est associé après. Cela donne à penser que dans le cas de la clinique du professeur BECHTEREFF, où les nerfs périphériques n'ont pas été examinés, les ramollissements ont pu s'associer à la psychose polynévritique. Quant aux fausses réminiscences, elles ne peuvent pas être envisagées comme délire absurde.

Un cas de carcomatose de la moelle épinière.

P.-A. PRÉOBRAGENSKY. — La malade, de quatorze ans, entra à l'hôpital le 5 mars 1901. D'il y a un mois, elle tomba et depuis lors

commença à se plaindre de sa main droite, quoique tout le temps elle pouvait travailler. Cinq jours avant l'entrée à l'hôpital, elle sentit des élancements dans l'omoplate droite ; ensuite, le membre supérieur droit fut paralysé et la veille de l'entrée à l'hôpital se développa la paralysie de toutes les extrémités. Une paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs ; une anesthésie complète inférieure jusqu'à la région de la clavicule ; manque de réflexes superficiels et des réflexes profonds dans tous les membres. Affaiblissement de tous les muscles. Les nerfs craniens sont en ordre. Douze heures après son entrée, la malade mourut. *A l'autopsie* on constata : une hématomyélie et un ramollissement de la partie cervicale de la moelle épinière. L'examen microscopique démontra un anguio-sarcome, commençant du fond du quatrième ventricule et se diminuant en direction inférieure ; ayant atteint l'entrecroisement des pyramides, il devient presque imperceptible ; dans le centre de la moelle épinière il avait l'aspect d'une petite raie ; plus loin, la tumeur s'augmentait beaucoup et envahissait la moitié droite et, en partie, la moitié gauche de la région cervicale de la moelle épinière : en approchant de la partie inférieure cervicale la néoformation diminue de nouveau et n'occupe qu'une petite portion dans le centre de la substance grise et la corne postérieure droite, et en tel aspect elle va jusqu'à la région dorsale médiane, où s'augmente de nouveau à l'étendue des deux segments ; puis jusqu'à la région lombaire elle va en aspect d'une assez petite raie par le long de la corne postérieure droite, où elle disparaît progressivement ; en outre le sarcome occupait encore la pie-mère, principalement dans la région dorsale médiane. On rencontrait dans la néoformation une quantité considérable de vaisseaux de diverse dimension, en commençant prr des capillaires et en finissant par des vaisseaux et des cavités excessivement élargis et remplis de sang ; une quantité de foyers hémorrhagiques se trouvaient dans la tumeur et aussi au milieu de la substance nerveuse. On apercevait encore beaucoup de petites cellules et de fibres, se trouvant dans différents stades de dégénérescence. La tumeur commençait de la pie-mère.

L.-S. Minor trouve très intéressant ce fait que les hémorrhagies se disposaient dans la moelle épinière en aspect d'îlots ; évidemment, une cause quelconque a influé, d'une manière identique, sur les endroits analogues de la moelle épinière dans différents niveaux.

G.-J. Pribytkoff compte très grave la disposition de la tumeur dans le centre de la moelle épinière, presque par tout son long ; cela rappelle une telle dispositiond ans d'autres processus pathologiques (la myélite centrale, la myélite infectieuse avec abcès, les hémorrhagies indépendantes).

A.-A. Korniloloff doute, si l'on peut dire, que les hémor-

rhagies en forme d'îlots disséminés, se soient développés simultanément.

M. MOLTCHANOFF, A. BERNSTEIN, S. SOUKHANOFF.

TREIZIÈME SESSION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Mardi 21 juin 1904. — PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BEAUNIS (DE NANCY).

Eloge de Liébeault.

M. VAN RENTERCHEM, fondateur et directeur de l'institut psychothérapeutique LIÉBEAULT, à Amsterdam, prononce l'éloge de LIÉBEAULT mort récemment ; il retrace sa vie, ses travaux, son influence sur le monde médical de l'ancien et du nouveau continent ; son nom passera à la postérité comme celui d'un homme ayant bien mérité de l'humanité.

Prix Liébeault.

M. Paul FAREZ présente, au nom du Bureau de la Société, un rapport sur l'attribution du prix LIÉBEAULT. Ce prix est attribué à M. le Dr JOURDAN (de Marseille) pour sa thèse : « De l'influence du rêve sur le délire (essai de psycho-physiologie). »

Liébeault et l'Ecole de Nancy.

M. BEAUNIS expose les conditions dans lesquelles BERNHEIM, LIÉGEOIS et lui-même sont entrés en relations avec LIÉBEAULT et sont devenus ses élèves ; il insiste sur quelques points spéciaux de l'enseignement de LIÉBEAULT, à savoir sur les applications non seulement thérapeutiques, mais physiologiques et psychologiques de la suggestion hypnotique.

La suggestibilité des alcooliques.

M. BÉRILLON. — Les buveurs présentent une suggestibilité extrême. Cependant, au cours du traitement hypnotique, un alcoolique cesse d'être hypnotisable ; c'est que, ce jour-là, il n'était pas à jeun. Dans la pratique, je remets au lendemain ma séance d'hypnotisme, si l'alcoolique a été intempérant pendant la demi-journée qui précède sa venue chez moi. Chez les alcooliques, comme chez les autres malades, j'ai remarqué que la suggestionnabilité était en raison directe de la sociabilité.

La cure actuelle de l'alcoolisme.

M. LEGRAIN. — Il m'arrive de Russie des renseignements très intéressants sur le traitement des alcooliques par l'hypnotisme. Dans les villes de Saint-Pétersbourg, Moscou, Yaroslavl, Kiev, Saratoff, Ekatorinoslav, Astrakhan, ont été créés, depuis quelques années, sous les auspices du gouvernement, des dispensaires ou curatelles où affluent les malades par centaines, où les soins sont gratuits et où l'hypnotisme est, sinon le seul, au moins le principal agent thérapeutique. On exige des alcooliques qu'ils désirent sincèrement être guéris et qu'ils s'abstiennent de tout spiritueux pendant la durée du traitement. C'est peut-être leur demander un effort colossal, puisque, le plus souvent, leur volonté est presque anéantie. Il est vrai qu'on les oblige aussi à accepter une surveillance continuelle. Néanmoins, l'hypnotisme reste un moyen extrêmement précieux et efficace dans la cure de l'alcoolisme il donne, avec une bonne direction mentale, la vigueur nécessaire au maintien de la bonne résolution de ne plus boire. Pour empêcher les rechutes, il faut, bien entendu, les encadrer dans des Sociétés d'abstinence ou de tempérance afin qu'ils subissent à l'état de veille et d'une manière continue, l'influence heureuse d'un bon milieu.

M. BÉRILLON. — Avec M. MARNAY, j'ai déjà opposé à la docilité des buveurs russes l'indocilité des buveurs français. En France, la cure des alcooliques est beaucoup plus difficile et beaucoup moins durable qu'en Russie ; c'est que, chez nous, l'alcoolique s'intoxique avec des essences aussi variées que néfastes ; en outre, il accepte rarement de se laisser soigner aussi longtemps qu'il le faudrait pour arriver à une guérison durable.

L'alcoolisme et son traitement par la suggestion hypnotique.

M. WIAZEMSKY (de Saratow). — L'alcoolisme a presque toujours une origine psychique ; aussi convient-il d'étudier avec soin l'état psychique de chaque malade, pour combattre efficacement le mal. Le traitement de l'alcoolisme par la suggestion doit être long ; s'il est maintenu pendant un an, il donne 92 guérisons p. 100. Si le traitement dure peu, il donne quelquefois des guérisons complètes ; mais, le plus souvent, les récidives surviennent. Les alcooliques sont très suggestionnables et leur guérison est d'autant plus facile qu'ils désirent vivement renoncer à leur funeste habitude. La suggestion est le seul moyen thérapeutique efficace contre l'alcoolisme ; aussi convient-il d'en propager l'application. L'auteur expose ensuite les résultats très satisfaisants qu'il a obtenus depuis quatre ans et qui portent sur 319 malades.

Alcoolique traité avec succès, contre son gré et à son insu, par suggestion pendant le sommeil naturel.

M. Paul Farez. — Un homme de vingt-cinq ans, marié, père de famille, boit chaque jour un litre de vin, plusieurs bocks de bière, du rhum, de l'amer, du vermouth et de l'absinthe. Il est ivre plusieurs fois par semaine. D'ordinaire, son ivresse est calme ; mais, quand il a bu plus d'absinthe que de coutume, il se livre à des scènes violentes : il brise des meubles ou des objets de ménage; il sort le linge des armoires et le piétine ; il injurie grossièrement sa femme, la bat et lui fait faire quelques chutes graves ; l'une d'elles est même suivie d'accouchement prématuré. Son intempérance lui a fait perdre un emploi lucratif ; il est devenu incapable de tout travail et passe ses journées au café. Il refuse de se laisser soigner d'aucune manière. La suggestion pendant le sommeil naturel est instituée à son insu. Les scènes violentes cessent au bout de quelques semaines et l'amélioration s'accentue de mois en mois. Le traitement est long, comme il doit l'être dans tous les cas d'alcoolisme ; car la cure ne peut être définitive que si l'on prend le temps de restaurer la volonté. Au bout de dix-huit mois, notre homme est tout à fait guéri ; il ne va plus jamais au café et boit au repas de la bière légère du Nord; il est bon, doux, affectueux et travaille avec zèle. Cette guérison persiste depuis trois ans et demi.

En outre de certains alcooliques, il est des obsédés ou des délirants qui, ou bien ne sont pas hypnotisables, ou bien refusent de se laisser soigner. Grâce à la suggestion pendant le sommeil naturel, ils peuvent, les uns et les autres, être traités malgré eux et à leur insu, sans qu'ils résistent en aucune façon. Formulée pendant cet état d'hypotaxie physiologique périodique qu'est le sommeil naturel, la suggestion se montre aussi efficace que si elle s'adressait à un individu profondément hypnotisé.

Suggestion à l'état de veille et suggestion hypnotique.

M. Bourdon (de Méru). — Si la suggestion à l'état de veille est efficace, il n'en résulte pas que « tout, comme on l'a dit, est dans la suggestion » ; il y a influence hypnotique, hypnose sans sommeil, hypnose fortuite, autohypnotisme spontané, suivant les diverses expressions proposées par les auteurs. La mise en scène volontaire ou involontaire provoque l'expectant attention ; et la production préalable de l'influence hypnotique a devancé la suggestion. Toutefois, dans les cas graves, il est indispensable d'obtenir le sommeil non seulement profond, mais prolongé, témoins les observations rapportées par M. Bourdon : crises somnambuliques consécutives à une peur, obsessions, idées fixes, neurasthénie et faits de pédagogie suggestive.

Le prophète Samuel.

M. Charles Binet-Sangle. — Né dans un pays de vignobles, fils d'une dévote surémotive qui avait été longtemps stérile, Samuel, enfant silencieux, hyper-suggestionnable, en proie à des hallucinations verbales, est bientôt pénétré de l'idée que le Dieu Iahvé lui parle et qu'il est son ministre sur la terre ; orgueilleux, sujet à de violentes colères et à des impulsione morbides, il se rend coupable d'homicide et engendre deux prévaricateurs. Samuel fut un dégénéré dont la formule mentale peut se résumer ainsi : Hypersuggestibilité, verbalisme pathologique, théomégalomanie, impulsivité.

Présentation du sthénomètre.

M. Paul Joire (de Lille) présente un nouvel appareil qui enregistre la force spéciale qui émane de l'organisme vivant, se transmet à distance et paraît dépendre du système nerveux. Cette force varie suivant que l'organisme est sain ou malade et, dans ce dernier cas, suivant que la maladie est à son début, à son apogée ou à son déclin. Ce sthénomètre donnera d'utiles renseignements dans les divers états morbides et il guidera le praticien dans ses prescriptions thérapeutiques.

La remémoration périodique des souvenirs musicaux.

M. Swoboda (de Vienne). — De nombreuses observations m'ont amené à formuler les lois de la remémoration auditive musicale. En particulier, cette remémoration est périodique ; elle survient, chez les hommes, au bout de vingt-trois heures ou un multiple de vingt-trois et, chez les femmes, au bout de vingt-huit heures ou un multiple de vingt-huit.

M. Lionel Dauriac. — C'est en vain que j'ai cherché la raison psychologique des obsessions musicales ; j'incline à croire qu'elles dépendent d'un rythme physiologique plus ou moins confusément perdu par la subconscience.

M. Beaunis. — Je suis tout à fait d'avis que les manifestations du rythme mental dépendent de phénomènes organiques périodiques ; les uns et les autres, présentent des oscillations solidaires.

M. Bérillon appuie ces observations en invoquant la périodicité de certains troubles délirants.

Un cas grave d'hystérie.

M. Bérillon présente une jeune fille hystérique qui, depuis cinq ans, avait chaque jour, pendant une quinzaine d'heures, des attaques hystériques d'une gravité et d'une intensité extrêmes, avec

contractures généralisées. Quand l'hystérie atteint de telles proportions, l'hypnotisme, dit-on, ne peut les guérir. Or je suis parvenu à la débarrasser de ses crises, à rendre sa sensibilité normale, à corriger ses désordres mentaux ; par surcroît, je m'applique à restaurer sa volonté et à faire œuvre d'orthopédie suggestive.

L'hypnotisme et la suggestion à l'état de veille.

M. Paul Magnin. — Les fanatiques de la suggestion à l'état de veille proclament la supériorité de cette dernière, parce qu'elle s'adresse à la raison, fait appel au contrôle du malade et agit par persuasion ; ils reprochent à l'hypnotisme de faire des suggestions, qui peuvent être bonnes, mais aussi mauvaises, et d'enlever aux malades leur volonté. D'abord, la plupart de ces malades n'ont plus de volonté ; nous ne leur enlevons donc pas ce qu'il leur manque. En outre, nos suggestions ne sont point subies passivement mais acceptées à l'état de veille, préalablement à toute manœuvre hypnogénique. Reste le contrôle ? mais c'est le plus souvent ce contrôle persistant qui met obstacle à la guérison du malade. Si à l'état normal l'impressionnabilité (ou suggestionnabilité) est représentée par 1 et la résistance par 2, dans certains états pathologiques l'impressionnabilité tend vers zéro et la résistance vers l'infini. Dans ces conditions, les malades sont dépourvus de suggestibilité ; et aucun isolement, aucune psychothérapie à l'état de veille ne sauraient influencer le malade. Mais, précisément, l'hypnotisme éteint, non pas la volonté, mais cette résistance maladive ; il enlève ce qui fait obstacle à la suggestion ; il rend éminemment suggestionnable. C'est ce que comprennent bien les malades qui ont erré en vain de maison en maison et n'ont retiré de l'isolement que, quelquefois, l'aggravation de leur état. Ils viennent nous trouver pour être hypnotisés à fond ; et ils guérissent, précisément, parce que hypnotisés, ils ne peuvent ni raisonner la suggestion, ni la discuter, ni s'y opposer. C'est alors le triomphe de la suggestion impérative. D'ailleurs, le sommeil provoqué, à lui seul, sans aucune suggestion, est un agent à la fois sédatif et réparateur. Quant à ceux qui prônent les résultats qu'ils ont obtenus à l'état de veille, ils ont fait de l'hypnotisme sans le savoir, et sans s'en douter.

Les neurasthéniques dans l'armée.

M. Lux. — A l'occasion des causes les plus diverses, les psychasthénies et les dégénérescences latentes se révèlent, témoins de très nombreuses observations faites par l'auteur au cours de sa longue carrière, intéressant les gradés ainsi que les non gradés, et portant sur des cas de : phobies diverses, anxiété, anesthésies,

distractions, amnésies transitoires ou durables, erreurs de sensations, actes subsconscients, idées fixes, aboulie, entêtement. Ces troubles neurasthéniques nécessitent souvent des passages de la cavalerie dans l'infanterie, des congés plus ou moins prolongés, parfois même des réformes ou des démissions définitives.

Hypnose et sorcellerie.

M. Demonchy. — Les malades qui guérissent parce que leur médecin leur a prédit ou ordonné, ceux aussi qui guérissent dans nos campagnes parce qu'un sorcier leur a fait quelque massage ou quelque bizarre prescription guérissent par auto-suggestion en vertu de l'état d'attente et de croyance, de la faith healing, en un mot. Ces malades ne sont pas dans la pleine veille : leur volonté a abdiqué, leur résistance est suspendue et leur suggestibilité exaltée, ainsi qu'il résulte de plusieurs observations rapportées par l'auteur.

Maladie du demi-sommeil.

M. le Menant des Chesnais — Une femme de trente ans, neurasthénique et dyspeptique, dort, la nuit, d'un sommeil léger et particulier. Tandis que son corps repose, son esprit reste constamment éveillé; si elle rêve, elle a conscience qu'elle fait un rêve; elle s'y complaît et le maintient. Le jour au contraire, elle est étrangère à tout ce qui l'entoure et vit perpétuellement comme dans un rêve. Elle présente à la nuque un point hypnogène grâce auquel elle a été très facilement endormie et rapidement guérie.

Délire hystérique traité par la suggestion hypnotique.

Melle de Majewska. — Une jeune fille de seize ans et demi va pour la première fois au théâtre et voit jouer *Faust*. A la suite de cela, elle présente des séries d'attaques hystériques avec délire hallucinatoire en rapport avec la pièce qui l'a impressionnée : elle est au théâtre, cause avec Dieu, chante et danse pour lui, etc. Elle devient tellement agitée qu'on doit lui mettre la camisole de force qu'elle déchire d'ailleurs. Elle laisse aller les matières sous elle, elle a été, en quelques semaines, complètement guérie par la suggestion hypnotique.

L'ectoscopie et l'ectothérapie cérébrales.

M. Biafchi. — L'ectothérapie, en général, repose sur le coefficient de dilatation que présente chacun de nos organes lorsqu'on applique pendant quelques secondes de la chaleur, sur la région cutanée qui le recouvre. Ces modifications de volume et d'éloignement sont très nettement perçues, surtout pour ce qui concerne le cerveau; elles sont très utiles au diagnostic et donnent

des lumières sur la marche de certaines maladies cérébrales. Déjà vérifiée par la phonendoscopie et les rayons Rœntgen, cette ectoscopie vient d'être vérifiée par les rayons Charpentier.

Présentation de malade.

M. Maurice Bloch présente une malade atteinte d'épilepsie unilatérale gauche et qu'il a traitée, en raison de son origine tuberculeuse probable, par la transfusion capillaire.

ASILES D'ALIÉNÉS.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

ASILES PRIVÉS FAISANT FONCTIONS D'ASILES PUBLICS, QUARTIERS D'HOSPICE ET MAISONS PARTICULIÈRES

AVEC LES NOMS DES MÉDECINS EN CHEF ET MÉDECINS-ADJOINTS ET LE NOMBRE DES INTERNES.

Ain.	Pas d'asile public d'aliénés.	
	2 asiles privés faisant fonctions d'asiles publics :	
	1° Asile St-Georges (hommes) à Bourg.	Directeur-médecin, Dr Adam. 1 interne.
	2° Asile Sainte-Madeleine (femmes) à Bourg.	Médecin-chef, Dr Louis. Médecin-adjoint, Dr Dupré. Pas d'interne.
Aisne.	Asile public de Prémontré.	Médecin-directeur, Dr Pilleyre. Médecin-adjoint, Dr Gimbal. 2 internes.
Allier.	Asile public de Sainte-Catherine, près Moulins.	Médecin-direct., Dr Gilbert Petit. Médecin-adjoint, Dr Brunet. 2 internes.
	Colonie familiale d'Ainay-le-Château.	Médecin-Directeur, Dr Lwoff. Pas d'interne.
Alpes (Basses-).	Pas d'asile.	
Alpes (Hautes-).	Pas d'asile.	
Alpes-Maritimes.	Pas d'asile public.	
	1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Saint-Pons.	Médecin-chef, Dr Planat. Médecins-adjoints : Drs Auby, Pietri, Cossa, médecin-inspecteur. Pas d'interne.

ARDÈCHE.	Pas d'asile public.	
	1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Sainte-Marie-de-l'Assomption.	Médecin-chef, Dr Benoît (Camille). Médecin-adjoint, Dr Blache. 2 médecins-suppléants : Drs Duday, Benoit (Pierre). Pas d'interne.
ARDENNES.	Pas d'asile.	
ARIÈGE.	Asile public de Saint-Lizier.	Directeur-médecin, Dr Malfilatre. 1 interne.
AUBE.	Pas d'asile.	
AUDE.	Pas d'asile public.	
	1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Limoux.	Médecin-chef, Dr Rougé. Médecin-adjoint, Dr Giret. Pas d'interne.
AVEYRON.	Asile public de Rodez.	Directeur-médecin, Dr Ramadier. 2 internes.
BOUCHES-DU-RHÔNE.	2 asiles publics :	
	1° Saint-Pierre à Marseilles.	Médecins-chefs : Drs Rey, Boubila. Médecins-adjoints : Drs Allaman, Pelissier. 2 internes en médecine. 2 internes en pharmacie.
	2° Aix.	Médecin-chef, Dr Boubila. Médecin-adjoint, Dr Monestier. Pas d'interne.
	3 maisons de santé :	
	Sainte-Marthe.	Directeur-médecin, Dr Lachaux.
	Le Canet.	Médecin-chef, Dr Bidon.
	Saint-Paul.	Médecin-chef, Dr Séja.
CALVADOS.	Pas d'asile public.	
	1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Le Bon-Sauveur à Caen.	Médecins-chefs : Drs Guillet, Gosselin. Médecins-adjoints : Dgs Corchet, Lemonnier, officier de santé. Pas d'interne.
CANTAL.	Pas d'asile public.	
	Quartier d'hospice à Aurillac.	Médecin-chef, Dr Fesq. Médecin-adjoint, Dr Béniac. Pas d'interne.

CHARENTE.	Asile public de Breuty-la-Couronne, près Angoulême.	Médecin-directeur, Dr Bellat. 2 internes.
CHARENTE-INFÉRIEURE.	Asile public de Lafond, près La Rochelle.	Médecin-directeur, Dr Mabille. Médecin-adjoint, Dr Malbois. 1 interne.
CHER.	1° Asile public de Beauregard, près Bourges.	Médecin-directeur, Dr Homery. 1 interne.
	2° Colonie familiale de Dun-s.-Auron.	Médecins-adjoints : Drs Truelle, Ameline. Pas d'interne.
CORRÈZE.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	La Cellete.	Médecin-chef, Dr Bargy. Médecin-adjoint, Dr Louradou. Pas d'interne.
CORSE.	Pas d'asile.	
CÔTE-D'OR.	Asile public d'aliénés de Dijon.	Médecin-directeur, Dr Garnier. Médecin-adjoint, Dr Santenoise. 2 internes.
CÔTES-DU-NORD.	Pas d'asile public.	
	1° Quartier d'hospice à St-Brieuc.	Médecin-chef, Dr Guibert. Médecin-adjoint, Dr Tostivint. Pas d'interne.
	2° Asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Lehou.	Médecin-chef, Dr Ollivier. Médecin-adjoint, Dr Chatellet. Pas d'interne.
	2° Asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Begard.	Médecin-chef, Dr Le Cuziat. Médecin-adjoint, N... Pas d'interne.
CREUSE.	Pas d'asile.	
DORDOGNE.	Pas d'asile.	
DOUBS.	Pas d'asile public.	
	Quartier d'hospice à Besançon.	Médecin-chef, Dr Baudin. Médecin-adjoint, Dr Toubin. Chirurgien, Dr Gounaud. 1 interne.
DRÔME.	Pas d'asile.	

EURE.	Asile public d'Evreux.	Médecin-chef, Dr Bessières. Médecin-adjoint, Dr Leroy. 2 internes.
	Quartier spécial de Gaillon.	Dr Leroy.
EURE-ET-LOIR.	Asile public de Bonneval.	Médecin-directeur, Dr Dericq. 2 internes.
FINISTÈRE.	Asile public de Saint-Athanase près Quimper.	Médecin-directeur, Dr Meilhon Médecin-adjoint, Dr Lagriffe. 1 interne.
	Quartier d'hospice à Morlaix.	Dr Bodros. Pas d'interne.
GARD.	Pas d'asile.	
GARONNE (HAUTE-).	1° Asile public de Braqueville.	Médecin-directeur, Dr Dubuisson. Médecins-adj., Drs Toy et Bonne. 2 internes.
	2° Maison de santé du Dr Parant.	Dr Parant. Pas d'interne.
	3° Clinique d'observation à l'hospice de la Grave, à Toulouse.	Dr Rémond (professeur). 2 internes.
GERS.	Asile public d'Auch.	Médecin-directeur, Dr Chevalier-Lavaure. 2 internes.
GIRONDE.	2 asiles publics :	
	1° Bordeaux.	Médecin-chef, Dr Anglade. Médecin-adjoint, Dr Jacquin. 2 internes.
	2° Cadilhac.	Médecin-chef, Dr Nicoulau. 3 internes.
	Asile privé de Castel d'Andorte, au Bouscat.	Médecin-directeur, Dr Lalanne. 1 interne.
HÉRAULT.	1° Quartier d'hospice à Montpellier.	Médecin-chef, Dr Mairet (professeur). Médecin-adjoint, Dr Ardin-Delteil. 3 internes.
	2° Maison de santé Rech.	Directeur, Dr Bonnaud. Médecin-chef, Dr Baumel. Pas d'interne.
ILLE-ET-VILAINE.	Asile public de Rennes.	Médecin-chef, Dr Sizaret. Médecin-adjoint, Dr Dide. 3 internes.

INDRE. Pas d'asile.

INDRE-ET-LOIRE.
- Pas d'asile public.
- Quartier d'hospice à Tours.
  - Médecin-chef, Dr Archambault.
  - 1 interne.

ISÈRE.
- Asile public de Saint-Robert.
  - Médecin-chef, Dr Bonnet.
  - 2 internes.
- Asile privé de Meyzieux.
  - Médecin-directeur, Dr Courzon.
  - Médecin-adjoint, Dr Larivé.
  - Pas d'interne.

JURA.
- Asile public de Saint-Ylie.
  - Médecin-directeur, Dr Journiac.
  - Médecins-adjoints : Drs Dodero, Wahl.
  - 2 internes.

LANDES. Pas d'asile.

LOIR-ET-CHER.
- Asile public de Blois.
  - Médecin-directeur, Dr Doutrebente.
  - Médecin-adjoint, Dr Marchand.
  - 1 interne.

LOIRE. Pas d'asile.

(HAUTE-) LOIRE.
- Pas d'asile public.
- 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :
- Montredan.
  - Médecin-chef, Dr Bonhomme.
  - Médecins-adjoints : Drs Abrial, Kœppelin.
  - Pas d'interne.

LOIRE-INFÉRIEURE.
- Pas d'asile public.
- 1° Quartier d'hospice Saint-Jacques, à Nantes.
  - Médecin-chef, Dr Biaute.
  - Médecin-adjoint, Dr Houeix de la Brousse.
  - 2 internes.
- 2° Maison de santé Fortineau.
  - Directeur-médecin, Dr Fortineau.
  - Pas d'interne.

LOIRET.
- Pas d'asile public.
- Quartier d'hospice à Orléans.
  - Médecin-chef, Dr Rayneau.
  - 2 internes.

LOT.
- Pas d'asile public.
- 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :
- Leyme.
  - Médecin-chef, Dr Garcie.
  - Médecin-adjoint, Dr Pasturel.
  - Pas d'interne.

LOT-ET-GARONNE.
- Pas d'asile public.
- Quartier d'hospice à Agen.
  - Médecin-chef, Dr Marou.
  - Pas d'interne.

LOZÈRE.	Asile public de Saint-Alban.	Médecin-directeur, Dr Nolé. 2 internes.
MAINE-ET-LOIRE.	Asile public de Sainte-Gemmes près Angers.	Médecin-directeur, Dr Petrucci. Médecin-adjoint, Dr Baruck. 2 internes.
MANCHE.	Pas d'asile public. 3 asiles privés faisant fontions d'asiles publics :	
	1° Pontorson.	Médecin-chef, Sizaret. Médecin-adjoint, Dr Bailleul. Pas d'interne.
	2° Picanville.	Médecin-chef, Dr Vial. Suppléant, Dr Bellei. Pas d'interne.
	3° Saint-Lô.	Médecin-chef, Dr Lhomond. Pas d'interne.
MARNE.	Asile public de Châlons-s.-Marne.	Médecin-directeur, Dr Guyot. Médecin-adjoint, Dr Aubry. 1 interne.
MARNE (HAUTE-).	Asile public de Saint-Lizier.	Médecin-directeur, Dr Chaussinaud. 2 internes.
MAYENNE.	Asile public de Laroche-Gaudan.	Médecin-directeur, Dr Broquère. Médecin-adjoint, Dr Pain. 1 interne.
MEURTHE-ET-MOSELLE.	1° Asile public de Maréville.	Médecins-chefs : Drs Paris, Vernet. Médecin-adjoint, Dr Lalanne. 5 internes.
	2° Maison de santé de la Malgrange.	Médecin-directeur, Dr Picard. Pas d'interne.
	3° Quartier d'hospice de Saint-Nicolas.	Médecin-chef, Dr Dupré. Pas d'interne.
MEUSE.	Asile public de Fains.	Médecin-directeur, Dr Galopain. Médecin-adjoint, Dr Ricoux. 2 internes.
MORBIHAN.	Asile public de Lesvellec.	Médecin-directeur, Dr Dubourdieu. Médecin-adjoint, Dr Croustel. 1 interne.
NIÈVRE.	Asile public de La Charité.	Médecin-directeur, Dr Chocreaux. Médecins-adjoints : Drs Terrade, N... 2 internes.

Nord.
- 1° Asile public d'Armentières. — Médecin-directeur, Dr Chardon. Médecin-adjoint, Dr Raviard. 2 internes.
- 2° Asile public de Bailleul. — Médecin-directeur, Dr N... Médecins-adjoints : Drs Deswartz, Bécue. 2 internes.
- 3° Asile privé faisant fonctions d'asile public : Lommelet. — Médecin-chef, Dr Bouchaud. Médecin-adjoint, Dr Lecocq. Pas d'interne.

Oise.
- Asile public de Clermont. — Médecins-chefs : Drs Boiteux, Thivet. Médecins-adjoints : Drs Roques de Furzac, Directeur, M. Lesvier. 4 internes.

Orne.
- Asile public d'Alençon. — Médecin-directeur, Dr Charuel. Médecin-adjoint, Dr Coulonjou. 1 interne.

Pas-de-Calais.
- Asile public de Saint-Venant. — Médecin-directeur, Dr Cortyl. Médecin-adjoint, Dr Briche. 1 interne.

Puy-de-Dôme.
- Pas d'asile public.
- 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Sainte-Marie-de-l'Assomption. — Médecin-chef, Dr Hospital. Médecin-adjoint, Dr Fouriaux (J.). 2 internes.

Pyrénées (Basses-).
- Asile public de Saint-Luc. — Médecin-directeur, Dr Girma. Médecin-adjoint, Dr Masselin. 3 internes.

Pyrénées (Hautes-). Pas d'asile.

Pyrénées-Orientales. Pas d'asile.

Rhin (Haut-) (Territoire de Belfort). Pas d'asile.

Rhône.
- 1° Asile public de Bron. — Médecins-chefs : Drs Rousset, Viollon. Médecins-adjoints : Drs Papillon, Alombert. 5 internes.
- 2° Asile privé faisant fonctions d'asile public : St-Jean-de-Dieu. — Médecin-chef, Dr Devay. Médecins-adjoints : Drs Carrier, Martin. Pas d'interne.

Rhône.	3° 4 maisons de santé :		
		Saint-Vincent-de-Paul.	Médecin-chef-directeur, Dr Carrier. 2 internes.
		Champ-Vert.	Médecin-chef-directeur, Dr Rebattel. 2 internes.
		Vaugueray.	Médecin-chef-directeur, Dr Serullaz. Pas d'interne.
		Verbe-Incarné.	Médecin-chef-direct., Dr Bertoye. Pas d'interne.

Saône (Haute-) et Saône-et-Loire. Pas d'asile.

Sarthe.	Asile public du Mans.	Médecin-chef, Dr Bourdin. Médecin-adjoint, N... 2 internes.
Savoie.	Asile public de Bassens.	Médecin-directeur, Dr Dumaz. Médecin-adjoint, Dr Levet. 2 internes.

Savoie (Haute-). Pas d'asile.

Seine.	1° Asile clinique. Médecins en chef : Magnan, prof. A. Joffroy, Dubuisson, Dagonet, Vallon.		
	2° Villejuif. 4 médecins en chef. MM. Briand, Marie, Pactet, Toulouse. Directeur, M. N...		
		3e Bicêtre.	Médecins-chefs : Drs Bourneville, Féré, Séglas et Chaslin. Médecin-adjoint, Dr Nageotte.
		4e Salpêtrière.	Médecins-chefs : Drs Voisin, Charpentier, Deny. Médecin-adjoint : Dr Roubinowitch. 43 internes pour tous les asiles de la Seine.
		Ville-Evrard (en Seine-et-Oise).	3 médecins en chef : MM. Keraval, Legrain, Marandon de Montyel, Sérieux. 5 int. en méd., 3 en pharmacie.
		5° Charenton.	2 médecins en chef : MM. Christian et Ritti. Médecin-sup. : Dr Antheaume. 4 internes.
		6° 12 maisons privées.	23 médecins en chef et 11 médecins adjoints. 6 internes.

Seine-Inférieure.	1° Asile public de Saint-Yon.	Médecin-chef, Dr Giraud. Médecins adj. : Dr Pochon. Dr N... 3 internes.
	2° Asile public de Quatre-Mares.	Médecin-chef, Dr Lallemant. Médecin-adjoint, Dr Thibaut. 2 internes.
	3° Quartier d'hospice au Havre.	Dr Caron. 1 interne.
	4° Quartier d'hospice à Dieppe.	Médecin-chef, Dr Hurpy. Médecin-adjoint, Dr Piquet. 1 interne.
Seine-et-Marne. Pas d'asile.		
Seine-et-Oise.	Maison-Blanche.	2 médecins en chef : MM. Boudrie et Taguet. 2 int. en méd., 2 en pharm.
	Vaucluse.	3 médecins en chef : MM. Blin, Dupain et Vigouroux. 3 int. en méd., 2 en pharm.
Sèvres (Deux-).	Pas d'asile public. La Providence (dépendance de l'hospice de Niort).	Médecin-chef, Dr Dumay-Soles. 1 interne.
Somme.	Asile public de Dury-les-Amiens.	Médecin-direct., Dr Charon. Médecin-adjoint, Dr Capgras. 2 internes.
Tarn.	Pas d'asile public. 1 asile privé du Bon-Sauveur.	Médecin-chef, Dr Pailhas. Médecin-adjoint, Dr Guy. Pas d'interne.
Tarn-et-Garonne.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Montauban.	Médecin-directeur, Dr Periès. 2 internes.
Var.	Asile public de Pierrefeu.	Médecin-chef, Dr Belletrud. Médecin-adjoint, Dr Mercier. 2 internes en médecine. 1 — en pharmacie.
Vaucluse.	Asile public de Mont-de-Vergnes.	Médecin-chef, Dr Pichenot. Médecins-adjoints Dr Rodiet. Dr Castin. 4 internes.
Vendée.	Asile public de La Roche-sur-Yon.	Médecin-directeur, Dr Cullerre. 2 internes.

Vienne.	Pas d'asile public.	
	Quartier d'hospice à Poitiers.	Médecin-directeur, Dr Lagrange. Médecin-suppléant, Dr Berlond. 1 interne.
Vienne (Haute-).	Asile public de Naugeat.	Médecin-directeur, Dr Maupaté. Médecin-adjoint, Dr Fenayrou. 3 internes.
Vosges.	Pas d'asile public. 1 maison particulière dite pensionnat de Mattaincourt.	Dr Calbat. Pas d'interne.
Yonne.	Asile public d'Auxerre.	Médecin-directeur, Dr Hamel. Médecin-adjoint, Dr Wahl. 1 interne.
Algérie.	Pas d'asile.	

VARIA.

XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Pau. — 1er-7 août 1904.

Programme des travaux et excursions :

Lundi 1er *août*, 9 *heures du matin :* Séance d'inauguration du Congrès au Palais d'Hiver (Salle des Fêtes). — Réception par M. le Maire de Pau. — Discours d'ouverture par M. le professeur Brissaud, président du Congrès. — 11 *heures du matin :* Visite du château Henri IV. — 2 *heures de l'après-midi :* (Salle des Fêtes du Palais d'Hiver). 1re Question (Psychiâtrie). — *Des démences vésaniques.* Rapporteur : M. le Dr Deny, médecin de la Salpêtrière. — Discussion. — 9 *heures du soir :* Réception au Palais d'Hiver par la municipalité de la ville de Pau.

Mardi 2 *août*, 9 *heures du matin* : Suite de la discussion du rapport de M. le Dr Deny, sur les démences vésaniques. — Communications diverses. — 2 *heures de l'après-midi :* 2e question (Neurologie). — *Des localisations motrices dans la moelle.* Rapporteur : M. le Dr Sano, médecin des hôpitaux d'Anvers. — Discussion. — 7 *h.* 30 *du soir :* Banquet par souscription au Palais d'Hiver. (Prix : 15 francs.)

Mercredi 3 *août*, 9 *heures du matin* : Visite de l'asile des aliénés de Pau. — *Midi* : Déjeuner des congressistes offert à l'Asile par le Conseil général des Basses-Pyrénées. — 3 *heures du soir* : séance à l'Asile. — Communications diverses.

Jeudi 4 *août* : Excursion à Lourdes et au Pic du Grand Ger. — Départ de la gare de Pau à 8 h. 50 du matin ; arrivée à Lourdes à 9 h. 55. — Visite de Lourdes. — 11 *h.* 30 *du matin* : Ascension du Pic du Grand Ger (1000 m. d'altitude) en funiculaire. Rendez-vous à la gare du funiculaire : pour la première montée, à 11 heures ; pour la dernière, avant le déjeuner, à 11 h. 30. — *Midi* : Déjeuner organisé pour les Congressistes au Restaurant du sommet du Pic du Grand Ger. (Prix : 6 francs pour le déjeuner et l'aller et retour en funiculaire. Les Congressistes munis de la carte du Congrès n'auront rien à débourser aux guichets du funiculaire.) — 2 *h.* 30 *de l'après-midi* : Séance au Pic du Grand Ger. — Communications diverses. — Départ de Lourdes à 5 h. 30 et 8 h. 48 du soir.

Vendredi 5 *août*, 9 *heures du matin* : (Salle des Fêtes du Palais d'Hiver). — 3e question (Assistance). — *Des mesures à prendre contre les aliénés criminels.* Rapporteur : M. le Dr Keraval, médecin en chef des Asiles de la Seine. — Discussion. — 2 *heures de l'après-midi* : Communications diverses. — 8 *h.* 30 *du soir* : Séance de projections. — 10 *heures du soir* : Réception au Palais d'Hiver par la Société de Médecine de Pau.

Samedi 6 *août* : Excursion à Izeste, Eaux-Chaudes et Eaux-Bonnes. — Départ de la gare de Pau à 9 h. 3 du matin ; arrivée à Izeste à 10 heures. — 10 *h.* 30 *du matin* : Séance de Communications diverses à l'Hôtel de Ville de Louvie. — *Midi* : Déjeuner offert aux Congressistes à l'Hôtel des Pyrénées, à Izeste, par M. le Président du Congrès. — 1 *h.* 43 *de l'après-midi* : Départ de la gare d'Izeste. — 1 *h.* 58 *de l'après-midi* : Arrivée à Laruns. De Laruns des voitures conduiront les Congressistes à Eaux-Chaudes par la gorge du Hourat et de là à Eaux-Bonnes. (Prix : 2 fr. 50.) — Arrivée à Eaux-Bonnes vers 6 heures. — Fête de nuit ; Réception au Casino d'Eaux-Bonnes à 8 heures du soir.

Dimanche 7 *août* : D'Eaux-Bonnes à Argelès par le Col d'Aubisque. — Départ d'Eaux-Bonnes vers 5 heures du matin. — Traversée du Col d'Aubisque (altitude : 1800 mètres) en automobiles et voitures diverses. (Prix : 20 francs par personne.) — Longueur du parcours : 41 kilomètres, en traversant les plus beaux sites des Pyrénées. — Arrivée à Argelès entre midi et une heure. — Déjeuner offert aux Congressistes par l'Institut physicothérapique d'Argelès, servi au Casino par l'Hôtel du Parc. — Après le déjeuner, visite d'Argelès. — *Dislocation du Congrès.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 7-1904.

Vol. XVIII. Septembre 1904. N° 105.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE.

Note sur la fréquence et sur la distribution des nævi chez les aliénés.

PAR

M. Ch. FÉRÉ, Médecin de Bicêtre. ET Mlle A. MOUROUX, Interne des Hôpitaux de Paris.

On a beaucoup discuté sur l'existence des nævi acquis. On admet que les hémataugiomes, ou nævi sanguins, sont constitués par une vascularisation anormale du tégument limitée en un point du corps, et que cette vascularisation est congénitale ou développée pendant les premiers mois de la vie. Cependant l'apparition spontanée de nævi, dans la seconde moitié de la vie, avait été signalée et l'existence secondaire de ces nævi discutée. L'étude de 349 sujets observés de 1898 à 1904, dans la première section de la cinquième division de l'hospice de Bicêtre nous a montré que, chez les aliénés tout au moins, on observe très fréquemment des nævi acquis puisque, sur ces 349 sujets dont les plus jeunes ont au moins dix-huit ans, nous avons constaté, 279 fois, de nouvelles productions cutanées. Il s'agissait, le plus souvent, de taches erectiles, de taches pigmentaires et enfin de molluscums de nouvelle formation.

MM. Gaucher et Barbe [1] ont établi, dans leur article du *Traité* de Brouardel et Gilbert : qu'il n'est pas rare de voir, chez les individus arrivés à la seconde moitié de la vie, de petits nævi, d'abord punctiformes, qui deviennent peu à peu lenticulaires et s'accroissent graduellement. Situés, le plus

[1] *Traité de Médecine*, de Brouardel et Gilbert, tome III, p. 840.

souvent, sur le tronc, ils sont légèrement saillants et présentent une couleur d'un rouge vif ; ils n'ont pas débuté dans l'enfance, ce sont des nævi acquis.

M. Fournier [1] donne à ces nævi le nom de nævi tardifs ; ce sont ces productions dont P. Broca [2] admettait déjà l'existence, chez les gens âgés, dans son *Traité des Tumeurs*. Mais, à cette affirmation de l'existence des nævi acquis, on pouvait opposer l'opinion de Hébra[3], cet auteur convient qu'il est possible que des angiomes surviennent spontanément chez les adultes sans avoir été précédés d'un nævus cutané ou sous-cutané. Il conclut, toutefois, que l'étude des cas observés, jusqu'à présent, démontre que ces faits doivent être considérés comme extrêmement rares.

M. Delbet [4] se range à la même opinion ; pour lui, un fait domine dans l'étiologie des angiomes : leur congénitalité ; les angiomes secondaires sont, en dehors des angiomes traumatiques, le plus souvent de petits angiomes sous-cutanés inaperçus dans l'enfance et qui tendent à s'accroître chez l'adulte.

On peut objecter, à cette théorie des nævi sous-cutanés primitifs, que les taches érectiles sont tout à fait superficielles, sans relation, semble-t-il dans les autopsies, avec le tissu cellulaire sous-cutané. Quant à la fréquence des nævi acquis, elle est évidente chez les aliénés. Ses modifications de coloration congénitale de la peau : mélanisme, vitiligo, taches pigmentaires et les difformités de la peau : nævi pigmentaires vasculaires, molluscums avaient déjà été signalées plusieurs fois [5] comme plus fréquentes chez les dégénérés. Ces modifications seraient en rapport avec des troubles d'évolution du système nerveux. Les nævi acquis ne sont pas moins fréquents chez ces malades.

[1] *Loc. cit.* in *Traité de Médecine*, de Brouardel et Gilbert, p. 840.

[2] P. Broca : *Traité des Tumeurs*, t. II, p. 207.

[3] Hébra : *Maladies de la Peau*, t. II.

[4] *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, tome 1, p. 449.

[5] Filandeau : *Etude sur les nævi*, th. Paris, 1893. — Ch. Féré : *Etude sur la fréquence et sur la distribution de quelques difformités de la peau chez les épileptiques* (*C. R. de la société de biologie*, 1893, p. 57). — *La famille névropathique, théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence*, 2e éd., 1898, p. 306.

Dans un travail précédent, il a été démontré que sur 167 épileptiques, il y en avait 142 atteints de lésions cutanées :

Taches pigmentaires	105	malades atteints.
Taches érectiles.	36	»
Nævi	35	»
Molluscums	58	»
Verrues molles.	18	»

Sur les 349 aliénés que nous venons d'observer à la cinquième section, première division, de Bicêtre, 10 seulement de ces sujets n'ont jamais présenté de lésions cutanées; 279 malades, portant des modifications cutanées à leur entrée dans le service, les ont vues augmenter de nombre pendant leur séjour à l'hospice. Les malades ont été examinés pendant cinq ans, tous les trois mois environ, on a pu constater les variabilités suivantes :

14 malades ont présenté de nouvelles productions cutanées en 1 mois.
66 malades ont présenté de nouvelles productions cutanées en 1 an.
140 malades ont présenté de nouvelles productions cutanées en 2 ans.
31 malades ont présenté de nouvelles productions cutanées en 3 ans.
28 malades ont présenté de nouvelles productions cutanées en 4 ans.

Parmi nos malades, plusieurs ont présenté une véritable flore de nævi acquis ou de productions cutanées secondaires, on a observé, chez un épileptique : 71 taches pigmentaires et, chez un persécuté :

Taches pigmentaires .	25
Taches érectiles . . .	8
Verrues molles. . . .	2

Ces productions se sont développées du mois de mars 1898 au mois de mars 1900.

On peut opposer à cette statistique, obtenue chez des aliénés, celle de M. Hallopeau[1] qui, chez 62 hommes adultes,

[1] *Loc. cit.* in *C. R. de la Société de Biologie*, 1893, p. 57.

indemmes de troubles mentaux, n'en a trouvé que 34 atteints de nævi. Le siège des lésions cutanées serait par ordre de fréquence :

Tronc.
Membres supérieurs.
Abdomen.
Tête.
Très rarement : Membres supérieurs.
Siège le plus rare : Jambe.

M. Gaucher admet que les nævi existent sur tout le corps mais, de préférence, sur le tronc ; pour M. Delbet on les observerait plus fréquemment à la tête. Nos observations nous ont montré que ces lésions siègent au tronc puis aux membres supérieurs, contrairement à l'opinion de M. Le Guiner (thèse de Bordeaux, 9 janvier 1903), pour cet auteur les nævi occuperaient :

Dos.
Poitrine.
Abdomen.

Avec une fréquence à peu près égale, puis, en second ordre : Membres : faces internes des bras, des cuisses. Dans aucun cas nous n'avons vu les lésions se localiser à un trajet nerveux. Un fait, déjà signalé par Hébra, est la rareté des productions cutanées au niveau des membres inférieurs. Cette rareté existe surtout pour les nævi ; sur les 349 malades observés, il n'y en avait que 47 porteurs de nævi aux membres inférieurs ainsi répartis :

Cuisse	37 nævi
Régions inguinales	6 »
Mollet	2 »
Face antéro-externe de la jambe . .	1 nævus
Face antérieure du genou.	1 »

Les taches pigmentaires existaient en plus grand nombre aux membres inférieurs, on les y a trouvées 182 fois, ainsi réparties :

Cuisse	99 taches pigmentaires.
Mollet	52 »
Jarret	10 »

Pied	10	taches pigmentaires.
Régions inguinales . .	6	»
Genou	3	»
Gros orteil	2	»

Une statistique semblable a déjà été publiée chez les épileptiques, déjà cités. Nous avons recherché, parmi 3 catégories de malades faciles à distinguer: déments, la plupart séniles, imbéciles, paralytiques généraux, dans laquelle de ces catégories le nombre des diverses lésions cutanées était le plus grand. Nous avons été amenés à établir les tableaux suivants :

Déments, séniles pour la plupart. — L'âge moyen de ces malades varie de soixante à soixante-dix ans. Le plus âgé a soixante-dix-huit ans. Le plus jeune n'a que vingt-six ans. Ces malades sont au nombre de 26.

Taches pigmentaires.	180
Taches érectiles.	428
Molluscums.	162

On trouve comme résultats totaux :

Taches *pigmentaires* : 24 malades présentent de ces taches ou 92,3 p. 100.

Taches *érectiles* : 25 malades présentent de ces taches ou 96,15 p. 100.

Molluscums : 24 malades présentent de ces taches ou 92,3 p. 100.

Imbéciles. — L'âge moyen varie de vingt à vingt-cinq ans. Le plus jeune malade a dix-sept ans ; le plus âgé a cinquante-huit ans.

Ces malades sont au nombre de 60.

Taches pigmentaires.	453
Taches érectiles.	95
Molluscums.	99

Taches *pigmentaires* : 51 malades présentent de ces taches ou 85 p. 100.

Taches *erectiles* : 26 malades présentent de ces taches ou 27,36 p. 100.

Molluscums : 38 malades présentent de ces taches ou 63,39 p. 100.

Paralytiques généraux. — L'âge moyen est de qua-

rante à cinquante ans. Le plus jeune a vingt-huit ans ; le plus âgé a cinquante-huit ans. Ces malades sont au nombre de 58.

Résultats totaux :

Taches pigmentaires.	455
Taches érectiles.	212
Molluscums.	135

Taches *pigmentaires* : 50 malades ont de ces taches ou 86,2 p. 100.
Taches *érectiles* : 43 malades ont de ces taches ou 74,13 p. 100.
Molluscums : 41 malades ont de ces taches ou 70,68 p. 100.

	Déments séniles.	Imbéciles.	Paralytiques généraux.
Taches *pigmentaires*	92, 3 p. 100	85 p. 100	86, 2 p. 100
Taches *érectiles* . .	96,15 »	27,36 »	74,13 »
Molluscums	92, 3 »	63,33 »	70,68 »

D'après ces chiffres, les lésions cutanées se rencontrent, en plus grand nombre chez les déments séniles, quelle que soit la variété de lésion ; puis chez les paralytiques généraux ; enfin chez les imbéciles où les taches érectiles sont assez rares.

Dans ces 3 catégories de malades, les résultats fournis par les lésions, siégeant au niveau des membres inférieurs, sont les suivants :

Déments séniles. — Sur 26 malades, 12 présentent des lésions ainsi réparties : Répartition des taches pigmentaires au niveau des membres inférieurs :

16 taches	pigmentaires	dont :
9	»	à la cuisse.
3	»	au jarret.
2	»	mollet.
1	»	dos du pied.
1	»	gros orteil.

Répartition des nævi au niveau des membres inférieurs :

17	nævi	dont :
14	»	à la cuisse.
1	»	au mollet.
2	»	au jarret.

Répartition des molluscums au niveau des membres inférieurs :

2 molluscums dont :
1 » à la cuisse.
1 » au mollet.

Imbéciles. — Sur 60 malades, 24 présentent des lésions ainsi réparties : Répartition des taches pigmentaires au niveau des membres inférieurs :

72 taches pigmentaires dont :
51 » à la cuisse.
15 » au mollet.
5 » au cou de pied.
1 » au genou.

Répartition des nævi au niveau des membres inférieurs :

6 nævi dont : 6 à la cuisse.

Répartition des molluscums au niveau des membres inférieurs :

1 molluscum au mollet.

Paralytiques généraux. — Sur 59 malades, 15 présentent des lésions ainsi réparties : Répartition des taches pigmentaires au niveau des membres inférieurs :

33 taches pigmentaires dont :
19 « à la cuisse.
2 » au genou.
6 » au jarret.
3 » au mollet.
3 » au pied.

Répartition des nævi au niveau des membres inférieurs :

4 nævi dont :
3 » à la cuisse.
1 » au mollet.

Répartition des molluscums au niveau des membres inférieurs :

1 à la cuisse.

On peut conclure que, chez les déments séniles, on rencontre des productions cutanées au niveau des membres inférieurs dans le rapport de 46, 15 p. 100.

Chez les imbéciles.	40	p. 100
Chez les paralytiques généraux . .	25,42	»

La progression décroissante, des déments aux paralytiques généraux, reste donc la même quel que soit le siège de la lésion.

Une question importante reste à se poser : les nævi acquis peuvent-ils disparaître ou s'accroître? De plus, Trélat s'était demandé si les angiomes multiples avaient une valeur pour diagnostiquer l'existence d'un cancer concommittant, et Leser et Mueller[1] avaient discuté la question de savoir: si la multiplication brusque, ou la diminution rapide des nævi, avait un intérêt pour le diagnostic ou pour le pronostic d'un cancer.

La disparition des nævi, chez nos malades, a été très rare. M. Filandeau (thèse de Paris, 1893) a remarqué, chez les aliénés de l'asile de la Roche-sur-Yon, une tendance des nævi vasculaires à disparaître spontanément sous l'influence de l'âge, tendance moins marquée pour les nævi pigmentaires.

Chez nos 349 malades, sujets exempts de cancer, nous n'avons observé que 29 disparitions de lésions cutanées. En effet 3 taches érectiles seulement et 8 taches pigmentaires ont disparu, la chute des molluscums a été plus souvent constatée, 12 molluscums sont tombés spontanément. La disparition spontanée, qui s'observe chez l'enfant par processus atrophique, serait donc beaucoup plus rare que chez l'adulte.

L'accroissement considérable des taches érectiles ou pigmentaires se rencontre encore moins souvent. M. Reboul a publié, dans sa thèse, 94 observations de nævi hypertrophiques transformés en tumeurs malignes. Sur nos 349 cas, nous n'avons vu que, deux fois, la transformation d'une tache érectile du thorax en tumeur érectile, cette transfor-

[1] *Muenchener med. Wochenschr*, 17 déc. 1901, in *Bulletin médical*, 28 déc. 1901.

mation s'était faite lentement, en cinq ans. Les deux malades n'ont eu ni cancer viscéral concommittant, ni transformation de la tumeur érectile en tumeur maligne.

Ces diverses constatations nous amènent à penser que l'apparition, même nombreuse, de nævi acquis n'a pas d'importance pour le diagnostic des tumeurs malignes comme le voulait Trélat. M. Le Guiner a montré, récemment, que la plupart des micro-hémangiomes apparaissent tardivement; on les trouve chez des individus ayant dépassé quarante ans. C'est en effet de quarante à soixante ans que les nævi et que les taches pigmentaires augmentent de nombre chez le même malade. La proportion serait, par malade :

Avant 20 ans :	
Taches pigmentaires.	6, 8
Nævi.	0,50
De 20 à 40 ans :	
Taches pigmentaires.	5, 8
Nævi.	2, 5
De 40 à 60 ans :	
Taches pigmentaires.	10, 2
Nævi.	7, 1

Ceci tend à prouver que les taches pigmentaires congénitales sont assez fréquentes avant vingt ans, tandis que les nævi congénitaux sont rares ; ils augmenteraient de nombre à partir de vingt ans, mais dans une faible proportion. Chez les malades ayant dépassé quarante ans, les diverses productions cutanées deviendraient fréquentes, on peut donc conclure, avec M. Le Guiner, qu'il n'y a pas lieu d'accorder aux micro-hémangiomes, survenus chez des gens d'un certain âge, l'importance qu'on a voulu leur attribuer dans le diagnostic des tumeurs malignes. En effet, aucun de nos 297 malades, atteints de lésions cutanées, n'a présenté de cancer.

Il nous faut ajouter que, dans les cas où des nævi existeraient en grand nombre, nous n'avons jamais observé d'affection hépatique concommittante. M. Bouchard avait décrit dans les cas d'affections du foie, notamment de cirrhose atrophique, l'existence de petits angiomes de la peau et des muqueuses. Cette étude avait été réprise par M. Claude[1];

[1] Séance de la *Société médicale des Hôpitaux*, 6 février 1903.

il concluait que la pathogénie de ces angiomes était mal connue, mais que leur développement était observé d'autant plus rapide que la maladie du foie progressait plus vite. Nous n'avons pas rencontré d'affection hépatique dans les cas de nævi multiples, et nous n'avons pas vu que le développement des nævi fut plus rapide, ni leur nombre augmenté dans les cas de maladie du foie.

CLINIQUE MENTALE.

La phobie du regard;

Par le Dr P. HARTENBERG

Un des éléments essentiels de la timidité consiste, on le sait [1], dans le souci qu'ont les sujets du jugement d'autrui sur leur apparence visible et dans l'appréhension que ce jugement ne leur soit défavorable. Aussi les regards d'autrui portés sur leur personne leur procurent-ils un sentiment pénible d'angoisse, d'appréhension et de gêne. Pour les éviter, ils suivent une tendance naturelle à fuir tout contact avec leurs semblables, écartent toutes les circonstances qui pourraient les mettre en vedette, toutes les occasions de se faire remarquer. C'est là la conduite habituelle des timides.

Ce malaise de se sentir regardé, cette crainte d'affronter les regards et cette tendance à les fuir peuvent s'exagérer, dans certains cas, jusqu'à prendre les proportions d'une peur obsédante, d'une véritable phobie. Ainsi se constitue la *phobie du regard*.

Voici, d'après les exemples que j'ai observés, les principales caractéristiques de la phobie du regard.

Le malade redoute essentiellement d'exposer sa personne aux regards étrangers. Chaque fois qu'il doit paraître

[1] V. *Les Timides et la Timidité*, par P. Hartenberg. 1 vol. Paris, Félix Alcan.

en public, affronter la vue de plusieurs ou même d'un seul de ses semblables, il éprouve un sentiment pénible de malaise et de gêne. Son cœur bat rapidement, la sueur froide couvre son corps, ses extrémités se glacent, ses membres tremblent, son esprit se trouble, ses pensées se brouillent, sa conscience se voile.

Mais il est une partie du corps, dont l'exposition lui est particulièrement pénible : c'est la face. Les regards fixés sur sa face lui sont insupportables : ils lui procurent une angoisse violente et une souffrance vive.

Enfin, dans sa face même, il est une région infiniment sensible : ce sont les yeux. Les regards fixés sur ses yeux et rencontrant ses propres regards le mettent dans un état de trouble intense.

La conséquence naturelle de ce malaise et de cette peur, est que le sujet s'efforcera de se soustraire le plus souvent à la vue des autres. D'abord, il évitera toutes les occasions de se montrer, de paraître en public. Puis, quand il devra malgré tout payer de sa personne, il fera appel à tous les moyens pour se dissimuler le plus possible, se soustraire aux regards. Pour entrer dans un lieu fermé, il ne passera jamais le premier, mais s'avancera toujours derrière un autre visiteur. Dans un salon, il se placera de préférence à contre-jour, dans un coin mal éclairé, à l'abri d'un meuble. Pour cacher son visage, dont la nudité le fait tant souffrir, il emploiera une foule de petits artifices. Si c'est un homme, il se protégera en omnibus, en chemin de fer, par un journal déployé. Une femme au théâtre ouvrira son éventail, dans la rue portera une voilette épaisse. Certains se bornent à tenir la main devant une joue, devant la bouche et le menton. D'autres encore cherchent à rendre leur visage immobile, inexpressif comme un masque inanimé. D'autres, au contraire, affecteront des tics, des expressions artificielles de contenance. Enfin, pour voiler les yeux, le moyen le plus simple est de baisser les paupières : ce que les sujets font le plus souvent. Mais lorsqu'ils sont obligés de regarder un interlocuteur en face, ils ne le peuvent jamais d'une façon soutenue, s'en tiennent à lui lancer un coup d'œil furtif de temps en temps, avec l'esquivement du regard. Quelques-uns ne reculent pas de porter des verres bleus ou fumés pour protéger leurs prunelles contre les regards d'autrui.

Tel est à peu près, à son degré d'intensité moyenne, la phobie du regard. Elle peut être moins marquée, et ne se manifester que par un malaise léger et une angoisse passagère. Mais parfois, elle s'installe à demeure dans la conscience du sujet comme une véritable obsession. Chez l'un d'eux j'ai même observé un complément hallucinatoire : il croyait voir toujours devant lui, même quand il fermait ses paupières, un œil fixe qui le regardait, semblable à l'œil de la conscience dans la légende de Caïn. Parfois aussi elle s'aggrave en se compliquant d'autres troubles psychiques : l'anthropophobie, la « Beachtungswahn » ou manie de se croire observé, des idées de persécution. Dans tous les cas, la phobie du regard repose sur un fond de timidité : et les sujets présentent les grands symptômes ordinaires de cette infirmité sociale.

Cette phobie du regard provient, d'après l'aveu des sujets, d'une étiologie assez complexe. En ce qui concerne l'ensemble de leur personne, c'est à la honte du corps, à la dysmorphophobie [1], à l'appréhension d'être trouvés mal faits ou ridicules, qu'on peut attribuer leur phobie des regards étrangers.

Pour le visage et les yeux l'explication est un peu différente. Il semble à ces malades qu'exposer ainsi à la vue des profanes leur visage nu et leurs yeux où se réflète leur pensée intime et qui trahissent leurs émotions profondes, constitue une sorte de violation de leur conscience, une sorte de profanation de leur « moi ». C'est une véritable « pudeur du visage » qui les pousse à cacher aux regards ce « miroir de l'âme » qu'est la face.

Ce mécanisme étiologique marque bien la différence qui sépare la phobie du regard de la phobie de la rougeur. Les sujets atteints d'éreuthophobie se cachent et souffrent parce qu'ils rougissent ; s'ils ne rougissaient pas, ils ne songeraient nullement à se dissimuler.

Au contraire, les phobiques du regard, du moins ceux que j'ai observés, ne rougissaient pas, ou s'ils rougissent, ils ne se préoccupent nullement de leur rougeur. C'est uniquement l'exposition de leur face nue et de leurs prunelles à la vue d'autrui qui fait l'objet de leur inquiétude. Phobie du regard

[1] V. Janet. *Les Obsessions et la Psychasthénie*. Paris, Alcan, 1903.

et phobie de la rougeur sont donc deux accidents psycho-émotifs bien distincts. Toutefois, il est possible qu'ils s'associent dans certains cas pour constituer une forme mixte. Citons maintenant des exemples.

Observation I. — M. H. B..., trente ans, étudiant en pharmacie. Timide, né de parents timides.

« Mon frère et ma sœur, m'écrit-il, sont des timides. Ma sœur l'est, je crois, moins que nous, parce qu'elle vit à la campagne, au milieu de gens simples et parce qu'elle travaille beaucoup. J'ai perdu mon père et ma mère de bonne heure ; je me suis aperçu qu'ils étaient timides. Ma tante, sœur de notre père, entre les mains de qui nous tombâmes, était une timide. Ma timidité est donc bien une affection héréditaire.

« *Développement de la timidité.* — L'éducation aurait pu corriger ma timidité native : celle que j'ai reçue a tout fait pour l'aggraver. Notre tante était pauvre et dévote ; elle nous mit dans une maison d'éducation tenue par des Assomptionnistes. Le supérieur était un homme de bien pour qui j'ai conservé une certaine estime. Mais dans son établissement tout était abject : le logement, la nourriture, les vêtements, les maîtres, les élèves. J'y reçus une éducation grossière et j'y contractai des habitudes vicieuses.

« J'étais très intelligent. Le hasard fit que je pus entrer comme externe dans un collège libre où étudiaient des jeunes gens de bonnes familles. Je suivais les classes de ce collège et je venais manger et coucher chez les Assomptionnistes.

« Je devins un brillant élève et l'on me remarqua. J'étais petit, malingre, mal habillé, sans argent de poche : je souffrais de ces imperfections. Mais bientôt on sût dans tout le collège que j'appartenais à cette maison mal famée que les Assomptionnistes tenaient en ville. Je fus couvert de honte et une timidité de plus en plus angoissante s'empara de moi. Dans le pays, avoir été dans cette maison constituait une tare indélébile. C'était un repaire de misère et de honte. Les parents pauvres de la ville et de la campagne y jetaient leurs enfants ; au bout de peu de temps, les petits s'étiolaient et mouraient d'épuisement. Ceux qui en sortaient, portaient sur eux des stigmates de faiblesse et d'infériorité qui les préparaient au malheur.

Heureusement, un curé qui me connut par la suite me fit entrer au séminaire où je restai pendant deux ans. Je pris les soins les plus grands pour cacher mon origine ; mais ce fut en vain : on l'apprit et pour que nul ne l'ignorât, un beau jour, le supérieur de ce séminaire, une brute qui est aujourd'hui évêque, me le jeta à la face, en pleine salle d'étude, au milieu de deux cents élèves. Je crus mourir de honte. Que n'avais-je lu alors le « Rouge et le

Noir ». J'étais dans le même milieu que Julien Sorel ; j'aurais peut-être acquis sa force de dissimulation et de mépris. Mon caractère se serait trempé et je serais arrivé à me dompter et à me dompter les autres.

« *Phobie du regard.* — Mais, à ce moment, j'étais atteint déjà d'un accident particulier, la peur du regard. J'ai souffert de la timidité de toutes les façons ; j'ai rougi, pleuré, même sans motifs ; j'ai craint de traverser un salon pour saluer la maîtresse de maison, pour inviter une jeune fille à danser ; je n'ose parler haut dans un restaurant. *Mais cela ne m'affecte que peu* ; je peux supprimer l'effet en supprimant la cause ; et puis beaucoup ont de ces transes et ne sont pas malheureux dans l'intimité. Tandis que la peur du regard, c'est un mal que je porte avec moi, que j'ai toujours là, dans les yeux. Je ne puis supporter qu'on me regarde, et le regard qui se fixe sur moi je ne puis le soutenir. A sentir les yeux de quelqu'un qui se posent sur moi, sur mon corps, sur mon visage, je me trouble et je perds toute pensée. Ce regard étranger, je le fuis, je l'évite, je le redoute comme une calamité, comme une arme empoisonnée. Que je sois avec une personne ou avec plusieurs, avec un ami ou un inconnu, je ne puis supporter son regard. Je suis incapable de regarder quelqu'un en face, pas même un enfant, pas même un chien. Dans une conversation, si c'est moi qui parle, je regarde successivement les yeux, le nez, la bouche de mon « adversaire », puis je porte les yeux sur un objet voisin. Tout en discourant, je pense à mon mal et perds le fil de mes idées. C'est pis lorsqu'on me parle ! Je sais qu'un regard me couve et que je ne puis soutenir ce regard. Pourtant, je dois regarder mon interlocuteur, surtout s'il est placé en face de moi, sinon j'aurais l'air de ne pas l'écouter. Alors, je fixe sa pupille, le blanc de l'œil, j'essaie de suivre le mouvement des paupières. Pendant ce temps, je n'entends rien de ce que l'on me dit. Je suis forcé de détourner la vue : j'en profite pour me ressaisir et je fais effort pour comprendre quelques mots. Quand j'ai compris ce que l'on me veut, je suis un peu distrait de mon obsession : je puis alors regarder de nouveau, mais aussitôt que je regarde, mon trouble s'exagère. Mon interlocuteur s'aperçoit bientôt que j'ai quelque chose qui n'est pas naturel ; souvent il perd lui-même contenance en me regardant. Il m'est arrivé quelquefois de le voir clignoter des paupières comme pour dissiper un malaise. Cela me met à la torture : il me semble que je commets une mauvaise action. Alors, la honte m'envahit, le sang reflue vers le cœur et un grand froid me fait frissonner des pieds à la tête.

« Cette phobie a été le tourment de ma vie depuis l'heure où elle a débuté. Elle m'a pris à un moment précis, dans les circonstances suivantes : J'avais quatorze ou quinze ans. Je vous ai dit comment je me trouvais alors, moi, jeune homme pauvre, au

milieu de jeunes gens riches. J'étais très studieux. Le professeur de science m'aimait beaucoup. Il me prit un jour à part pour me donner une explication. J'étais placé à sa droite; il portait des lunettes. A un moment donné, je soulevai une objection. Pour suivre ce que je lui disais, il me regarda de côté, sans remuer la tête, en tournant les yeux. Ce regard de travers me troubla; il produisit dans tout mon être une sensation étrange de stupeur que je n'avais jamais ressentie. Je continuai mon explication tant bien que mal; mais dès cet instant, j'étais pris. La fatalité s'était abattue sur moi. Du coup, elle avait broyé mon orgueil, détruit mes illusions, mes rêves d'avenir; elle avait anéanti en moi toute familiarité, toute amitié, tout abandon. Je devins un malheureux, souffrant partout, fuyant tout le monde, évitant mes amis, ne sachant pas m'en faire de nouveaux, désobligeant les personnes après me les être conciliées.

« C'est à cette cause initiale, à ce regard de travers que je fais remonter tous mes ennuis. Avant cet instant, j'étais timide, mais je n'avais pas conscience de ma timidité; j'étais pauvre, mais je comptais devenir riche; j'étais confiant, j'avais la sourire bon, facile, j'étais gracieux, je me laissais aimer et j'aimais. Depuis, la pensée qu'on me regardait et que je ne pouvais regarder en face, m'a rongé le cœur. Je n'ai plus été capable d'un sentiment tendre, d'un élan sincère; j'ai subi toutes les tortures et toutes les humiliations; j'ai souffert à toute heure du jour, j'ai versé la nuit des larmes de sang, j'ai désespéré de tout. Et voilà quinze ans que cela dure! »

Observation II. — Mme F..., trente-deux ans, nerveuse et impressionnable, grande timidité.

La malade raconte qu'elle souffre depuis l'époque de la puberté d'une singulière émotion : la peur de paraître en public et d'être regardée, Cette peur, grandissant avec les années, est devenue à l'heure actuelle une véritable torture. Comme elle est tenue, par la position de son mari, à occuper une situation mondaine, à remplir des devoirs de maîtresse de maison, à recevoir et à faire des visites, son existence n'est qu'une suite de souffrances sans nombre.

Lorsqu'elle doit recevoir ou sortir, elle est prise à l'avance d'une inquiétude anxieuse, tout à fait comparable à celle qui saisit un artiste, un mal de « trac » dans la journée qui précède une première représentation. Puis, le moment venu, où elle se trouve en présence des personnes, elle ressent une angoisse violente, un malaise pénible, des palpitations, de la sueur froide, de l'embarras de la pensée et de la parole, une envie de fuir et de se cacher à tous les yeux.

Ce sont les regards fixés sur son visage qui lui sont les plus

pénibles. Afin d'être moins aperçue, elle se place toujours à contre-jour, cache le plus souvent le bas de sa figure dans sa main. Le plus souvent possible aussi elle se sert de son éventail comme écran, et pour sortir en dehors, elle porte toujours une voilette épaisse.

Quant à soutenir les regards, elle ne le peut point. Lorsqu'elle essaye seulement de diriger ses yeux vers ceux de ses interlocuteurs, aussitôt ses paupières battent, sa vision se voile et se trouble, son angoisse redouble. Alors, elle baisse ses paupières et dissimule son embarras en jouant machinalement avec un objet à sa portée.

Ce n'est qu'en présence de quelques personnes de son entourage qu'elle se sent en confiance et reprend un peu de quiétude.

La cause de cette phobie du regard, elle l'attribue à sa grande taille, qui la rend, croit-elle, ridicule. Elle s'imagine aussi qu'on se moque d'elle par derrière et que toutes les personnes qui la considèrent l'étudient avec une intention malveillante.

Mme F... ne sait pas si elle rougit sensiblement au moment de son trouble ; en tous cas, elle ne s'est jamais inquiétée de cette rougeur : toute son émotion provient de se sentir regardée.

A ces deux observations, on pourrait en ajouter une troisième, possédant ce privilège qu'elle est impériale. Il s'agit en effet d'Elisabeth de Bavière, impératrice d'Autriche. On sait que l'infortunée souveraine qui devait trouver, à Genève, sous l'arme d'un assassin, une fin si tragique, présentait à côté d'autres symptômes psychopathiques dont l'hérédité des Vittelsbach justifie suffisamment l'origine, cette même phobie du regard jointe à la pudeur du visage qui la poussait à dissimuler sa face derrière un éventail ou une ombrelle. Cette impératrice de la solitude, qui rêvait d' « arriver à faire de soi une île », interposait constamment entre son visage et les regards « le fameux éventail noir, la trop connue ombrelle, fidèles compagnons de son existence extérieure, devenus presque des éléments constitutifs de son apparence corporelle. En ses mains, ils ne sont pas seulement ce qu'ils sont pour les autres femmes, mais plutôt de purs emblèmes, armes et boucliers au service de son véritable « moi ». Quand elle se trouve très haut, sur le sommet d'une montagne, baignée de suave solitude et de langueur, en l'embrassement du soleil, tandis que le grand midi roule sur les roches, alors seulement elle ferme l'ombrelle qui cache sa tête de tous côtés, alors seulement de la paleur de son visage elle abaisse l'éventail noir. Elle s'exprima là-dessus, une fois, à Lainz. Elle veut uniquement écarter d'elle la vie extérieure des hommes..., elle veut préserver son intérieur silence de toute profanation[1]...

[1] *Elisabeth de Bavière, impératrice d'Autriche* ; par Constantin Christomanos. Edition du Mercure de France. 1 vol. Paris 1900.

Ces exemples suffisent à bien préciser la physionomie clinique de la phobie du regard. Celle-ci représente, en somme, une peur morbide, greffée sur un état mental de timidité, à la façon de la phobie de la rougeur, mais entièrement distincte de cette dernière, puisque les phobiques du regard ne craignent point de rougir. C'est une forme particulière de la classe des phobies sociales ; et comme telle, elle mérite d'être décrite à part.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XIVe CONGRÈS

DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(Pau, 1er-7 août 1904).

Séance du 1er août (matin).

Le XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes s'est ouvert, le lundi 1er août, à 9 heures dans la Salle des Concerts du Palais d'Hiver, à Pau, sous la présidence de M. Faisans, maire de la ville, assisté de M. Guibert, préfet des Basses-Pyrénées, Dr Drouineau, délégué du ministre de l'Intérieur, M. Pelletier, délégué du préfet de la Seine, et des représentants des autorités locales. De nombreux médecins se trouvaient réunis, attirés par l'intérêt des questions mises au rapport, et aussi, il faut bien le dire, par le charme du pays et des excursions organisées aux environs. L'accueil qui leur était réservé en ce beau pays de Navarre a été particulièrement chaleureux. C'est M. Faisans, le maire de Pau, qui, en ouvrant la séance, a souhaité bon accueil à tous, et dit l'intérêt qui s'attachait aux travaux du Congrès, même pour les plus profanes des administrateurs, et a remercié le bureau d'avoir choisi Pau pour la tenue de ses travaux.

Le Professeur Brissaud, président du Congrès, a remercié le maire de Pau de ses souhaits et de son bon accueil, affirmant ses sympathies pour le Béarn, qui est devenu son pays d'adoption, et pour le maire de sa capitale, auquel, person-

nellement, il est très attaché. M. Brissaud n'a pas manqué de faire l'éloge du frère du maire de Pau, le Dr Faisans, médecin des hôpitaux de Paris, qui a conquis auprès de tous ses confrères de la *Société médicale des hôpitaux* de Paris une telle situation que cette Société l'a désigné comme son représentant devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Le Président remercie ensuite le Préfet pour la subvention qu'il a inscrite au budget départemental en faveur de l'organisation du Congrès. Il remercie aussi le Dr Drouineau, délégué du ministre de l'Intérieur, et propose d'envoyer une adresse de remerciements au Président du Conseil des ministres, M. Combes, ainsi qu'un salut cordial au président du XIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes, M. le Professeur Francotte (de Liège), retenu par la maladie d'un des siens. En terminant, M. Brissaud fait des vœux pour le succès du Congrès et remercie toutes les personnes étrangères et les dames qui ont bien voulu honorer de leur présence gracieuse la séance d'inauguration.

M. le Dr Drouineau prend ensuite la parole pour faire l'éloge de M. Brissaud et se louer, en tant que représentant du ministre de l'Intérieur, de cette heureuse circonstance qui lui permet de saluer dans le président du Congrès des aliénistes un membre récemment élu du Conseil général des Basses-Pyrénées. Les Conseils généraux sont les grands maîtres en aliénation mentale, au point de vue de l'organisation et de l'installation des asiles, au point de vue des réformes si nombreuses et si indispensables que réclame l'assistance des aliénés. A ce Congrès doit être discutée la très intéressante question des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels, dont M. Keraval a présenté le rapport très complet. On voit, par cet exemple, combien l'alliance intime entre les médecins aliénistes et les Conseils généraux peut être féconde et combien il serait souhaitable de voir suivre l'exemple fourni par M. Brissaud, dont les sages conseils et les avis éclairés seront utiles à ses collègues du Conseil général.

M. le professeur Brisaud prend la parole.

Il parle de M. Théophile de Bordeu, médecin béarnais né à Izeste. Dans un style où la pureté de la forme le dispute à la profondeur des idées et une haute science historique et philosophique, M. Brissaud retrace la vie de Bordeu, qui fut un précurseur, il inspira Bichat et Pinel. Dès 1742, il annonçait

des choses que Claude Bernard et Brown-Séquard contrôlèrent cent ans plus tard. Bordeu fut un des encyclopédistes avec Diderot, d'Alembert, etc., il n'admit jamais le principe d'autorité dans la foi scientifique, il contrôla, toujours aidé en cela par une instruction très forte et une connaissance des philosophes anglais et français. Bordeu a deviné les localisations cérébrales, que découvrirent à la fin du XIXe siècle, Charcot et Pitres. Il parla même d'ondulations et d'oscillations, c'est-à-dire de la théorie actuelle sur les vibrations.

Il reconnut le rôle trophique des nerfs, dans la vie des glandes. Claude Bernard et Ludwig n'ont fait que réaliser les aphorismes de Bordeu dont l'horizon atteint les extrêmes limites de la neurologie actuelle, M. Brissaud a voulu faire revivre en Béarn une figure béarnaise. Bordeu fut un précurseur. Les précurseurs ont toujours tort. M. Brissaud a voulu lui donner la place qu'il doit occuper dans l'histoire médicale de la France. De longs applaudissements ont salué la péroraison de ce magnifique discours.

A la suite de ce beau discours, plein d'humour, de verve et d'exacte documentation, la séance d'inauguration est levée et rendez-vous est pris pour 11 heures au château de Pau. Là tous les congressistes et les dames ont pu admirer les merveilleuses tapisseries des Gobelins et la fameuse écaille de tortue qui servit de berceau à Henri IV ; du haut de la tour, un ciel assez clair laissait deviner au loin le magnifique panorama des cimes neigeuses de la chaîne pyrénéenne.

Le soir, une brillante réception au palais d'hiver, par M. Faisans, maire de Pau, et Mme Faisans, réunissait tous les congressistes, qui purent admirer les projections photographiques des plus beaux sites environnants et entendre une fort belle partie de concert. PIERRE ROY.

Séance du 1er août (soir).

Les démences vésaniques.

M. DENY (de Paris), rapporteur. — Sous le nom de *démences vésaniques*, on désigne généralement les états d'affaiblissement permanent, progressif et définitif des facultés intellectuelles, morales et affectives, consécutifs aux psychoses. Les démences vésaniques sont donc des affections essentiellement *secondaires*, et

il semblerait, d'après cette définition, qu'on dût en décrire autant de types qu'il y a de psychoses pouvant les précéder.

Théoriquement vraie, cette proposition ne l'est plus pratiquement, parce que les démences consécutives ou secondaires finissent toutes à un moment donné par se ressembler et se confondre, au point qu'il devient très rapidement impossible de reconnaître l'affection initiale dont elles dérivent. Aussi se borne-t-on, en général, à étudier en bloc toutes les démences vésaniques, qu'elles soient secondaires à la *manie*, à la *mélancolie*, aux *psychoses dégénératives*, etc., de même que, sous le nom de *démences névrosiques*, on réunit les états démentiels qui succèdent à l'*épilepsie*, à la *chorée*, etc., etc.

Dans le récent traité de pathologie mentale de M. Gilbert-Ballet, M. Arnaud distingue seulement, suivant la période de la vie à laquelle elles apparaissent, deux formes, l'une *tardive* et l'autre *précoce*, de démence vésanique.

Si séduisante que soit cette conception qui, de l'ancienne entité morbide de Pinel et d'Esquirol, ne fait plus qu'un simple stade terminal des psychoses de l'âge mûr ou de la vieillesse (démence vésanique tardive), de l'adolescence ou de la jeunesse (démence vésanique précoce), nous ne croyons pas qu'elle corresponde à la réalité des faits et qu'elle puisse se concilier avec les idées nouvelles en psychiatrie.

Nous exposerons d'abord les raisons cliniques, anatomiques et étiologiques qui empêchent de considérer l'affection étudiée, surtout en Allemagne, depuis une dizaine d'années, — et aujourd'hui universellement connue sous le nom de *démence précoce* — comme une simple démence vésanique rapide (G. Ballet), consécutive aux psychoses de l'adolescence ; nous examinerons ensuite si la théorie de la démence vésanique tardive est plus justifiée, et s'il n'y aurait pas lieu, au contraire, de rayer définitivement du cadre des maladies mentales l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires.

Française par ses origines, mais incontestablement allemande par les développements scientifiques qu'elle a reçus outre-Rhin depuis une dizaine d'années, la démence précoce est essentiellement caractérisée par un affaiblissement spécial et rapidement progressif de l'ensemble des facultés intellectuelles, qui atteint de préférence les jeunes sujets, s'accompagne presque toujours de troubles psychiques variés et se termine dans l'immense majorité des cas par la perte complète de la raison.

Le début de l'affection est habituellement marqué par des troubles névropathiques protéiformes (céphalée, neurasthénie, crises convulsives, etc.), suivis d'*accidents délirants polymorphes*, mais offrant néanmoins certains caractères particuliers. A sa période d'état, la maladie s'affirme par un affaiblissement caractéristique

des facultés intellectuelles, auquel se surajoutent, dans la grande majorité des cas, des états de dépression, d'excitation, de confusion, de stupeur, des conceptions délirantes ou des troubles sensoriels. L'affaiblissement des facultés qui constitue le symptôme fondamental de la démence précoce, quelle que soit sa forme, présente des caractères spéciaux qui le différencient nettement des autres états démentiels. Le premier de ces caractères est d'être *primitif*, c'est-à-dire qu'il entre le premier en scène et précède, pour un observateur attentif, toutes les autres manifestations de la maladie. En second lieu, cet affaiblissement est *global*, car il se montre d'emblée diffus et généralisé aux trois grandes facultés psychiques (sensibilité, intelligence et volonté); mais — et c'est là ce qui lui confère une véritable spécificité, — il est *électif*, parce que, tout en intéressant l'ensemble des processus psychiques, il ne les atteint ni de la même manière, ni au même degré. Le déficit intellectuel des déments précoces, en effet, incomplet, quoique global, au point de vue de l'affection, se manifeste d'abord dans la sphère des sentiments affectifs et moraux et ne s'étend que plus tardivement à celle de l'activité volontaire et à celle des facultés intellectuelles proprement dites, pour devenir total, lorsque, par les progrès de la maladie, toutes les facultés sont anéanties.

Cette action élective assigne à la démence précoce une place distincte à côté des deux autres grandes démences, la *paralysie générale* et la *démence sénile*, puisque, primitives et globales toutes les trois, elles diffèrent cependant foncièrement en ce que les facultés sont lésées d'une façon prépondérante dans la démence précoce, les facultés intellectuelles proprement dites dans la paralysie générale, et la volonté dans la démence sénile.

Les troubles de la sphère affective et morale des déments précoces se traduisent par une *apathie* et une *indifférence émotionnelle* absolues. Cette indifférence s'étend à tout et à tous : il n'y a plus pour de tels malades, ni joie, ni tristesse, ni désir, ni crainte. Jamais ils ne réclament leur sortie de l'asile où ils sont internés, ni la visite de leurs parents; ils restent complètement étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux, n'ont plus aucune espèce de notion des convenances et n'hésitent pas à commettre en public les actes les plus dégradants.

A ces troubles de la vie affective, qui dénotent une disparition complète de la sensibilité morale, liée elle-même, bien entendu, à un affaiblissement déjà notable de l'intelligence, viennent bientôt s'ajouter des désordres de l'*activité motrice et volontaire* qui rendent le tableau de la maladie encore plus saisissant.

Naturellement, c'est par défaut que l'activité volontaire est troublée, mais la volonté n'est pas seulement lésée comme faculté de se décider à une action, elle est encore perdue comme pouvoir

d'arrêt des mouvements automatiques qui sont presque toujours conservés et surtout exagérés.

C'est à la réunion de ces troubles de l'activité volontaire et automatique que l'on a donné le nom de *syndrome catatonique*. Les principaux éléments de ce syndrome sont des phénomènes d'opposition plus connus aujourd'hui sous le nom de *négativisme;* des phénomènes de docilité auxquels s'applique le terme de *suggestibilité*, et enfin des stéréotypies. Le négativisme, se caractérise à son degré le plus léger par sa lenteur, la contrainte et l'hésitation des mouvements commandés, et plus tard par une inertie et une inaction complètes. Plongés dans la stupeur, les malades restent immobiles et comme figés durant des journées entières et dans la même position et opposent à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter une résistance invincible, conséquence de leur *activité négative*. Les manifestations de la suggestibilité consistent tantôt dans une simple docilité ou une sorte d'*activité imitative* des sujets, qui exécutent les actes les plus baroques qu'on leur ordonne, copient mutuellement leurs poses et leurs attitudes, conservent les positions qu'on imprime à leurs membres (*catalepsie*), répètent les mots prononcés devant eux (*écholalie*), reproduisent les gestes qu'ils voient faire (*échomimie*, *échopraxie*), etc.

L'affinité de ces deux groupes symptomatiques n'est pas contestable, car on les voit souvent alterner ou coexister chez les mêmes malades; tous deux du reste, peuvent être rapportés à un même processus psycho-pathologique fondamental, la perte de l'activité volontaire en même temps que la persistance d'une certaine activité automatique, irraisonnée et inconsciente. La désagrégation psychique de ces sujets s'accuse encore par l'apparition des phénomènes de stéréotypie qui consistent, comme on sait, dans la répétition incessante et indéfinie des mêmes gestes, des mêmes mots, qui s'intercalent dans toutes les phrases, des mêmes grimaces et des mêmes tics, des mêmes façons bizarres, affectées ou maniérées, de parler, de marcher, de s'asseoir, de manger, etc. A côté des stéréotypies, et comme autres manifestations de l'exagération de l'automatisme chez les déments précoces, il nous faut encore signaler leur besoin continuel de mouvements, leurs gesticulations désordonnées, sans but, sans troubles émotionnels adéquats; leur impulsivité, leurs fugues irrésistibles, leurs explosions de rires et de pleurs, etc. Quant aux modifications de la sphère intellectuelle proprement dite, elles se manifestent par des troubles de l'attention, de la mémoire, de la réflexion, du jugement, de l'association des idées, etc.

Les malades sont incapables de s'appliquer à aucun travail, de lire, de fixer leur esprit sur un objet. S'ils conservent en général assez bien le souvenir des faits anciens, ils ont complètement perdu la faculté de fixer de nouvelles images, ainsi que cela appa-

rait clairement dans leur verbigération écrite ou parlée, leur jargonaphasie, leurs néologismes, etc. La plupart des déments précoces (les déments paranoïdes exceptés) n'ont aucune notion du temps ; ils ne savent ni leur âge, ni le millésime de l'année ; leur langage en outre est d'une incohérence déconcertante qui prouve que l'association, l'enchaînement normal des idées, n'ont plus lieu que par assonance de certains mots, par des rimes, des synonymes, et aussi par antithèse, par opposition, l'émission de certains mots évoquant immédiatement un mot de signification contraire.

Tels sont les principaux aspects sous lesquels peut se présenter l'affaiblissement des facultés psychiques chez les déments précoces. Cet affaiblissement constitue, ainsi que nous l'avons déjà signalé, le fondement même de la maladie, ce qui veut dire qu'il en est à lui seul la condition nécessaire et suffisante.

Lorsqu'il existe à l'état isolé pendant tout le cours de l'affection, sans conceptions délirantes, sans hallucinations, sans excitation ni dépression, on se trouve en présence d'une forme atténuée ou fruste de la maladie (*forme simple* de M. Sérieux, *hébéphrénie mitigée* de M. Christian). Les autres variétés aujourd'hui classiques de la maladie, l'*hébéphrénie*, la *catatonie* et la *démence paranoïde* empruntent leur dénomination à la superposition, à cet affaiblissement intellectuel, de troubles psychiques variés : conceptions délirantes, hallucinations, états d'excitation, de dépression et de stupeur que nous allons rapidement passer en revue.

C'est surtout dans l'hébéphrénie et dans la démence paranoïde de Krœpelin que s'observent des troubles sensoriels et des conceptions délirantes.

Ces conceptions délirantes ne présentent rien de spécial en ce qui concerne leur contenu : les plus fréquentes sont des idées de richesse, de grandeur ou de persécution, parfois aussi des idées hypocondriaques, mystiques, érotiques, etc. ; elles sont foncièrement polymorphes et asystématiques, au moins dans l'hébéphrénie, et la première variété de la démence paranoïde (démence paranoïde simple), qui comprend les formes décrites en France sous le nom de *délire polymorphe des dégénérés*, de *délire d'emblée*, etc., en Allemagne sous celui de *paranoïa aiguë*. Par contre, dans la deuxième variété de démence paranoïde, — forme dans laquelle Krœpelin a fait rentrer tous les *délires systématisés hallucinatoires*, y compris le *delire chronique* de Magnan, — ces idées délirantes sont un peu moins mobiles, plus adhérentes et peuvent même offrir un certain degré de systématisation.

Les réactions psycho-motrices les plus variées (excitation, dépression, stupeur) peuvent s'observer dans toutes les formes de démence précoce, mais c'est dans la variété catatonique qu'elles jouent un rôle tout à fait prépondérant.

Ordinairement passagers, transitoires et éphémères dans l'hébé-

phrénie et surtout dans la démence paranoïde, les états d'excitation, de dépression ou de stupeur peuvent, au contraire, persister sans la moindre modification pendant des semaines, des mois et des années, dans la catatonie.

L'excitation se traduit par un verbiage incohérent, dans lequel les mots s'accolent les uns aux autres sans aucune suite (*salade de mots*), dont certains sont employés à contre-sens, d'autres déformés (*jargonaphasie*), forgés de toutes pièces (*néologismes*) ou répétés à satiété (*verbigération*). Le désordre qu'on observe dans les discours des déments précoces excités se retrouve dans leurs attitudes, leurs actes et toute leur manière d'être. Outre leur physionomie mobile, leurs cheveux en désordre, les femmes (visées surtout dans cette description) affectent de se montrer complètement nues, ou se drapent à l'antique dans leurs couvertures, prennent des attitudes de sphinx, de prédicateur, d'athlète, etc.

Lorsque à cette agitation motrice fait place une période de calme et de répit, les malades se dissimulent complètement sous leurs draps, le tronc et les membres repliés sur eux-mêmes, les genoux touchant souvent le menton, la tête toujours enfouie au milieu du lit.

Malgré leur calme apparent, ces malades diffèrent totalement de celles qui sont réellement en état de dépression ou de stupeur, parce que, à l'encontre de celles-ci, brusquement, instantanément, elles s'élancent hors de leur lit et recommencent la série des extravagances signalées plus haut.

Leurs compagnes en état de stupeur, gardent, au contraire, invariablement la même position : levées ou couchées elles restent durant tout le jour immobiles, raidies, figées, le plus souvent dans des attitudes pénibles ou fatigantes, la physionomie inerte, le regard vague, la tête légèrement inclinée, les bras ramenés le long du tronc, les membres tantôt résistants, impossibles à déplacer, tantôt mous, flasques et conservant les attitudes qu'on leur donne. Insensibles à toutes les excitations extérieures, les malades en état de stupeur *voient*, *entendent*, *comprennent*, et cependant elles ne répondent pas aux questions et se montrent incapables d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de donner la main. Place-t-on entre les mains d'une semblable patiente un crayon, un objet quelconque, elle le laisse échapper ou le tient machinalement sans chercher à se rendre compte de son usage, comme dans les cas d'abolition du sens stéréognostique. Cet état d'indifférence et d'incuriosité de la *main négativiste* est une confirmation de la loi de MM. Brissaud et P. Marie : il prouve que l'appétit de la fonction est étroitement lié à l'intégrité de son exercice et que, au moins dans le domaine de l'activité psychique supérieure, la perte des moyens d'exécution peut entraîner l'oubli même de la fonction paralysée.

Dans les cas de stupeur complète, les injonctions, les sollicita-

tions les plus pressantes, ne sont suivies d'aucune réaction motrice ou vaso-motrice. On peut alors diriger contre les malades la pointe d'un instrument tranchant, toucher leurs globes oculaires ou la pointe de leur langue avec l'extrémité d'une aiguille sans qu'ils donnent le moindre signe de frayeur. Seule, la *réflectivité automatique* persiste, la *psycho-réflectivité* est absente.

Ces états de stupeur, comme ceux d'excitation décrits plus haut, peuvent s'observer en dehors de la démence précoce, mais c'est seulement dans cette affection qu'ils se présentent sans relation avec des idées délirantes ou des hallucinations et indépendamment de troubles émotionnels.

Quand on interroge, en effet, les malades, dans leur période de rémission ou dans leurs intervalles lucides, sur la raison des bizarreries de leur conduite et de leurs attitudes, ou bien ils balbutient des raisons insignifiantes, ou bien ils déclarent qu'il leur était impossible d'agir autrement; mais ce qu'ils n'avouent pas, parce qu'ils ne s'en rendent pas compte, c'est qu'ils n'en avaient ni le *désir*, ni la *volonté*. Ce qui justifie encore une fois l'opinion de M. Séglas, que la seule explication plausible des symptômes catatoniques ne doit pas être cherchée ailleurs que dans le fonds mental sur lequel ils reposent : fond commun à toutes les variétés de la maladie et caractérisé surtout par la passivité de l'esprit, la perte de l'activité intellectuelle, la lenteur des processus psychiques et l'affaiblissement progressif de la synthèse mentale.

Il me resterait maintenant, pour compléter le tableau symptomatique de la démence précoce, à passer en revue les signes physiques de cette affection, mais comme ils n'ont pas encore acquis une réelle valeur sémiologique, je me bornerai à signaler les plus fréquents. Presque tous les auteurs ont constaté une exagération des réflexes tendineux chez les sujets en état de stupeur ou de demi-stupeur. Par contre, les réflexes cutanés ont été trouvés faibles ou abolis dans la moitié environ des cas. Il en est de même des réflexes lumineux et accommodateurs de la pupille. La pupille elle-même offre des dimensions variables ; dans un peu plus des deux tiers des cas le diamètre serait exagéré.

En outre de ces modifications de la réflectivité, on observe, chez un grand nombre de déments précoces, de la cyanose et du refroidissement des extrémités, des œdèmes localisés, des infiltrations particulières du tissu cellulaire des extrémités (pseudo-œdèmes de Dide), des alternatives d'engraissement et d'amaigrissement rapides survenant sans cause appréciable (Séglas), du dermographisme, des troubles de la menstruation, etc., etc.

Le liquide céphalo-rachidien, contrairement à ce qui se passe dans la paralysie généaale, ne contient pas d'éléments figurés: dans quelque cas cependant on a noté l'existence d'une lymphocytose modérée (Camus et Lhermitte). Quant aux urines, elles sont

généralement diminuées de volume et présentent presque toujours une diminution de leur teneur en urée, en phosphates et en chlorures. Plusieurs auteurs ont en outre constaté un retard dans l'élimination du bleu de méthylène, ce qui semble indiquer une diminution de la perméabilité rénale.

Les signes physiques que nous venons de passer en revue sont notablement plus fréquents et plus accusés dans les formes catatoniques et hébéphréniques de la démence précoce que dans la forme paranoïde. Ils appartiennent surtout à la période d'état de la maladie et diminuent en nombre et en intensité à la période terminale.

Leur valeur sémiologique est encore actuellement difficile à préciser; il semble bien, cependant, d'après l'étude comparative qui a été faite de ces mêmes signes dans quelques autres formes d'aliénation mentale, qu'ils sont plus nombreux et plus accusés dans la démence précoce que dans les autres psychoses; mais il faut reconnaître qu'aucun d'eux, pris isolément, ne saurait être considéré comme pathognomonique, et que c'est seulement par leur réunion et leur permanence qu'ils peuvent apporter une utile contribution au diagnostic.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie de la démence précoce, telle que nous venons de l'exposer brièvement, est fondée actuellement sur un nombre trop imposant de faits empruntés aux observateurs de tous les pays, pour que le plus léger doute puisse s'élever sur la réalité de cette entité morbide. Aussi bien n'est-ce pas la valeur nosographique de cette affection qui est aujourd'hui en discussion, mais uniquement son autonomie nosologique. Beaucoup d'aliénistes, en effet, tout en reconnaissant que la démence précoce ne laisse rien à désirer au point de vue symptomatique, se refusent à la considérer comme une maladie autonome et tendent à la faire rentrer dans le groupe des *folies dégénératives* ou *héréditaires*, parce qu'elle n'a pas encore pour critérium des lésions anatomiques indiscutables ou une étiologie spéciale.

« Le problème étiologique, dit M. Gilbert Ballet, me paraît, à l'heure actuelle, le problème capital; la démence précoce est-elle une psychose *accidentelle* ou une psychose *constitutionnelle?* Voilà le point vif de la question. Suivant la solution qui interviendra, on pourra décider si la description de la démence précoce n'est qu'une amplification nosographiquement plus détaillée de celle déjà donnée par Morel, ou si, au contraire, l'affection doit être élevée au rang d'entité nosologique nouvelle. »

On ne saurait nier que, de l'enquête étiologique faite par différents auteurs, il est encore bien difficile de tirer des indications positives sur la pathogénie de la démence précoce; il nous semble cependant que parmi les différents facteurs étiologiques le plus souvent invoqués, il en est deux, au moins, qui méritent de retenir l'attention.

Le premier, c'est que chez un assez grand nombre de déments précoces, il existe des *antécédents héréditaires névropsychopathiques non douteux ;* le second, que les causes accidentelles qu'on fait le plus volontiers intervenir, sont toutes réductibles à un *processus d'auto-intoxication*, dont le déterminisme, à la vérité, n'a pu être encore précisé, mais que l'âge auquel la maladie se développe le plus souvent permet de rattacher vraisemblablement à un trouble de la sécrétion des glandes sexuelles (testicules, ovaires), pour un certain nombre de cas (la grande majorité) et, pour les autres, à une insuffisance fonctionnelle des glandes hépatiques, rénales, surrénales, thyroïde, etc.

De ces deux constatations, la première, à nos yeux, signifie simplement qu'une prédisposition est indispensable au développement de la démence précoce. A vrai dire, cette prédisposition aurait pu être admise *a priori*, personne aujourd'hui ne mettant en doute qu'une sorte de consentement de l'organisme est nécessaire pour qu'une maladie s'installe et persiste.

On peut donc considérer comme un fait acquis que si la démence précoce se montre chez les dégénérés, c'est seulement dans un petit nombre de cas. Cette constatation ne porte nullement atteinte à la théorie de l'auto-intoxication ; les tares dégénératives — bien qu'on ait soutenu le contraire — s'observent aussi quelquefois dans la paralysie générale et, cependant, l'origine accidentelle de cette affection n'en est pas moins proclamée par la grande majorité des auteurs. La paralysie générale, a déclaré M. Magnan, est la plus individuelle des maladies mentales.

Nous avons dit, d'autre part, que, de notre enquête étiologique, résultait la notion que la prédisposition, héréditaire ou acquise, avait besoin d'être actionnée par des causes accidentelles pour réaliser le syndrome clinique de la démence précoce et nous avons émis l'hypothèse que, sous le couvert de masques divers (excès, surmenages, traumatismes, chocs moraux, épuisement, etc.), ces diverses causes, en apparence complexes, formaient un seul faisceaux étiologique dont tous les éléments étaient sous la dépendance d'un même processus pathogénique. L'étiologie est, à vrai dire, impuissante à nous renseigner sur la nature de ce processus mais peut-être nous sera-t-il possible, en faisant appel à l'anatomie pathologique, de soulever un coin du voile qui le recouvre. Un point qui semble actuellement à l'abri de toute contestation, c'est l'existence d'une profonde altération de la cellule nerveuse et de ses prolongements dans tous les cas de démence précoce (Klippel et Lhermitte). On ne manquera pas de nous objecter que la lésion exclusive du neurone n'a pas, par elle même, une signification absolue, qu'on l'observe dans tous les états démentiels et même dans beaucoup de psychoses.

A cette objection, nous répondrons que si la cellule nerveuse est

lésée isolément, c'est qu'elle est le terrain par excellence des réactions les plus délicates et les plus précoces aux imprégnations toxiques (Dupré) et, d'autre part, qu'il n'est pas absolument démontré que les réactions défensives de l'organisme, qu'on a l'habitude d'observer dans tous les processus toxi-infectieux aboutissent à la mort de la cellule, fassent complètement défaut dans la démence précoce.

MM. Alzheimer, Nissl, Bridier et quelques autres auteurs ont noté expressément l'existence de lésions vasculaires, et aussi, d'une infiltration de l'écorce par des corpuscules ronds de dimensions variables, de nature névroglique ou leucocytaire, qui semblent jouer le rôle de neuronophages vis-a-vis de la cellule nerveuse.

Cette prolifération de la névroglie n'est, du reste, pas niée par MM. Klippel et Lhermitte, mais ils la relèguent au second plan, parce qu'elle était circonscrite et limitée dans les cas qu'ils ont examinés : mais si cette prolifération n'était pas plus abondante, il faut peut-être en chercher la cause dans la brusque interruption de l'affection par une maladie intercurrente, ainsi que le fait s'est produit chez 3 sur 4 des malades dont ils ont examiné les centres nerveux.

Après les réserves cliniques que nous venons de faire, il est peut-être un peu téméraire d'affirmer, avec ces auteurs, que, dans la démence précoce, « la lésion localisée à l'un des tissus de l'encéphale demeure comme un fait indiscutable... et qu'il y a là une lésion qui appartient à la démence précoce et non à certaines autres démences ». Dans l'état actuel de la question nous croyons inutile d'insister davantage sur l'interprétation que sont susceptibles de recevoir des altérations dont le siège, la nature et l'étendue prêtent encore à discussion. Ce qu'il nous est seulement permis de retenir en nous en tenant aux constatations les plus récentes, c'est l'analogie, pour ne pas dire la complète identité, de ces lésions avec celles de psychoses dont l'origine toxi-infectieuse ne fait plus de doute pour personne, comme la confusion mentale et la psychose polynévritique (G. Ballet). Dans ces deux ordres de faits (psychose polynévritique et confusion mentale d'une part, démence précoce de l'autre), on note la même intégrité des méninges et des vaisseaux, la même absence de lésions notables de la névroglie, la même localisation du processus à la cellule nerveuse dont les angles sont arrondis, les prolongements plus grêles, le protoplasma granuleux, le noyau excentriquement déplacé, etc. Il semble donc que, d'ores et déjà, on soit en droit, au nom de l'anatomie pathologique, de distinguer la démence précoce des folies dites dégénératives et de les rattacher avec Krœpelin au groupe des maladies mentales dues à une auto-intoxication.

Après les considérations qui précèdent, on me pardonnera

d'être bref sur les arguments cliniques qui peuvent être invoqués à l'appui de l'origine auto-toxique de la démence précoce. A considérer seulement la lente évolution de la maladie, qui n'aboutit à la perte complète des facultés qu'après une série de crises paroxystiques et de rémissions, on ne peut se défendre de penser à l'intervention d'un processus toxique qui procède par poussées et n'envahit que progressivement, d'une façon inégale et intermittente, l'ensemble des territoires psychiques. En faveur de cette hypothèse, militent encore les accès fébriles, les crises convulsives, les états cataleptoïdes, etc., et, dans le même ordre d'idées, les états de confusion, d'engourdissement, de torpeur, d'onirisme et de puérilisme qui donnent à la maladie un cachet si spécial. Mais comme il n'y a là, en réalité, que des présomptions, mieux vaut se cantonner sur le terrain anatomique. Or, l'histopathologie actuelle de la démence précoce, même réduite aux constatations de MM. Klippel et Lhermitte, tend à faire admettre l'existence d'une altération de la substance grise du cerveau, et principalement des zones d'association, par des poisons vraisemblablement d'origine glandulaire.

Nous conclurons donc en disant que la démence précoce, tout en restant soumise, dans les mêmes limites que la paralysie générale, à l'inéluctable loi de la prédisposition héréditaire et acquise, est, au même titre et dans la même mesure que cette dernière affection, une maladie *fortuite* et *accidentelle*.

Après l'exposé qui vient d'être fait des raisons qui nous empêchent d'envisager la démence précoce comme une affection secondaire ou consécutive à certaines psychoses, fût-ce même à la confusion mentale (Régis), et par conséquent d'admettre la théorie de la *démence vésanique rapide*, il nous reste à examiner si la conception de la *démence vésanique tardive* est plus justifiée.

Pour cela, nous examinerons séparément les trois grands groupes d'états démentiels consécutifs : 1° aux folies généralisées (manie, mélancolie, etc.) ; 2° aux psychoses dites des dégénérés (délire d'emblée, délire polymorphe, paranoïa aiguë, etc.) ; 3° aux folies systématisées chroniques.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la *manie* et la *mélancolie* dites *essentielles* ne peuvent plus être considérées comme des entités morbides et que, par ces mots, on désigne de simples états syndromiques pouvant toujours être rattachés à la folie maniaque dépressive, à la paralysie générale, aux folies toxiques, à la demence précoce, à la confusion mentale, etc, Sur 1.000 maniaques suivis pendant de longues années, dit Kræpelin, je n'en ai observé qu'un seul qui n'ait pas eu de récidives. Le même auteur et, après lui, M. Sérieux, M. Capgras, etc., ont également établi que la mélancolie n'existait, en tant qu'affection autonome, que comme manifestation

des processus organiques d'involution sénile et que les états mélancoliques observés pendant la jeunesse ou l'âge adulte, étaient tous justiciables de la folie maniaque dépressive ou de la démence précoce, quand ils n'étaient pas liés à la paralysie générale ou aux folies toxi-infectieuses. La manie et la mélancolie perdant ainsi toute valeur en tant que types nosologiques, on voudra bien reconnaître qu'il ne saurait y avoir à proprement parler de démences post-maniaques ou post-mélancoliques.

Y a-t-il lieu de conserver les démences consécutives aux états dits dégénératifs décrits sous le nom de *délires d'emblée* ou *polymorphes*, de *paranoïa aiguë*, etc.? De l'avis de tous les auteurs, la terminaison habituelle de ces états serait la guérison. Nous n'y contredirons pas, mais il faut avouer que ces prétendues guérisons ne visent que l'épisode délirant et les troubles sensoriels qui l'accompagnent. Le plus souvent, les malades sortent de leurs accès délirants, diminués intellectuellement.

Mais comme leur niveau mental, déjà faible congénitalement, était inconnu du médecin qui les traite, ce déficit passe inaperçu, et alors deux éventualités peuvent se produire : ou les malades quittent l'asile pour y rentrer bientôt avec des accidents analogues qui, eux-mêmes, disparaissent à leur tour, et ce n'est souvent qu'après trois ou quatre paroxysmes délirants — dont on méconnaît ordinairement, du reste, les liens de parenté — que l'état démentiel éclate à tous les yeux; ou bien les accalmies ne sont pas assez franches pour que le malade quitte l'asile, et au bout de quelques semaines et de quelques mois les manifestations délirantes se reproduisent et évoluent pour ainsi dire d'une seule traite vers la démence définitive et incurable. Dans les deux cas, il ne s'agit donc pas réellement d'une démence secondaire ou terminale, mais d'une démence primaire, protopathique, précoce, momentanément masquée par des phénomènes délirants; ceux-ci sont sujets à des rémissions et peuvent même disparaître tout comme dans la paralysie générale, mais le déficit mental sur lequel ils sont greffés est permanent et s'accentue progressivement pour aboutir au bout de plusieurs années à la perte complète de l'intelligence. Parfois, du reste, les caractères cliniques de ce déficit intellectuel, qui s'affirme encore par des actes baroques, des tics, des stéréotypies, du négativisme, du collectionisme, des soliloques, de la verbigération, etc., ne laissent aucun doute sur son origine démentielle.

Restent les *délires systématisés chroniques*. Beaucoup d'auteurs estimaient autrefois que ces psychoses ne se terminaient jamais par la démence. On se rappelle l'opposition qu'a rencontrée M. Magnan pour faire accepter la période démentielle de son délire chronique à évolution systématique. L'effacement du délire, sa cristallisation, l'indifférence des malades étaient mis sur le

compte de leur long internement et de l'inutilité reconnue par eux de leurs affirmations délirantes.

Ces faits ne sont plus aujourd'hui envisagés de la même façon : il est nombre de cas, dit M. Séglas, en parlant des délires systématisés, surtout des variétés dites hallucinatoires, qui arrivent à une démence véritable, bien qu'incomplète et de caractères particuliers. MM. Sérieux et Masselon admettent également les *délires sysmatisés hallucinatoires* aboutissent plus ou moins tardivement à l'affaiblissement intellectuel; mais sans se prononcer d'une façon catégorique, ces auteurs hésitent cependant à faire rentrer les états d'affaiblissement intellectuel consécutifs aux délires systématisés hallucinatoires dans la variété paranoïde de la démence précoce. Pour eux, il s'agirait bien là d'une démence secondaire méta ou post-vésanique. Voilà en somme à quoi se réduirait le vaste groupe des démences vésaniques que tous les auteurs font encore figurer dans leurs classifications. Faut-il se ranger à l'opinion de M. Séglas et de M. Sérieux, ou adopter celle de Krœpelin qui soutient que toutes les variétés hallucinatoires de la paranoïa, y compris le délire chronique de Magnan, doivent être considérés, au moins à titre provisoire, comme appartenant à la démence précoce? En ce qui nous concerne, nous nous sommes déjà expliqué ailleurs sur cette question, nous n'y insisterons donc pas. Voici cependant quelques-uns des arguments qui peuvent être invoqués en faveur de la théorie de Krœpelin.

Pour juger du niveau intellectuel des malades atteints de délires systématisés chroniques, il faut étudier le contenu de ces délires qui, comme on le sait, est presque toujours à bases d'idées hypocondriaques, de persécution ou de grandeur. Or, de l'avis de tous les auteurs, de semblables idées ne peuvent se développer qu'à la faveur d'un affaiblissement congénital ou acquis, temporaire ou permanent, des facultés : leur fréquence, en dehors de la folie systématisée, chez les imbéciles, les débiles et les déments de toute espèce, le prouve suffisamment pour que nous n'ayons pas besoin de nous arrêter sur ce point. Il est vrai que les mêmes auteurs insistent à l'envi sur les caractères différents que présentent ces idées dans les affections que nous venons de citer (imbécillité, débilité mentale, paralysie générale, etc.) et dans la paranoïa.

Pour démontrer la conservation relative de l'activité intellectuelle chez les paranoïaques, on invoque surtout la systématisation de leurs délires; leurs conceptions fausses, dit-on, s'enchaînent et se relient les unes aux autres; seul, le point de départ de ces conceptions repose sur une fiction, mais celles-ci sont logiquement déduites les unes des autres et on en conclut à l'intégrité des facultés syllogistiques de ces malades.

En réalité, la systématisation des idées chez ces sujets est loin

d'être aussi inattaquable qu'on l'admet généralement (je rappelle qu'il ne s'agit ici que des variétés hallucinatoires de la paranoïa); l'échafaudage en est le plus souvent fragile et chancelant; mais, en admettant même le parfait agencement de ces échafaudages délirants, il est bien évident qu'ils ne peuvent s'édifier qu'à la faveur d'une crédulité et d'une perte complète de la faculté autocritique, qui sont les témoins irrécusables d'un affaiblissement préalable des facultés. Cet affaiblissement, dira-t-on, est congénital, il n'est pas acquis, il n'est donc pas démentiel. Il est probable qu'en réalité, il est l'un et l'autre. En tout cas, M. Magnan a signalé l'existence de délires systématisés, en apparence purs de tout mélange, chez des paralytiques généraux. Son élève, M. Pécharman, a également relevé plusieurs cas de délire systématisé chez des vieillards, c'est-à-dire chez des sujets dont le cerveau est en voie de régression athéromateuse. Délire systématisé et démence ne peuvent donc pas être considérés comme deux termes ennemis, contradictoires. D'autre part, la superposition si fréquente des idées de grandeur aux idées de persécution chez les paranoïaques n'est-elle pas la preuve irrésusable des progrès de leur amoindrissement intellectuel? Et la cristallisation elle-même de leurs conceptions délirantes, qui tournent dans un cercle de jour en jour plus étroit, se reproduisent, constamment identiques à elles-mêmes, qui sont *stéréotypées* comme on disait autrefois, ne constitue-t-elle pas un nouvel argument à l'appui de la thèse que nous défendons? La stéréotypie délirante des délirants chroniques est évidemment un phénomène du même ordre que la stéréotypie verbale des déments précoces; cette répétition monotone des mêmes mots dans un cas, des mêmes idées dans l'autre, ne peut être que le fait d'un effacement progressif des images mentales et de la fixation isolée, automatique, de quelques-unes seulement d'entre elles dans le champ de la conscience (Masselon), ce qui revient à dire que la démence est le substratum de ces stéréotypies.

Telles sont les principales raisons qui nous semblent justifier l'introduction dans le cadre de la démence précoce de la plupart des délires systématisés hallucinatoires chroniques.

Ajoutons, enfin, que la terminaison constante de ces délires par démence totale, peut encore être invoquée en faveur de la doctrine de Krœpelin. Si celle-ci rencontre encore une si grande opposition, c'est qu'au dire de certains auteurs il s'écoulerait un temps parfois considérable entre le début du délire systématisé et le moment où la démence fait son apparition; il y a là une équivoque qui disparaîtrait, si tout le monde s'accordait pour donner au terme de démence la même valeur.

Après Claus, je rappellerai que le mot *dementia*, en allemand, a une signification moins absolue que celle qu'on lui attribue en

France, « que dans la sixième édition du traité de Krœpelin, le terme de « démence » est remplacé par celui de « Schwachsinn » qui signifie simplement : faiblesse d'esprit. En médecine mentale, plus peut-être encore que dans les autres branches de la médecine, il est nécessaire de définir exactement les termes que l'on emploie. Comme tous les processus, celui de la démence a un commencement, un milieu et une fin. En France, on a pris à peu près l'habitude de réserver le mot « démence » pour désigner exclusivement la phase ultime des déficits intellectuels. En bonne logique, ce terme doit s'appliquer également aux phases initiales de ces déficits, lacunaires ou globaux, permanents ou progressifs, quelle que soit par ailleurs la subtilité que réclame leur constatation; et cela, jusqu'au jour où les progrès de l'anatomie pathologique nous permettront de faire, pour le syndrome clinique de la démence, ce qui a été si heureusement réalisé par les remarquables travaux de Bourneville et de ses élèves, pour le syndrome clinique de l'idiotie.

En s'appuyant sur ces considérations purement cliniques, on serait donc en droit de nier aujourd'hui l'existence des *démences* dites *vésaniques* ou *secondaires;* mais d'autres raisons peuvent encore être invoquées en faveur de cette thèse.

Depuis longtemps, l'anatomie pathologique avait devancé sur ce point la clinique, en établissant l'existence, dans tous les cas de démence chronique, de lésions matérielles de la corticalité cérébrale, et en montrant que l'intensité de ces lésions était toujours en rapport avec la gravité des symptômes : il est donc bien difficile, pour tout esprit non prévenu, de ne pas admettre un rapport de causalité entre ces lésions et le tableau symptomatique de la démence. M. Pierret, le premier en France, a soutenu cette doctrine, qui a été confirmée depuis par un grand nombre d'observateurs.

La démence, quelle que soit son origine, dit M. Nissl, a toujours un substratum anatomique objectivement démontrable : toutes les démences sont donc foncièrement *organiques* et diffèrent seulement entre elles par le degré d'intensité du processus de destruction cellulaire du cortex. A la vérité, MM. Klippel et Lhermitte ont essayé récemment d'établir une ligne de démarcation entre les démences vésaniques, en se fondant sur la différence de localisation des lésions respectives de ces deux groupes d'états démentiels.

D'après cette théorie, « les délires et les démences dites organiques auraient pour caractère anatomique d'atteindre l'ensemble des tissus qui composent l'encéphale et à côté des lésions du neurone, et de la névroglie (tissu neuro-épithélial) d'entraîner celles des éléments vasculo-conjonctifs (leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives). « Les délires et les démences vésa-

niques seraient liés aux lésions dites fonctionnelles et à l'atrophie du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, à part parfois la névroglie, ne participeraient pas aux lésions. »

On remarquera qu'à cette différence de siège des altérations ne correspond aucune différence de nature. Il s'agit toujours de lésions destructives avec désintégration plus ou moins complète de la cellule, mais tandis que l'élément noble est seul intéressé dans un cas. dans l'autre sa gangue vasculo-conjonctive participe au processus.

Dans ces conditions, est-on réellement fondé à séparer aussi nettement des affections qui reconnaissant un même substratum, ne différant que par son étendue? D'autres répondront et, pour commencer, voici déjà l'opinion de M. Pierret sur la question : « De toutes les lésions observées au cours des démences, écrit son élève, M. Bridier, la plus constante est celle de la cellule corticale. Il ne s'agit pas seulement d'une lésion banale telle que la chromatolyse, mais de la destruction de l'élément et de son remplacement par des amas de noyaux ou tout au moins par une dégénérescence granulo-pigmentaire, » et plus loin : « Au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut faire de distinction entre les démences organiques et les démences vésaniques. »

La clinique nous ayant déjà fourni la même réponse, c'est à cette conclusion que nous nous rallierons, d'autant plus qu'elle est basée non pas sur l'examen de quelques cas de démence précoce, comme celle de MM. Klippel et Lhermitte, mais sur un ensemble de faits comprenant les principaux types de démences classiques, y compris les anciennes démences aiguës curables d'Esquirol (confusion mentale, stupidité, etc., que nous n'avons pu étudier ici sous peine de passer en revue toute la pathologie mentale.

Abstraction faite de ces démences aiguës, nous avons essayé d'établir que l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires ne pouvait plus être maintenu dans les classifications psychiatriques; parmi ces démences, il en est d'abord plusieurs qui doivent forcément disparaître, puisque les psychoses dont elles constituaient le stade terminal ont perdu leur autonomie; telles sont les démences consécutives aux folies simples, la démence maniaque, la démence mélancolique, etc. Quant aux deux autres groupes de demences vésaniques, celles qui sont consécutives aux prétendues psychoses dégénératives, aux délires systématisés aigus ou chroniques (variétés hallucinatoires), etc., elles ressortissent toutes aux différentes formes de la démence précoce, et par conséquent, appartiennent à la catégorie des démences primitives.

Défalcation faite des démences toxiques et des démences névrosiques, qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail, on pour-

rait, en s'appuyant sur ces données, essayer de grouper au moins provisoirement les démences organiques (y compris les anciennes démences vésaniques) en deux grandes classes : celles qui sont dues à des *lésions circonscrites, solitaires* ou *multiples*, et celles qui reconnaissent pour cause des *lésions diffuses et généralisées d'emblée;* cette seconde classe paurrait elle-même être subdivisée en deux groupes, à la vérité artificiellement séparés, suivant qu'il s'agit des lésions *aiguës* ou *chroniques, réparables* ou *destructives.*

Ce classement permettrait de réserver une place aux anciennes démences aiguës curables, qui, nées dans notre pays, ont au moins autant de peine aujourd'hui à s'y acclimater que la démence précoce.

M. Parant (de Toulouse). — Le rapport de M. Deny, qui devait traiter des démences vésaniques en général, est en réalité consacré presque exclusivement à une forme psychopathique nouvelle, décrite récemment sous le nom de démence précoce, par la psychiatrie allemande, et que celle-ci prétend devoir être substituée aux anciennes psychoses.

Cette démence précoce serait caractérisée par un affaiblissement primitif de l'ensemble des facultés psychiques, indépendamment de toute autre manifestation morbide. Ces affections mentales, que l'on appelait jusqu'ici manie, mélancolie, stupeur, confusion mentale, voire même délire systématisé chronique, etc., bien qu'elles puissent marquer le début de la maladie et lui imprimer des allures spéciales, ne seraient que des accidents accessoires, épisodiques; elles ne constitueraient nullement la cause de la démence.

Cette conception ne me paraît pas fondée, et pour les raisons suivantes : elle manque de preuves, et ne repose guère que sur des affirmations; son étiologie est incertaine, sa pathogénie difficile à établir; son exposé clinique enfin n'est que partiellement exact.

Il est certain qu'on voit souvent des jeunes gens qui, pour des causes diverses, indépendantes même de toute influence héréditaire, deviennent aliénés et tombent rapidement dans la démence; on peut concéder que dans quelques cas, rares, du reste, cette démence est vraiment primitive ; mais, pour la généralité des faits rien ne prouve qu'elle soit telle et il y a au contraire de bonnes raisons de soutenir que les manifestations délirantes qui marquent le début de la maladie et occupent le premier plan de la scène morbide, loin d'être des accidents accessoires, sont des éléments fondamentaux et le point de départ de la démence.

La preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que ces manifestations aboutissent souvent non à la démence, mais à des délires systématisés chroniques, où l'affaiblissement des facultés n'apparaît que tardivement; voire même que, dans certains cas, elles se terminent par des guérisons solides et durables. Or, si la démence ne

survient qu'après un délire à longue évolution, ce n'est plus de la démence précoce, et si la guérison se produit sans que les facultés mentales aient été amoindries, ce n'est même plus de la démence.

M. Dide (de Rennes). — La démence précoce a actuellement conquis droit de cité en pathologie mentale, et la discussion ne paraît porter que sur les limites à assigner à cette affection. Pour ma part, je pense qu'il y a lieu de réserver l'appellation de démence précoce à des cas survenant avant l'achèvement du développement complet de l'individu et caractérisés, au point de vue mental, par des alternatives d'excitation maniaque et de dépression avec inhibition, ces alternatives étant le plus souvent commandées par des hallucinations, les unes psychomotrices (excitation), les autres psycho-inhibitrices (dépression). La maladie évolue rapidement vers un affaiblissement intellectuel où l'attention et les sentiments affectifs sont altérés d'une façon précoce.

Il existe, en outre, des formes anormales résultant de l'exagération d'un symptôme : les formes catatonique, agitée ou stupide, en sont les exemples les plus simples. Dans la forme paranoïde, il existe une période délirante qui peut être la première en date. Enfin, la démence précoce, simple, non délirante, est une forme fruste où les états obsédants et impulsifs semblent remplacer les hallucinations.

Ainsi limitée dans ses grandes lignes, la démence précoce paraît devoir comporter, comme la paralysie générale, des signes physiques dont aucun, considéré isolément, n'est pathognomonique, mais dont le groupement offre une certaine valeur. Les signes vasomoteurs sont à citer en première ligne : ce sont le dermographisme, le pseudo-œdème, le purpura, l'érythème multiforme, les alternatives de congestion et d'anémie de la papille. Puis viennent les troubles réflexes : exagération des réflexes tendineux, diminution de réflexes cutanés, variabilité de l'état moyen de la pupille. Il faut mentionner encore les troubles génito-urinaires (troubles de la fonction génitale, modifications de la formule urinaire avec oligurie, augmentation de la densité, diminution notable de l'urée). On peut noter enfin des modifications de la formule hématologique, avec légère lymphocytose et augmentation du taux des éosinophiles.

Au point de vue pathogénique, il semble bien que la démence précoce soit liée à des phénomènes auto-toxiques, mais certainement très différents des auto-intoxications hépato-rénales, car le régime lacté intégral, appliqué à 12 malades pendant cinq mois, n'a apporté que d'insignifiantes modifications a l'état mental.

Les guérisons signalées résultent probablement, en majeure partie d'erreurs de diagnostic ou doivent être considérées comme des rémissions, du moins dans la plupart des cas.

M. Dupré (de Paris). — J'ai observé, pour ma part, 2 cas de

de démence précoce à forme catatoniqne, terminés par la guérison. Il s'agit de deux jeunes filles, âgées respectivement de dix-huit et de vingt-trois ans, qui, après avoir présenté pendant plusieurs mois le syndrome le plus net et le plus complet de la catatonie (raideur, stéréotypie des attitudes et du langage, négativisme, impulsions, etc.), ont absolument guéri sans diminution ultérieure saisissable de l'intelligence; la guérison dure chez l'une depuis un an et demi, chez l'autre depuis huit mois. L'avenir décidera s'il s'agit dans ces deux cas de rémission ou de véritable guérison; la cessation des accidents est en tout cas complète.

Ces faits sont analogues à ceux qu'ont déjà publiés les anciens aliénistes, et à ceux auxquels faisait allusion tout à l'heure M. Parant; ils rentrent dans la seconde classe des pseudo-démences précoces de Régis, celle des psychoses toxiques subaiguës qui atteignent les prédisposés sous des influences encore mal connues.

M. Lhermitte (de Paris). — Nous avons examiné, avec M. Camus le sang de 30 malades atteints de démence précoce à différentes périodes de l'affection. Nous avons pu constater, au début de la maladie, une très légère anémie. En outre, dans la majorité des cas, on trouve, aux divers stades de l'affection, une leucocytose très modérée, portant de préférence sur les éléments mononucléés du type moyen.

Nous avons examiné, d'autre part, le liquide céphalo-rachidien de 20 déments précoces, chez lesquels il n'existait aucun antécédent syphilitique ni aucune cause appréciable d'irritation méningée. Dans 6 cas, nous avons cependant rencontré une lymphocytose modérée, surtout chez les malades arrivés à la phase de démence terminale. L'opinion des auteurs qui nient la lymphocytose dans les démences vésaniques nous paraît donc trop exclusive car il y a des faits indiscutables — peu nombreux, il est vrai — où la constatation de ce signe, bien qu'encore inexpliquée, ne doit pas infirmer le diagnostic.

M. Régis (de Bordeaux). — J'estime, contrairement à M. Deny qu'il faut conserver dans les cadres psychiatriques les démences vésaniques ou secondaires, consécutives aux diverses psychoses (manie, mélancolie, psychose des dégénérés, etc.). Qu'elles soient symptomatiques ou non, ces affections sont trop solidement établies par la tradition pour qu'on puisse mettre leur existence en doute. Quant à la démence précoce au sens que M. Kräpelin attache à ce terme, avant de se demander si elle est d'origine constitutionnelle ou accidentelle, il aurait fallu, à mon avis, démontrer la réalité de son existence. Or, parmi les observations qui ont été publiées sous ce nom, il y a lieu de distinguer deux ordres de faits : les uns concernent des adolescents plus ou moins tarés antérieurement qui, parvenus à l'âge critique de la puberté, voient peu à peu leurs facultés intellectuelles disparaître; c'est la

démence précoce, type Morel; les autres ont trait aux déments catatoniques et paranoïdes des auteurs allemands, et doivent être rattachés à la confusion mentale, car, le plus souvent ces prétendues formes de la démence précoce se terminent par la guérison.

M. Ballet (de Paris). — Au point de vue nosographique et clinique, je me rallie à peu près complètement aux conclusions du rapporteur; je repousse donc les critiques que lui a adressées MM. Parant et Régis, et loin de nier l'existence de la démence précoce, dont l'étude, il faui bien le reconnaitre, a été complètement négligée en France pendant de longues années, je déclare au contraire, que cette affection est extrêmement fréquente. Toutefois, les arguments invoqués par M. Deny pour démontrer l'origine accidentelle de la démence précoce ne me semblent pas devoir entrainer la conviction contre cette théorie, on peut, je crois, faire appel à deux ordres de raisons, les unes anatomo-pathologiques, les autres étiologiques.

Au point de vue anatomo-pathologique, il y a une grande différence entre les lésions trouvées par MM. Klippel et Lhermitte dans 4 cas de démence précoce (diminution du nombre des cellules pyramidales, en dehors des zones psychomotrices, sans modification de la forme cellulaire, avec chromatolyse légère) et les lésions que j'ai décrites dans la confusion mentale (tuméfaction, gonflement, modifications de la forme cellulaire des cellules géantes de la rolandique, avec chromatolyse intense). En vain, M. Deny a tenté d'identifier des lésions de caractères aussi différents et de se baser sur cette prétendue analogie histo-pathologiqne de la démence précoce avec la confusion mentale pour en déduire l'origine toxémique de la première de ces affections. Fussent-elles même comparables à celles de la confusion mentale, les lésions signalées par MM. Klippel et Lhermitte pourraient être encore attribuées à une intoxication secondaire, tout à fait en dehors de l'affection cérébrale et sous la dépendance de la stéatose hépatique ou de la tuberculose pulmonaire notées à l'autopsie, bien plutôt qu'à une lésion toxique. La diminution du nombre des cellules pyramidales (Klippel et Lhermitte) semble indiquer une lésion morphologique *congénitale*, c'est-à-dire *constitutionnelle*.

Au point de vue étiologique, M. Deny a bien reconnu l'existence de l'hérédité névro-psychopathique dans la démence précoce, mais il en a singulièrement diminué l'importance pathogénique au profit de l'auto-intoxication. Dans 17 cas de démence précoce, j'ai trouvé des antécédents héréditaires ou personnels. En dehors de cet argument statistique, j'ai été surtout impressionné par quelques faits particulièrement éloquents : ce sont deux frères qui ne vivent pas ensemble, qui ont des professions différentes et qui deviennent presque en même temps déments précoces, l'un à vingt-six ans, l'autre à vingt-huit; j'avais déjà cité cet exemple l'an dernier (Voir *Semaine médicale*, 1903, p. 255), mais depuis

j'ai encore appris qu'un cousin de la même famille avait également sombré dans la démence précoce. C'est une femme qui, à vingt ans, est atteinte de la même maladie après une existence invraisemblablement orageuse (violée à quatorze ans, mariée, divorcée, morphinomane, prostituée, etc.), son père, au moment où elle est née, était en pleine paralysie générale. C'est un jeune homme, dément paranoïde de vingt-six ans, dont le frère jumeau, la sœur aînée, ainsi que le fils de celle-ci, sont également déments précoces.

On répond que la prédisposition héréditaire joue dans la démence précoce un rôle équivalent à celui que tous les aliénistes lui reconnaissent dans la paralysie générale; mais qu'on cherche chez les paralytiques généraux des exemples aussi impressionnants que ceux que je viens de citer! Et d'ailleurs, a-t-on pour la démence précoce un facteur occasionnel aussi fréquent et incontestable que l'est l'intoxication syphilitique pour la paralysie générale ? Je suis dégagé de tout préjugé au sujet de la doctrine assurément trop amplifiée de la dégénérescence mentale. Je suis donc tout prêt à lui enlever encore la démence précoce; mais, pour établir que cette affection est une psychose accidentelle et non constitutionnelle, nous n'avons jusqu'ici qu'une hypothèse, celle de l'auto-intoxication. Cette hypothèse répond peut-être à la réalité des faits; toutefois, jusqu'ici, on n'a pas fourni, à mon avis, de preuves suffisamment convaincantes de sa légitimité.

De certains caractères psychologiques de la Démence précoce et des limites de cette affection.

Le Dr René Masselon (de Pau). — Les caractères psychologiques de la démence précoce permettent de la différencier de certaines autres formes d'affaiblissement intellectuel primitif à côté desquels elle vient prendre place pour former le groupe des démences primitives.

La suggestibilité, l'échomimie, l'échopraxie, les stéréotypies, la conservation des attitudes, le négativisme... etc., ne sont que des symptômes secondaires de cette affection : ils ne sont que les manifestations de l'affaiblissement intellectuel particulier. Cet affaiblissement est primitif et consiste en une incoordination intrapsychique (Stransky) primitive, une désagrégation totale des éléments de l'esprit avec vie autonome de ces éléments. Les états de confusion que l'on voit survenir au cours de la maladie sont épisodiques; l'affaiblissement psychique leur est antérieur : aussi ne peut-on englober la démence précoce dans le groupe des confusions mentales.

Les délires systématisés chroniques hallucinatoires évoluant vers la démence bien qu'ayant une terminaison identique, ont

des caractères psychologiques différents de ceux des déments précoces : ces délires, y compris le délire chronique de Magnan, forment le groupe de la démence paranoïde ou paranoïaque, démence primitive, qui vient se placer à côté de la démence précoce, mais qui est distincte d'elle. Certains débiles qui, sous des causes banales, tombent dans la démence, présentent des caractères qui ressemblent à ceux des déments précoces : ces malades rentrent dans la conception de Morel et doivent être exclus du cadre de la démence précoce, psychose accidentelle.

Démences de la puberté.

M. Marie. — Parmi les démences de l'adolescence il semble qu'il y en ait une bien nettement reliée à la puberté, sorte d'avortement de ce dernier stade de l'évolution individuelle. Cet arrêt d'évolution éclot sur un terrain souvent prédisposé à l'occasion d'un processus infectieux incident. Il peut être opposé aux syndromes dégénératifs curables d'une part et aux démences plus tardives ou secondaires à des altérations psychiques autres. Il est caractérisé par des anomalies régressives de la sphère sexuelle.

Sur la démence organique secondaire à quelques délires chroniques hallucinatoires.

MM. le Dr Marie (de Villejuif) et Marcel Viollet, interne des asiles de la Seine. — Les hallucinations observées chez les délirants chroniques sont parfois unilatérales (perçues par une seule oreille), ou bien elles paraissent provenir toujours d'une même direction. Si ces malades présentent plus tard des troubles moteurs et sensitifs post-apoplectiques du même côté que celui où se produisent les hallucinations, on peut être amené à ne pas considérer ces faits successifs comme des coïncidences. Nous pensons que les hallucinations sont, dans ces cas, le produit de l'éréthisme vasculaire chez des prédisposés, éréthisme précédant et motivant la lésion circonscrite ultérieure. A l'appui de nos opinions, nous apportons cinq observations tirées des auteurs et de notre pratique personnelle.

Un cas de démence précoce avec autopsie.

MM. Raoul Leroy et Laignel-Lavastine présentent les coupes de l'encéphale et des viscères d'une femme de vingt-trois ans morte tuberculeuse chronique à l'asile des aliénés d'Evreux en octobre 1903 et observée dans cet asile depuis juillet 1899. Née d'un père alcoolique, délirant intermittant, sœur d'une paralytique infantile, réglée à quinze ans, douée d'une intelligence suffisante pour être restée neuf ans domestique dans la même maison,

la malade entre à l'asile avec le diagnostic de « mélancolie avec hallucinations de la vue ». Négligeante, paresseuse, irritable, éclatant de rire et fondant en larmes à chaque instant sans motif, elle manifeste des idées de grandeur, des idées érotiques et des idées de persécution. Successivement on note du négativisme, de la catatomie, une rémission de trois mois, puis une obésité énorme en quelques semaines, un négativisme et une stupeur obsolus, puis une nouvelle rémission de mai à novembre 1902 et enfin une dernière période de stupeur avec accès d'excitation cacatonique. A l'autopsie, aucune lésion macroscopique en dehors des tuberculeuses. Au microscope, on ne voit dans l'écorce cérébrale aucune lésion des méninges ni des vaisseaux ; il n'existe pas d'inflammation: les pyramidales géantes sont normales, mais peu nombreuses, les grandes pyramidales sont de forme normale avec chromatolyse centrale ou totale en sont neuronophagées surtout au niveau du lobule paracentral; à ce niveau seulement les petites pyramidales sont un peu atteintes; les autres variétés de cellules sont normales. Cervelet, protubérance et bulbe paraissent normaux.

Le foie graisseux, la thyroïde un peu scléreuse, les reins ont les caractères habituels des viscères trouvés à l'autopsie d'un phthisique. L'écorce cérébrale, comparée à celle d'un phthisique de même âge paraît en différer par deux points : les grandes pyramidales sont les plus touchées ; les pyramidales géantes du lobule paracentral sont plus rares [1].

Séance du 2 août (matin.)

Dès le matin, les Congressistes sont au travail dans la belle salle du Palais d'Hiver. Et c'est la discussion du rapport du Dr Deny sur les *Démences vésaniques* qui se poursuit avec un bel acharnement. Au seul nombre des orateurs inscrits, on devine l'intérêt de la question débattue et l'espèce de bravoure qu'il a fallu au rapporteur pour attaquer de front les théories régnantes. MM. Doutrebente (de Blois), Vallon (de Paris) protestent avec énergie contre l'importance donnée à la démence précoce ; c'est un nouveau dogme qui a déjà tous les défauts de celui de la dégénérescence mentale, qu'il attaque. MM. Colin, Pactet (de Villejuif) sont bien partisans d'une démence précoce, mais veulent qu'elle soit toujours incurable et n'apparaisse jamais après trente ans. MM. Dide (de Rennes) Masselon (de Pau) admettent, au contraire, la doctrine de Kræpelin intégralement : le premier insiste sur les signes physiques de la démence précoce, si utiles pour un prompt dia-

[1] Travail du laboratoire de M. Gilbert Ballet, à l'Hôtel-Dieu.

gnostic; le second a voulu démêler les limites psychologiques de cette affection. Mais avec M. Paul Garnier (de Paris), dont le secrétaire général lit la déclaration, nous retrouvons toutes les protestations des classiques et des irréductibles : la démence précoce ne serait plus qu'une sorte d'idiotie retardante.

La discussion est close. Le rapporteur a la parole pour répondre aux objections : M. Deny s'élève d'abord avec force contre les accusations peu scientifiques qui lui ont été adressées en prétendant qu'il a voulu détruire, au profit des doctrines allemandes, toute l'œuvre de la grande école psychiatrique française. Puis, finement, spirituellement, avec une grande bonne humeur aimable, le rapporteur passe en revue toutes les objections étiologiques, anatomopathologiques sur l'évolution de la démence précoce ; il maintient énergiquement les conclusions de son rapport sur l'origine accidentelle de la démence précoce, tout en reconnaissant que ce sont surtout des faits cliniques qu'il a observés, et bien observés, mais que leur interprétation reste encore hypothétique.

A la séance de l'après-midi, le Président Brissaud tente de répondre à la demande d'un congressiste qui avait souhaité voir sanctionner d'un vote définitif l'opinion du Congrès sur la démence précoce : une telle sanction est impossible et serait peu scientifique ; mais ceux qui ont suivi l'exposé du rapporteur et la discussion qui a suivi ont certainement gardé, en dehors de leur opinion antérieure, l'intérêt des observations d'autrui, et le professeur Brissaud expose les faits qui lui paraissent définitivement acquis.

La parole est donnée à M. le Dr Sano (d'Anvers), rapporteur de la seconde question sur *les localisations des fonctions motrices dans la moelle* : rapport consciencieux, où sont exposés avec précision tous les faits expérimentaux et cliniques apportés par les différents auteurs et par le rapporteur lui-même. C'est là une question qui passionne vivement tous les neurologistes : MM. Brissaud, Parhon (de Bucarest), Grasset (de Montpellier), viennent tour à tour montrer l'intérêt des localisations médullaires et les conséquences qui en découleront ; tous souhaitent le schéma clair et précis qui viendra éclairer les divers types de troubles périphériques à distribution segmentaire, radiculaire, ou à localisation musculaire individuelle.

Le soir, un grand banquet réunissait près de cent congressistes, dont un assez grand nombre étaient accompagnés de leurs dames et d'autres membres de leurs familles.

M. le professeur Brissaud, M. l'inspecteur Drouineau, représentant du ministre de l'Intérieur, M. le Dr Crocq (de Bruxelles), délégué officiel du gouvernement belge, M. Régis (de Bordeaux), tour à tour, portent des toasts applaudis. Pierre Roy.

Séance du 2 août (soir.)

La localisation des fonctions motrices de la moelle épinière.

M. Sano, rapporteur, rappelle que les localisations motrices dans le système nerveux ont été étudiées en France par Vulpian et Hayem, pour la moelle épinière. Depuis, les progrès de technique ont donné les meilleurs résultats.

Avant 1890, diverses méthodes ont précédé la méthode de Nissl, telles la méthode de l'anatomie normale et de la dissection (Féré, Herringham), celles de l'anatomie comparée (Kaiser), de la physiologie (Ferrier et Yeo, Paul Bert, Marcacci), la méthode anatomo-clinique (David et Prévost, Hayem et Gilbert). Mais la méthode expérimentale, seule donne des résultats certains.

M. le professeur Nissl (d'Heidelberg), qui a réglementé cette méthode, cherche à produire une lésion périphérique dans un nerf, dans un muscle et recherche, après une quinzaine de jours, dans les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière, la « réaction à distance » qui peut s'y être produite ; il décèle cette réaction par la coloration au bleu de méthylène, dite coloration de Nissl. Cette méthode est « spécifique « pour la recherche des localisations : enlever un muscle et trouver dans la moelle un groupe de cellules nerveuses en réaction à distance, c'est prouver la relation fonctionnelle qui unit ce groupement cellulaire à l'innervation du muscle.

Des erreurs personnelles que chacun peut commettre ne doivent pas entacher la valeur de la méthode ni faire croire qu'il existe des contradictions irréductibles entre les résultats obtenus par les divers expérimentateurs. Rien que le simple numérotage des racines médullaires peut être une cause d'erreur, étant donné que le nombre des racines peut varier de 30 à 37 suivant l'espèce animale et, en particulier, chez les divers animaux de laboratoire (30 chez le cobaye, 34 chez le lapin, 37 chez le chien, etc.). Des erreurs nombreuses ont été commises, résultant soit de simples fautes d'impression, de reproduction défectueuse des figures, soit de ce que les auteurs de ces recherches délicates, aient, comme plusieurs l'ont reconnu, péché par inattention.

Les *recherches expérimentales*, faites dans ces dernières années avec l'aide de la méthode de Nissl sont nombreuses. Dans une première période, les auteurs se sont contentés des sections *nerveuses*. Marinesco a aussi démontré que chaque nerf rachidien possède en général dans la corne antérieure de la moelle épinière, un noyau principal et des noyaux accessoires ; le noyau principal constitue une masse bien circonscrite excepté pour le médian et le cubital,

qui ont un noyau principal commun ; chaque nerf spinal tire ses origines de plusieurs segments médullaires, deux, trois, et même davantage ; le noyau médian a des fonctions motrices étroitement liées à l'innervation des territoires dépendant des rameaux postérieurs des nerfs rachidiens, des muscles du dos en particulier. Knape prétend qu'il n'existe pas dans la moelle, des noyaux nettement circonscrits, d'où les nerfs des membres tireraient leur origine, mais différents groupes à fonctions différentes, la flexion serait localisée aux noyaux latéraux, l'extension aux noyaux centraux.

Dans une seconde période, on a enlevé les *muscles* et les résultats furent plus précis ; on découvrit à chaque muscle dans la moelle un noyau d'innervation déterminé (Parhon, Goldstein, Sano, Popesco, Mme Parhon). Van Gehuchten et de Neef amputèrent des *segments de membres*, et découvrirent des localisations nettes dans la moelle, résultats concordant avec les recherches de Brissaud, sur la métamérie spinale. L'étude des rapports topographiques de ces noyaux entre eux dans la moelle fut faite. Ces multiples découvertes ne se contredisent pas, mais se complètent, au contraire.

La différenciation profonde du système musculaire trouve son image dans la différenciation des noyaux médullaires ; à chaque muscle répond un noyau, à chaque groupement fonctionnel musculaire répond un groupement de noyaux, au segment d'un membre correspond, dans la moelle, une zone qui comprend les noyaux fonctionnels précédents. Le renflement cervical, par exemple, comprend trois zones d'innervation *segmentaires* répondant aux trois segments du membre supérieur, bras, avant-bras et main ; chacune de ces zones est subdivisible en groupements nucléaires *fonctionnels* répondant les uns à l'extension, les autres à la flexion ; dans chacun de ces groupements, on peut, enfin, reconnaître l'existence de noyaux *musculaires* individuels, répondant chacun à un muscle isolé et même, pour chacun des muscles complexes, comme le sterno-cléido-mastoïdien, le quadriceps fémoral, etc., on peut trouver dans la moelle des noyaux répondant à chacun des grands faisceaux du muscle.

Il est remarquable de voir que la disposition des noyaux dans la moelle reproduit la topographie des muscles dans les membres ; c'est ainsi que le noyau du deltoïde entoure le noyau du biceps dans sa partie supérieure, comme le muscle deltoïde lui-même enveloppe la partie supérieure du muscle biceps ; de même, le noyau des adducteurs se trouve en dedans et en arrière du noyau du quadriceps fémoral, comme les muscles adducteurs se trouvent eux-mêmes en dehors et en arrière du muscle quadriceps.

Les *recherches anatomo-cliniques* ont démontré que, chez

l'homme, comme chez tous les autres vertébrés, ce plan général trouve son application. Mais il faut accepter avec réserves les découvertes anatamo-cliniques : elles ne doivent être admises qu'à la condition qu'elles concordent avec les données expérimentales. Il faut, en effet, tenir compte, dans l'anatomie pathologique de la moelle humaine, des affections qui ont nécessité l'intervention opératoire, l'amputation d'un membre, par exemple, ainsi que des affections ou infections associées diverses, intercurrentes ou terminales.

De plus, les lésions anciennes qui se sont compliquées d'atrophie ou de sclérose médullaire, et les lésions destructives de la substance médullaire (tumeurs, syringomyélies, etc.), ne peuvent servir de documents pour établir la théorie des localisations : ces lésions ont, en effet, suffi à elles seules à produire un bouleversement de la topographie médullaire et à empêcher de faire la part exacte et à délimiter la situation des altérations secondaires aux lésions périphériques. Ces cas servent, cependant, à démontrer la valeur pratique de la théorie des localisations pour l'interprétation des symptômes morbides. En somme, les cas favorables sont peu nombreux, et parmi eux un petit nombre seulement ont été étudiés, par la méthode de Nissl, dans le but spécial de rechercher les localisations des fonctions motrices dans la moelle; aussi n'est-il pas possible encore de donner avec certitude, chez l'homme, la fonction de chacun des noyaux.

Ce que l'on sait, c'est que les noyaux cellulaires sont infiniment plus nombreux que ceux que l'on décrivait autrefois, c'est-à-dire les quatre groupes antéro et postéro-interne et postéro-externes décrits par Waldeyer, et que chaque noyau, loin d'être constitué par une colonne de cellules ininterrompue et verticale, est constitué par une masse de forme et de situation essentiellement variables, suivant les niveaux : aussi ces groupements cellulaires ne peuvent-ils être soigneusement étudiés que sur des coupes sériées, ce qui nécessite une modification à la méthode préconisée par Nissl, l'inclusion préalable des fragments de moelle.

Telle est l'idée qu'une comparaison impartiale des différentes théories soigneusement exposées permet de se faire. Chacune est appuyée sur des faits positifs, mais aucune opposition essentielle n'existe entre elles et il est facile de les coordonner.

M. Grasset (Montpellier) remarque aussi que la question des localisations motrices chez l'homme n'est pas totalement explorée et que les théories sont souvent trop exclusives. Trois types de localisation médullaire sont bien établis : 1° le type *à distribution segmentaire* (Brissaud, Van Gehuchten, etc.), dans lequel les troubles périphériques résultant de la lésion médullaire occupent des zones limitées par des lignes perpendiculaires à l'axe des membres ; 2° le type *à distribution radiculaire* (Déjerine) où les troubles

occupent des zones limitées par des lignes parallèles à l'axe des membres ; 3° le type *à distribution individuelle musculaire* (Sano). Il n'en résulte pas l'existence des centres contradictoires, mais bien superposés. C'est l'application à la moelle d'une loi générale dont on trouve des exemples dans les centres bulbaires et mésocéphaliques : le nerf moteur oculaire commun, par exemple, est l'analogue d'une racine motrice antérieure de la moelle, et a trois groupes de centres dont la lésion produit trois types de troubles périphériques. Le noyau, ou origine réelle du nerf, représente le *centre radiculaire*.

Les noyaux qui fragmentent la colonne principale du IIIe ventricule représentent les *centres individuels musculaires*, et enfin, les centres supérieurs, supra-nucléaires (Parinaud) dont la lésion produit des paralysies associées, bilatérales, lévogyres ou dextrogyres des deux yeux, frappant du même coup le droit interne du côté gauche et le droit externe du côté droit. Ces centres sont analogues aux *centres segmentaires* de la moelle. Ainsi le nerf de la troisième paire a trois ordres de centres superposés. De même, dans la moelle, la distribution des troubles périphériques des lésions médullaires à ses centres supra-nucléaires.

M. Parhon (Bucarest) se déclare partisan des idées de M. Sano et insiste sur la technique indispensable pour bien interpréter ces faits délicats.

M. Brissaud, tout en trouvant le schéma de M. Grasset ingénieux et clair, pense que dans la comparaison des centres médullaires avec les différents centres du nerf moteur oculaire commun, on pourrait supprimer la chiasmatisation qui le complique un peu.

M. Gilbert-Ballet lit, au nom de M. Laignel-Lavastine, une communication sur les expériences entreprises pour la localisation médullaire du grand sympathique.

Note sur quelques centres sympathiques de la moelle épinière.

M. Laignel-Lavastine montre le corps d'un chien à qui il enleva le sympathique thoracique gauche du 3e au 10e communicant. Les lésions, maxima dans D^III^, sont comprises entre D^VII^ et C^VII^. Dans D^III^, la corne latérale gauche ne fait plus de saillie ; elle ne contient plus que trois cellules en voie de destruction, tandis que la corne latérale droite contient douze cellules normales. Dans D^V^, on compte pour dix cellules normales dans C L D (corne latérale droite), seulement cinq cellules altérées dans C L G. Même aspect dans D^VII^.

Dans C^VIII^ la corne antérieure G, beaucoup moins volumineuse que le D, est comme affaissée sur sa base. Ce qui reste de b C L contient, par coupe, à A seulement quatre cellules, et dix cellules

à D. A la partie externe de la base des C A reste un petit noyau de cellules fusiformes semblables aux cellules de la C L. Ce noyau, à G, ne contient, par coupe, que trois cellules, et elles sont presque complètement détruites, en neuronophagie intense, le noyau homologue D contient au contraire dix cellules normales.

En conclusion :

1° *Des neurones de la chaîne sympathique thoracique ont leurs centres trophiques dans la corne latérale de la moelle dorsale et dans un noyau latéro-externe de la corne antérieure de la moelle cervicale inférieure ;*

2° *Ce noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure de la moelle cervicale est distinct du noyau postéro-externe de la corne antérieure, dont les cellules sont étoilées* [1].

Schéma bulbaire.

Le Dr Pierre Bonnier (de Paris). — Dans ce schéma sont défini, topographiquement les principaux offices fonctionnels du bulbe indépendamment de leur représentation consciente, cérébrale, avec laquelle on les confond si souvent. Il a été nécessaire de créer des termes pour ces offices bulbaires, dont la clinique ne note que les défaillances, les variations négatives, pour lesquelles seules existe une terminologie.

Ces centres fonctionnels sont : les centres *scopostheniques* chargés de la régie du regard, avec toutes ses accommodations ; les centres *statisthéniques*, qui régissent les attitudes de sustentation ; les centres *hypniques* et *tonostatiques* régulateurs de l'état du sommeil, de la tonicité générale et des réflexes ; les centres *myosthéniques, angiosthéniques, cardiosthéniques, pneumosthéniques, gastrosthéniques, entérosthéniques.*

Les centres *manostatiques, hygrostatiques, thermostatiques* maintiennent le niveau de la pression, de l'hydratation, de la température intérieures. Les centres *encratiques* commandent les sécrétions internes qui, brassées par la circulation, maintiennent le taux de l'alimentation et de la purgation cellulaires. Les centres *enthimiques* entretiennent le bien-être organique ; leurs défaillances sont les diverses affres viscérales, celles de la fatigue, l'anxiété générale. Les centres *diacritiques internes* commandent les sécrétions muqueuses, lymphatiques ; et les centres *diacritiques externes*, le drainage sudoral, urinaire, etc.

[1] Travail du laboratoire de M. Gilbert Ballet, à l'Hôtel-Dieu.

Séance du mercredi 3 août.

Le mercredi 3 août, les Congressistes ont visité l'Asile Saint-Luc qui est l'asile départemental des aliénés pour les Basses-Pyrénées. Cet asile est situé environ à 3 kilomètres de Pau sur la grande route de Tarbes : il est vaste, bien entouré de prairies et de champs de culture. L'asile est fort bien entretenu et mis au courant des acquisitions les plus récentes en matière d'hygiène, l'infirmerie surtout avec ses salles claires, dallées, aux peintures lavables, avec ses salles de bains, etc., a valu au Dr Girma, médecin-directeur de Saint-Luc toutes les félicitations des visiteurs.

Ces félicitations se sont justement renouvelées au moment des toasts qui terminèrent le banquet offert aux congressistes par le Conseil général des Basses-Pyrénées. D'abord le préfet, M. Gilbert, souhaite la bienvenue à tous les congressistes français et étrangers; le Dr Valéry-Meunier, président de la commission de surveillance de l'asile Saint-Luc, insiste à bon droit sur la prospérité de l'asile d'aliénés du département des Basses-Pyrénées : 900 malades sont entretenus et soignés dans les meilleures conditions hygiéniques; le chiffre de la mortalité y est extrêmement réduit et celui des guérisons se montre assez considérable. Tous ces résultats, l'asile les a obtenus avec ses seules ressources, grâce à la bonne administration de son directeur-médecin, le Dr Girma : fondé avec un capital de 300.000 francs, l'asile représente maintenant une valeur de 2 millions; l'inspecteur général des asiles, Dr Drouineau, délégué du ministre de l'Intérieur, insiste à nouveau sur l'œuvre féconde qui peut résulter de l'union entre les conseils généraux et l'administration des asiles publics d'aliénés. M. Brissaud, président du Congrès, montre le progrès accompli en matière d'assistance des aliénés; à la fin du XVIIIe siècle, il était de bon ton, parmi les élégantes parisiennes, d'aller voir les folles de la Salpêtrière. Aujourd'hui aussi des dames sont venues dans la demeure des aliénés, mais elles n'ont fait qu'y accompagner ceux des leurs qui venaient y travailler à l'amélioration du sort des malades; d'ailleurs elles n'auraient pu voir à Saint-Luc aucun de ces instruments de torture, de ces barreaux, de ces chaînes qui faisaient l'odieux pittoresque d'une visite à la Salpêtrière il y a plus d'un siècle; à Saint-Luc, il reste encore une camisole de force, mais c'est le Dr Girma qui la garde dans son bureau, comme souvenir anachronique et inutilisé. MM. Crocq, Giraud, Doutrebente, portent également des toasts applaudis.

Puis, après la photographie d'ensemble des membres du Congrès, on se rend au travail au milieu de la prairie ombragée qui

borde l'asile, fuyant la chaleur de la salle préparée pour la séance d'après-midi. Seuls, les membres du bureau et quelques membres de la presse ont une table et des chaises; la majorité des congressistes s'assied sans façon dans l'herbe. Mais, en ce cadre inattendu et pittoresque sous le beau ciel du Midi, avec au loin le clair profil estompé et bleuâtre des Pyrénées lointaines, le travail apparaît engageant et facile : les communications sont écoutées attentivement et très sérieusement discutées. Avec les intéressantes observations présentées par MM. Doutrebente et Marchand (de Blois), Taty et Giraud (de Lyon), une première discussion s'engage sur l'étiologie de la paralysie générale, à l'occasion de la statistique de M. Coulonjou (d'Alençon); le sujet n'est pas nouveau, mais les partisans de la civilisation ou de la syphilisation viennent affirmer leur foi adverse. Puis voici que M. Cruchet (de Bordeaux) vient remettre en question toute la théorie des tics, si nettement établie par Brissaud et Meige, au Congrès de Grenoble en 1902. En l'absence de son maître, M. Pitres, M. Cruchet se trouve écrasé non pas tant par le nombre de ses contradicteurs que par la valeur des arguments opposés; tour à tour MM. Meige et Brissaud disent la distinction fondamentale entre le *tic*, phénomène psychique, cortical, aux caractères cliniques si particuliers et le spasme, phénomène organique, si différent d'allures.

C'est le propre de la science de restreindre progressivement le sens des mots qu'elle emploie : M. Brissaud adjure éloquemment ses adversaires d'accepter le progrès réalisé sur cette question très limitée des tics. Enfin M. Cullerre (de la Roche-sur-Yon) vient rapporter des observations très détaillées concernant les troubles moteurs (rétractions, amyotrophies, contractures, etc.) qui surviennent au cours de psychoses. Ces observations font tout de suite penser à la forme catatonique de la démence précoce, où ces troubles musculaires s'observent avec une fréquence tout à fait caractéristique. M. Deny, le rapporteur des démences vésaniques et le champion déclaré de la démence précoce, ne manque pas de venir rappeler ces faits, décrits par Kohlbmann dès 1874, comme des symptômes d'ordre exclusivement musculaire, mais justement considérés par Kræpelin comme des phénomènes corticaux. Les faits observés par M. Cullerre confirment très heureusement la conception de Kræpelin.

Deux cas de délire aigu traités avec succès par les bains frais.

MM. Doutrebente et Marchand (de l'asile de Blois). — Les malades ayant présenté, au cours du délire aigu pyrétique, des troubles gastro-intestinaux analogues à ceux de la fièvre typhoïde, MM. Dou-

trebente et Marchand ont eu l'idée de faire l'application du traitement de la fièvre typhoïde en donnant à leurs malades des bains de 28° pendant un quart d'heure, au nombre de 6 par jour ; ils ont adopté le régime lacté absolu et purgatifs salins répétés à petites doses. Le résultat très favorable obtenu par ce mode de traitement a engagé ces auteurs à en faire la publication.

Lésions de l'écorce cérébrale et cérébelleuse chez une idiote aveugle-née.

MM. Taty et Giraud présentent les résultats de l'examen fait au laboratoire du professeur Pierret du cerveau et du cervelet d'une jeune idiote de quatorze ans, aveugle par suite d'ophtalmie purulente des nouveau-nés, avec lésions plus graves de l'œil gauche et des voies optiques gauches, morte de tuberculose dans le service du Dr Viallon.

L'examen nécropsique des yeux, fait par M. le Dr Louis Dor, a montré l'existence d'un double leucôme avec disparition de la rétite et du cristallin à gauche. Dans le cerveau, les lésions cellulaires (disparition d'un très grand nombre d'éléments, avec atrophie des éléments survivants) sont étendues aux deux hémisphères, avec un maximum dans les lobes occipitaux et le pôle frontal. Elles vont en décroissant dans le pli courbe, les circonvolutions rolandiques et les lobes temporaux. La destruction des éléments cellulaires est *totale* dans les scissures calcarines et les deux lèvres de ces scissures. La vérification des opinions de Herschen est donc possible même dans des cerveaux atteints d'une lésion généralisée.

Le cervelet est également atteint dans toutes ses parties. Les lésions y ont le même caractère (destruction d'un très grand nombre d'éléments, atrophie des survivants). Il a semblé aux auteurs que ces altérations sont prédominantes dans le flocculus gauche, fait en rapport avec les constatations du Dr L. Dor sur l'atrophie des flocculus chez les lapins qui ont subi une énucléation.

Quelques réflexions sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne.

M. le Dr Coulonjou. — Rappel des constatations antérieures de divers auteurs, qui tendent à faire de la paralysie une maladie des peuples civilisés. — Statistique des paralysies générales de l'asile d'Alençon comparée aux statistiques de la plupart des asiles français (2 p. 100 au lieu de 15 à 30 p. 100). Examen des causes les plus fréquemment admises (syphilis et alcoolisme). Or, ces deux causes existent dans l'Orne, au même degré que partout ailleurs. Au contraire, il est un fait bien établi, c'est que dans la

Basse Normandie, la culture intellectuelle est fort en retard, si on la compare aux autres régions. Ce fait semble venir confirmer la théorie si rationnelle, qui fait de la paralysie générale une affection due surtout à l'*usure* cérébrale, les autres causes étant seulement occasionnelles. — Réflexions.

Un cas de maladie de Raynaud, suivi de mort, chez une jeune fille hystérique et tuberculeuse ; examen anatomo-pathologique.

M. le Dr Coulonjou. — *Observation :* Jeune fille de dix-sept ans, enfant assistée, conduite à l'asile d'aliénés pour troubles mentaux, caractérisés par du mutisme, de la sitiophobie, des tendances à des actes nuisibles et impulsifs. A son entrée, on constate une gangrène symétrique des orteils des deux pieds, affectant seulement les phalangettes des trois derniers orteils ; les os sont dénudés et noirs, les tendons ramollis, les parties molles nécrosées. — En outre, signes de tuberculose pulmonaire à la 2e période. Maigreur extrême, sitiophobie, ptyalisme, abcès de diverses région (aisselle, parotide). Thérapeutique reconstituante, gavages, lavements alimentaires. — Fièvre vespérale, traitée avec succès par des lavements de quinine. La parole revient, ainsi que l'appétit ; la gangrène des pieds s'arrête, les pieds bourgeonnent. Mais les abcès des régions ganglionnaires se multiplient, et la malade meurt de cachexie septicémique.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire (cavernules des sommets). Rien d'apparent ailleurs. — *Anatomie pathologique :* Examen d'un fragment de sciatique et de poplité externe, et de deux artères (fémorale et tibiale postérieure). Résultat négatif. — *Réflexions :* Hystérie (troubles trophiques) ou tuberculose (intoxication des centres trophiques par les produits microbiens).

Poliencéphalite supérieure aiguë hémorrhagique.

MM. Brissaud et Brécy (de Paris). — Observation d'une femme de trente-six ans avec double ptosis, myosis, état somnolent particulier. Le neuvième jour, accélération du pouls et élévation de la température. Mort subite le lendemain.

Autopsie : Lésions inflammatoires avec hémorrhagies criblant les parois de l'aqueduc de Sylvius, notamment au niveau des noyaux de la 3e paire, les tubercules quadrijumeaux, la partie supérieure de la protubérance. Cette observation est à rapprocher de celle publiée par Gayet en 1875 et des cas décrits depuis le travail de Wernicke sous le nom de poliencéphalite supérieure aiguë hémorrhagique. Il s'agirait de lésions assez diffuses avec prédominance au voisinage de l'aqueduc, plutôt que d'une maladie réellement systématisée.

Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les Psychoses.

Le Dr A. Cullerre. — *Résumé.* — Dans les psychoses confusionnelles et stuporeuses, on observe couramment des phénomènes musculaires spasmodiques, raideurs, contractures, attitudes stéréotypées qui, dans un petit nombre de cas peuvent, à la longue, entraîner dans les muscles intéressés des troubles trophiques plus ou moins graves, rétractions tendineuses et atrophies musculaires. Quatre observations détaillées en fournissent des exemples variés.

Ces contractures et ces atrophies musculaires, chez les stupides et les déments, habituellement curables, mais pouvant, dans quelques cas, devenir définitives, rappellent l'atrophie musculaire des paralysies hystériques (Charcot, Babinski) et peut-être plus encore celle que l'on observe à la suite de certains spasmes professionnels, où l'on voit certains muscles inutilisés pour le travail à accomplir, mais néanmoins maintenus fortement fléchis en permanence, devenir peu à peu le siège d'atrophie et d'une rétraction définitive (Brissaud). Il s'agit en somme, dans ces cas divers, mais analogues, d'une véritable maladie de Dupuytren dont la cause, au lieu d'être la conséquence d'une sorte de traumatisme externe, est constituée par une irritation permanente exclusivement *intérieure.*

A propos des modifications de la moelle consécutives aux amputations de membres chez le Têtard.

MM. Brissaud et Bauer. Lorsque l'on compare la moelle de deux têtards de même âge ayant subi le même jour la même amputation, l'un des têtards n'ayant pas régénéré, l'autre régénérant ou ayant régénéré, on constate une différence manifeste entre les deux renflements lombaires. 1° Les lésions sont beaucoup plus accentuées et plus nettement délimitées chez le têtard qui ne régénère pas que chez le têtard qui régénère ;

2° L'examen du renflement lombaire de têtards qui, amputés des mêmes segments et en voie de régénération, ont été sacrifiés un temps plus ou moins long après l'opération permet d'observer la réparation progressive des régions médullaires causées par l'amputation ;

3° Les amputations de régénérations influent, mais influent peu sur l'état de la moelle ; elles n'arrêtent guère la réparation des altérations déterminées par la première amputation. Le nombre de ces amputations n'a aussi que fort peu d'importance à cet égard ;

4° Cette restauration des lésions de la moelle n'est jamais parfaite. Il ne s'agit pas ici comme au niveau des membres d'une

régénération. Les cellules qui ont été très vivement lésées tendent à disparaître grâce à l'intervention de macrophages ; il semble que ces cellules sont remplacées par des cellules nerveuses simples, voisines du groupe moteur, qui s'adaptent à de nouvelles fonctions. On n'observe pas de figures de cariocinèse.

Séance du jeudi 4 août.

Le jeudi 4 août 1904, le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes a tenu séance à Lourdes. Sans insister sur l'opportunité du lieu choisi, étant donnée la spécialisation des congressistes, il faut bien faire remarquer qu'il s'agissait là surtout d'une superbe excursion en un très beau pays. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y aurait pas grand intérêt à mener sur lieu l'étude psycho-névropathique de tous les difformes et débiles qui sollicitaient le flair clinique de chaque congressiste, au coin des places ou des rues de cet immense caravansérail des candidats au miracle. Mais les conditions nécessaires à cette étude seraient bien difficiles à réunir ; et c'est en simples curieux que ces médecins aliénistes et neurologistes virent, le soir venu, s'égrener avec art, par les pelouses et escaliers de la basilique, la longue théorie lumineuse des pèlerins du diocèse de Limoges. Au sommet du pic du Grand Jer (1.000 mètres environ), dont l'ascension est singulièrement facilitée par un funiculaire, un déjeuner champêtre précède les communications consacrées à la neurologie : M. Claparède (de Genève), puis M. Schnyder (de Berne), nous entretiennent tour à tour du sens musculaire et de la suggestibilité des neurasthéniques. M. Crocq dit l'intérêt qu'il y a à étudier tous ces *phénomènes d'habitude* sur lesquels M. Brissaud, l'an dernier, appela l'attention à Bruxelles. Puis le même auteur vient affirmer le contrôle positif qu'il a pratiqué de l'étonnant procédé de Mac Conaghey, d'Edimbourg : pour faire cesser la crise d'un épileptique, il suffirait de le coucher sur le côté gauche ! L'essai assurément n'en coûte rien. M. Foveau de Courmelles dit les mérites du radium en thérapeutique nerveuse.

Sur l'exploration clinique du sens musculaire.

M. le Dr Ed. Claparède. — (de Genève). — L'exploration du sens musculaire participe aux difficultés inhérentes à toutes les déterminations de sensibilité : les sujets hésitent, se contredisent et il est le plus souvent impossible d'apprécier par un chiffre le degré d'acuité sensible. Pour mesurer l'état de la sensibilité profonde, il est le plus simple en clinique, de faire comparer des *poids ;* on peut aussi faire comparer les *volumes* de petits cubes de bois de 20 à

30 millimètres de côté. J'ai remarqué que les malades donnaient des réponses beaucoup plus précises lorsque, au lieu de leur faire apprécier *successivement avec la même main*, deux poids, ou deux volumes, en permettait une comparaison immédiate en plaçant *simultanement dans chaque main* un des poids ou un des cubes à apprécier. Dans ce cas il arrive que les malades atteints de troubles de la sensibilité ou de la motilité trouvent l'un des poids ou l'un des volumes plus grand que l'autre, même si ces objets sont égaux. Mais, chose curieuse, un certain nombre d'expériences nous ont montré qu'il n'y avait aucun parrallélisme entre la force motrice et la sensibilité du membre, et le sens de l'estimation du poids ou du volume perçu par ce membre; c'est-à-dire que certains malades surestiment les poids avec leur bras parétique ou hypoesthérique, tandis que d'autres le surestiment avec leur bras sain. Même fait s'observe pour la surestimation du volume. — Il n'y a pas davantage parrallélisme régulier entre la surestimation du poids et du volume; toutes les combinaisons se sont offertes; quelques malades surestiment et les poids. et les volumes avec le bras sain; d'autres, idem avec le bras malade; d'autres encore surestiment les cubes et sousestiment les poids avec le bras malade, etc.

Ces expériences, qui demandent à être continuées et approfondies, montrent que la complexité des diverses modalités du sens musculaire est probablement encore plus grande qu'on ne l'a cru. Un très grand nombre de facteurs sensibles, moteurs, cérébraux interviennent dans les perceptions de poids, de volume, de forme, de position. Il est indispensable de connaître leur rôle si l'on veut arriver à interpréter les résultats fournis par les procédés usuels d'exploration du sens musculaire.

Examen de la suggestibilité chez les nerveux.

Le Dr Schnyder (de Berne). — L'auteur a examiné la suggestibilité chez les nerveux soignés à la clinique du Professeur Dubois, de Berne, en les soumettant à une électrisation simulée pendant cinq minutes et en les interrogeant sur leurs sensations. Sur 203 sujets examinés (111 femmes et 192 hommes), la proportion des résultats positifs a été de 54 p. 100.

L'auteur a rencontré le plus de résultats positifs chez les neurasthémiques, soit 77 p. 100 chez les femmes et 61 p. 100 chez les hommes. Chez les sujets hystériques, au contraire, les phénomènes de suggestion sont moins fréquents, surtout dans les cas d'hystérie à symptômes classiques (anesthésie cutanée, contracture, astasie-abasie) : 40 p. 100 de résultats positifs. L'auteur explique cette particularité par le fait du rétrécissement du champ des hystériqdes qui les rend réfractaires à des suggestions nou-

velles en dehors du système fixe de leurs auto-suggestions préexistantes.

Le radium en thérapeutique nerveuse.

M. le Dr Foveau de Courmelles, de Paris. — Le radium comme les rayons X et ultra-violets est un analgésique puissant. Depuis deux ans avec des activités de 140 et 10 000, en application continue ou fragmentée, l'auteur a constaté l'action sédative sur la douleur, organique ou cancéreuse, nerveuse ou névralgique. La suggestion a été diminuée ou supprimée le plus possible, rien n'étant annoncé aux malades, et l'application du radium succédant toujours à d'autres agents médicamenteux ou physiques qui s'étaient montrés impuissants.

Certaines névralgies faciales bien étudiées, examinées électriquement, anciennes, ont cédé plus ou moins rapidement; certaines avaient déjà été opérées (élongation ou section des nerfs) sans succès ; de même une névralgie sciatique. Les douleurs en ceinture de deux ataxiques ont cédé pour un malade aux rayons X, pour l'autre au radium.

Les applications, avec de faibles radio-activités du radium, en tubes, pommades, certaines argiles naturelles, etc., étant pratiques et peu coûteuses il y a là un puissant analgésique à appliquer couramment en neurologie.

Les phénomènes morbides d'habitude.

M. Crocq, de Bruxelles. — Les phénomènes d'habitude extrêmement fréquents à l'état physiologique le sont plus encore à l'état pathologique. Si le système nerveux normal se laisse pétrir par des circonstances extérieures, le système nerveux anormal, plus suggestible, plus automatique, moins réfréné par le moi conscient, devient l'esclave de l'habitude ; son fonctionnement psychique supérieur se trouve tout entier sous la domination du système psychique inférieur.

A côté de la *douleur d'habitude*, décrite par Brissaud, des *tics d'habitude* de Meige et Feindel, il y a les *phobies d'habitude*, les *obsessions d'habitude* et aussi les *insomnies* et les *attaques d'habitude*. Les insomnies d'habitude sont très fréquentes ; elles constituent le reliquat, sur un système nerveux spécial, des insomnies quelconques, que celles-ci soient nerveuses, circulatoires ou toxi-infectieuses. Elles cèdent généralement vite à l'administration des hypnotiques qui régularisent les fonctions nerveuses en rendant l'habitude de dormir.

Les attaques d'habitude se rencontrent très fréquemment aussi; elles sont hystériques ou épileptiques et constituent, comme tous les phénomènes morbides d'habitude, le reliquat, sur un système

nerveux prédisposé, du même phénomène (qui est ici l'attaque) provoqué une première fois par une cause tangible et qui se reproduit ensuite, sans raison autre que l'habitude. Ici encore, il suffit souvent de combattre la production du phénomène d'habitude pour obtenir une guérison définitive. L'auteur rapporte des cas d'insomnie et d'attaques d'habitude.

Un moyen épilepto-frénateur héroïque.

M. Crocq. — Autant il est unanimement reconnu que les attaques d'épilepsie précédées d'aura peuvent être quelquefois empêchées par des moyens que les malades mettent du reste eux-mêmes en usage, tels que la constriction d'un membre; autant on s'incline devant l'impossibilité d'arrêter un accès lorsqu'il est commencé. Jusqu'à présent, nous ne pouvions rien en présence d'un malade en proie à un accès épileptique.

Cette situation est heureusement changée actuellement; il suffit en effet de *placer le malade sur le côté gauche*, pendant la période tonique, pour supprimer la période clonique et voir le patient revenir bientôt à lui. Ce procédé indiqué succinctement par Mac Conaghey, d'Edimbourg, constitue un moyen réellement héroïque d'arrêter les accès. Dans tous les cas, où M. Crocq et son assistant, M. Marlow, ont eu l'occasion de l'employer, le succès a été complet.

Ce procédé, d'une simplicité et d'une valeur remarquables, auquel M. Crocq donne le nom de *latéro-station gauche*, paraît capable non seulement d'arrêter les attaques. mais encore d'en diminuer la fréquence et l'intensité. On pourrait croire qu'en plaçant le malade sur le côté droit le résultat sera le même ; il n'en est rien, la latéro-station droite n'a donné que des insuccès.

Relations cliniques de la cécité avec la paralysie générale et le tabes.

André Leri (de Paris). — La cécité est généralement considérée comme fréquente dans le tabes et rare dans la paralysie générale. D'autre part, on admet que les cas de tabes avec cécité sont presque toujours des cas de tabes essentiellement bénin, dans lesquels les manifestations tabétiques ordinaires sont tout à fait minimes. Nos recherches dans la littérature et nos observations personnelles nous ont convaincu que :

A) Pour ce qui concerne la paralysie générale : 1° la cécité est rare dans la paralysie générale confirmée avec troubles mentaux marqués, mais les troubles légers de la vision n'y sont pas rares; 2° la cécité a été assez fréquemment signalée *avant* l'apparition des troubles mentaux de la paralysie générale progressive.

B) Pour ce qui concerne le tabes : 1° la cécité est rare dans le

tabes confirmé, avec grands symptômes; elle n'est fréquente que dans le tabes avec symptômes minimes de lésion des cordons postérieurs; 2° quand la cécité doit survenir, elle survient généralement *avant* la plupart des symptômes du tabes; 3° l'affection à laquelle on donne le nom de « tabes avec cécité » est caractérisée par une atrophie papillaire assez rapidement complète, accompagnée non seulement de troubles tabétiques minimes, mais *très fréquemment aussi de troubles mentaux minimes* tout à fait analogues à ceux du début de la paralysie générale.

En somme, le plus souvent *la cécité dite « tabétique » pourrait être aussi bien considérée comme une cécité « paralytique »* si les troubles mentaux minimes de la méningo-encéphalite diffuse légère avaient dans la nosographie la même importance que les troubles physiques et fonctionnels minimes de la méningo-myélite spinale postérieure légère. Le tabes, la paralysie générale et l'amaurose dite « tabétique » représentent simplement *trois localisations* d'un même processus, probablement d'ordinaire syphilitique tertiaire, qui peuvent soit s'associer, soit rester plus ou moins complètement isolées. Anatomiquement d'ailleurs l'atrophie optique du tabes est semblable à celle de la paralysie générale; il s'agit, ce semble, d'atrophie secondaire à des lésions de méningite et de névrite interstitielle à point de départ vasculaire (endo et péri-artérite et phlébite).

Recherches sur la sensibilité normale de la cornée et de la conjonctive.

MM. les Drs Cabannes et H. Robineau [1]. — Nous avons utilisé pour l'étude de la sensibilité conjonctivo-cornéenne à la *piqûre* des crins de Florence n° 3, coupés en fragments de 8 centimètres de longueur environ; ces fragments étaient placés dans un tube stérilisé contenant une solution de cyanure de mercure et ils ne servaient qu'à une seule personne à la fois. Cet esthésiomètre est appliqué perpendiculairement sur les membranes précédentes; sa surface de section, restreinte mais non pointue, déprime mais ne pénètre pas. Il n'a donc pas les inconvénients de l'aiguille ou de l'épingle. La sensation ressentie en appliquant l'extrémité du crin est celle d'une piqûre. Si on incurve le crin en anse, et que l'on applique cette anse sur l'œil, on peut étudier la sensation de contact. Pour l'appréciation de la sensibilité thermique, nous nous sommes servis d'eau chaude ou d'eau froide instillée dans l'œil au moyen d'un compte-gouttes à extrémité capillaire. On ne doit appliquer ni le froid intense ni une température supérieure à 60°, on provoquerait une douleur vive, une vraie brûlure.

[1]. Voir thèse de H. Robineau : *Valeur séméiologique de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne dans l'Hystérie.* — Th. de Bordeaux, 1904.

Voici en quelques mots les résultats de nos recherches, pratiquées sur près de 80 sujets normaux.

La *piqûre* de la cornée est ressentie, en tant que piqûre (ce qui constitue l'état normal) dans 75 à 80 p. 100 des cas. Dans d'autres cas (20 à 25 p. 100) la piqûre de la cornée n'est pas nettement perçue (hypoesthénie) ou bien elle l'est d'une façon anormale, comme un contact. Ces anomalies dans l'appréciation exacte de la piqûre se montrent surtout chez les gens ayant dépassé la quarantaine ou chez des personnes âgées. — La sensibilité à la piqûre de la conjonctive bulbaire reste normale dans des proportions à peu près identiques ; elle est cependant moins vive que celle de la cornée ; de plus, elle possède deux particularités que l'on ne retrouve pas dans l'étude de la sensibilité cornéenne : *a*) elle est plus vive dans la moitié temporale que dans la moitié nasale ; *b*) à côté de points parfaitement sensibles à la piqûre, la conjonctive possède des points insensibles, dernier fait déjà mis en lumière par Nagel.

La perception du *contact* est beaucoup plus obtuse pour la cornée que pour la conjonctive. La conjonctive bulbaire percoit mieux les impressions de contact que ne le fait la cornée, mais cette dernière apprécie plus vivement la piqûre.

La cornée perçoit moins bien que la conjonctive le froid ou la chaleur. Nous pouvons même affirmer que la sensibilité thermique de cette dernière membrane est rarement atteinte, à l'inverse de ce qu'a avancé Nagel qui refusait à la conjonctive toute perception thermique.

Ces diverses sensations éprouvées par les malades à la piqûre au contact, à la température, sont accompagnées de réflexes dont le plus fréquent (75 à 78 p. 100 des cas) est le clignement réflexe, puis viennent le larmoiement réflexe (47 p. 100) et l'injection blépharo conjonctivale (20 à 25 p. 100).

La cornée est en somme douée d'une sensibilité douloureuse exquise. Toutes les impressions un peu fortes (contact, température, etc.), faites à son niveau amènent la douleur, une douleur vive, très spéciale, rapidement accompagnée de tous les réflexes de défense (clignement, larmoiement, etc.). *Mais elle apprécie mal les nuances.* Sous ce rapport, la conjonctive a plus de discernement, elle se rapproche davantage de la peau et des autres muqueuses. Ce qui montre encore le peu de tendance de la cornée à la différenciation des diverses impressions, c'est l'expérience suivante que nous avons faite : les deux extrémités libres du crin de Florence sont placées sur la cornée, à des distances variables, la cornée n'arrive à percevoir deux sensations et encore d'une façon restreinte (25 p. 100 des cas environ) que lorque l'écartement très grand atteint deux points opposés de la périphérie cornéenne. Cette expérience, qui est l'analogue de celle du compas de Weber

pour la peau, montre encore combien est spéciale, dans ses qualités, la sensibilité de la cornée.

Le climat de Pau et les nerveux.

M. le Dr Crouzet traite de l'action sédative du climat de Pau, et montre que cette action est bienfaisante non seulement dans les formes congestives de la tuberculose pulmonaire, mais encore dans les accidents nerveux qui peuvent survenir au début de cette maladie. D'autre part cette influence sédative facilite de beaucoup le traitement des formes ordinaires de la neurasthénie ; enfin elle est un puissant calmant dans un certain nombre d'autres affections nerveuses.

Séance du vendredi 5 août.

La question d'assistance, dont M. Keraval était le rapporteur, présentait un intérêt tout particulier, qui justifiait la présence, parmi les congressistes, de MM. Drouineau et Pelletier, représentants du ministre de l'Intérieur et du préfet de la Seine, et venus pour entendre la discussion *sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels*. Le rapporteur avait déjà consciencieusement exposé les différentes doctrines, mais leurs représentants ont tenu à dire eux-mêmes leurs convictions adverses, et nous avons retrouvé les deux opinions déjà tant de fois exprimées : les uns, MM. Colin, Pactet, etc., veulent qu'on écarte toute sentimentalité de la question des aliénés criminels ; une seule chose est à considérer ; ce sont les actes commis et ceux qui peuvent l'être par la suite ; la société a le devoir de se défendre par des mesures toutes particulières contre des aliénés très différents des autres ; il faut construire un *Asile spécial*. D'autres, au contraire, MM. Doutrebente, Rey, Parant, etc., disent le danger et les inconvénients de ces mesures spéciales ; ils se rallient à l'opinion de M. Keraval, demandant qu'on utilise d'abord toutes les ressources de la loi de 1838 et qu'avant de prendre quelque mesure hâtive, on expérimente ce qu'on a déjà, à savoir l'établissement de Gaillon. On vote ; la majorité est en faveur de l'intervention du pouvoir judiciaire ; l'unanimité ne se retrouve que pour demander le désencombrement des asiles, l'augmentation du personnel médical et infirmier, etc.

Cette longue et laborieuse discussion du rapport Keraval a empiété sur la séance de l'après-midi, terminée par d'intéressantes communications, consacrées à la neurologie, de MM. Brissaud et Brécy, Andre Léri, Oberthur et Sicard, Cabannes, Mirallié, etc.

La soirée de ce même jour comportait la réception des congressistes au Palais d'Hiver par la Société de médecine de Pau, dont le président Brissaud est depuis longtemps le membre associé. Auparavant, M. Sano projeta des schémas et coupes fort intéressantes extraites de son rapport sur les localisations médullaires; M. Deny fit défiler les poses et attitudes stéréotypées les plus curieuses de ses *démentes précoces*; M. Henry Meige nous retraça la longue histoire artistique des *Pierres de tête*; MM. Ph. Tissié et Bérillon nous vantèrent les résultats de l'éducation physique et de la méthode hypnagogique.

Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels.

Par le Dr P. KERAVAL,
Médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

Ce rapport se compose de deux parties. C'est un travail dans lequel tous les mots portent.

La première partie est consacrée à l'ETUDE HISTORIQUE de la question. Il s'agit non d'une sèche énumération des principaux documents, mais d'une étude analytique des opinions des auteurs et des raisons sur lesquelles chacun d'eux fonde sa manière de voir. Le procédé d'exhibition des archives examinées trace en même temps l'évolution des idées; la forme de l'exposition montre l'origine ainsi que la modalité des décisions adoptées à l'étranger.

Dans la seconde partie l'auteur traite des PROBLÈMES A RÉSOUDRE. On ne peut lire aucun mémoire de ce genre sans se heurter à la préoccupation invincible et simultanée des aliénés criminels, des criminels aliénés, des aliénés dangereux, difficiles, vicieux, dépravés.

I. *L'aliéné criminel* est pour tout le monde un aliéné qui a commis un crime ou un délit sous l'influence de son état mental et qui, pour ce motif, a été reconnu irresponsable.

II. *Le criminel aliéné* est par contre, un aliéné qui, devenu aliéné après son crime reste, par suite, avant tout un criminel.

III. *L'aliéné dangereux difficile, vicieux, dépravé*, est un aliéné dont l'état mental fait courir aux aliénés avec lesquels il est en contact dans l'établissement, des risques, paraît-il, redoutables. A chacune de ces espèces on tendrait, à l'extrême, à appliquer des dispositions judiciaires et des dispositions médico-administratives exceptionnelles.

I. On voudrait notamment que l'*aliéné criminel* demeurât entre les mains de l'autorité judiciaire pendant toute sa vie. Séquestré *de plano* par elle, il devrait être maintenu tant que le médecin n'aurait pas délivré à fin de sa sortie un certificat de guérison complété par la formule *non suspect de rechute*.

L'administration préfectorale deviendrait alors une sorte d'administration pénitentiaire, elle n'aurait plus qu'une fonction purement exécutive. Aussi songe-t-on à créer pour l'aliéné criminel *un ou plusieurs asiles régionaux spéciaux, dits asiles d'aliénés criminels*, soumis à un régime particulier, sous la dépendance exclusive de l'Etat.

M. Keraval fait toucher du doigt les inconvénients de ce système, à l'aide des mémoires mêmes des auteurs et du texte des arguments les plus intransigeants.

Tous les aliénés criminels ne sont pas dangereux, il s'en faut de beaucoup. La question se réduit donc à l'examen de chaque cas particulier par le médecin traitant. Placez si vous voulez les aliénés criminels sous la domination de l'autorité judiciaire mais en adoptant le correctif de F. Dubief et Alombert-Coget, c'est-à-dire l'intervention, pour le placement, la maintenue, et la sortie, du président du tribunal civil jugeant en chambre de Conseil.

Quant à créer pour eux un asile spécial, dit des aliénés criminels, ce serait inutile et inhumain. Toutefois, comme aux termes d'une délibération de la Chambre des députés, nous avons à notre disposition Gaillon, comme aussi, il semble que l'étendue et la gravité des dangers en rapport avec l'internement de ces aliénés dans les asiles ordinaires varient selon les départements, on pourrait, en conservant la loi de 1838, se servir, à titre d'expérience, de Gaillon, et y étudier pratiquement la valeur des craintes formulées par certains auteurs et par un nombre sérieux de chefs de service actuellement en fonctions.

M. Keraval a eu l'excellente idée de demander au docteur Raoul Leroy, le médecin en chef de Gaillon, un mémoire sur l'état présent de Gaillon et sur son utilisation éventuelle. Il a fait aussi une enquête dans les asiles français.

II. Le *criminel aliéné* existe-t-il réellement? Le criminel aliéné n'était-il pas déjà aliéné au moment où il a été condamné? Les travaux de Colin, Pactet, Taty, P. Garnier, Monod, montrent qu'on a condamné à tort bien des gens qui s'ils eussent été soumis à un examen médico-légal, eussent été reconnus aliénés, et, par suite, n'auraient pas été condamnés.

Afin d'éviter des erreurs, il serait grand temps d'appliquer la réforme Cruppi sur l'instruction et l'expertise obligatoire et contradictoire. Par cette pratique, on criblerait pour ainsi dire les criminels aliénés; on en déterminerait exactement le *quantum*. Il va de soi qu'en dehors de la question de la nature de la criminalité en général, question réservée, un criminel, sain d'esprit au moment où il a commis l'acte qui lui est reproché, puisse, comme n'importe qui, plus tard devenir aliéné, et qu'en ce cas sa qualité de criminel dominerait sa qualité d'aliéné. Il semble y avoir accord unanime pour laisser le criminel aliéné à la disposition du

pouvoir judiciaire et pour l'interner, comme cela se fait, à Gaillon, mais jusqu'à sa guérison ou sa déchéance intellectuelle. Gaillon se composerait, dans ces conditions, de deux parties : 1° une partie consacrée, comme maintenant, aux criminels aliénés ; 2° une section spéciale recevant à titre d'études les aliénés criminels particulièrement difficiles.

III. Il nous reste maintenant à examiner le sort des aliénés qui, *dans les asiles où ils sont internés*, présentent pour les autres malades un danger à cause de leur attitude ou de leur caractère, aliénés désignés sous les noms *d'aliénés dangereux, difficiles, vicieux, dépravés*. Ceux-là n'ont pas encore eu maille à partir avec la justice. Au cas même où, dans l'asile, ils se seraient rendus coupables d'attentats quelconques, leur qualité d'aliénés ne les fait pas rentrer dans la catégorie des criminels aliénés qui, au dehors, avant leur internement, ont exécuté crimes et délits. Et cependant il est une certaine école qui prétend les signaler à l'autorité judiciaire afin de les cataloguer comme tels et de les faire bénéficier désormais de la surveillance judiciaire ; il est une autre école qui, ralliée ou non à la première, voudrait qu'on les reléguât à l'asile des aliénés criminels.

M. Keraval est opposé à ces deux mesures. Les aliénés internés, qu'ils soient dangereux ou non, sont des aliénés tout court. Le mal vient surtout d'un défaut d'organisation des asiles publics. Ils sont encombrés et manquent souvent de quartiers propres à l'individualisation du traitement des modalités morbides ; les malades y sont trop les uns sur les autres. Il faudrait les désencombrer et pouvoir traiter chacun des caractères pathologiques pour ainsi dire un à un. A quoi bon expulser dans un asile dit de désinfection, lieu de douleur et d'incurabilité, selon l'expression de Marandon de Montyel, ces malheureux? Ce qu'il faut principalement, c'est réformer l'outillage des asiles d'aliénés. En attendant, dans les cas urgents, on pourrait, sur rapport spécial du médecin, envoyer à Gaillon quelques types particulièrement dangereux. Mais le petit asile à proximité du grand, demandé par H. Colin pour certaines catégories (aliénés vicieux) est préférable. Ce qui serait encore meilleur, ce serait d'installer dans un asile désencombré, mais dilaté, ne contenant pas plus de cinq cents malades, la dispositiou d'Alt-Scherbitz, de Novo Snamensky, de la maison de santé de l'empereur Alexandre III. En tous cas, la justice n'a rien à voir en cette affaire.

Mais allons plus loin. N'existerait-il pas des *moyens prophylactiques* capables d'enrayer la criminalité des aliénés ? M. Keraval fait remarquer que si les aliénés étaient plus surveillés au dehors, si on avait soin de les hospitaliser dès le début de leur affection mentale, on les empêcherait dans l'immense majorité des cas de devenir criminels ou délictueux. Et il passe en revue toute une

série de procédés efficaces. Pour prévenir les crimes des aliénés à l'intérieur des asiles, il suffit de transformer les locaux et d'organiser une surveillance plus radicale, en un mot d'organiser différemment l'assistance et le traitement des malades dans les hôpitaux d'aliénés, de perfectionner. Voici au surplus les CONCLUSIONS du rapport.

I. Il faut en première ligne *prévenir les crimes et délits* des aliénés *avant leur internement*.

Pour cela, il convient de prendre toutes les précautions nécessaires à la SÉQUESTRATION RAPIDE DES ALIÉNÉS. On usera des *moyens de propagande* utiles pour dissiper dans le public les préjugés qui éloignent les malades de nos asiles, et pour mettre en garde contre les dangers auxquels exposent les aliénés en liberté, en insistant sur les avantages d'un traitement rapide. On simplifiera les *formalités de l'admission :* le dégrèvement des communes, les admissions provisoires et les placements volontaires gratuits constituent d'excellentes mesures. On pourrait, au besoin, mettre les familles et les médecins dans l'obligation de déclarer à l'autorité, avec certificats à l'appui, les aliénés traités momentanément à domicile ; l'autorité avertie surveillerait les malades.

II. Il est parfaitement possible de *prévenir les crimes et délits des aliénés sortis des asiles* par guérison ou par amélioration.

Contre la *sortie prématurée*, on possède l'open-door, la colonisation familiale, les sorties sous garanties.

La *surveillance de l'aliéné en liberté* se peut continuer par l'intermédiaire des Sociétés de patronage.

La *réintégration rapide* en cas de *rechute* est assurée et par cette surveillance et par les procédés qui viennent d'être énumérés plus haut.

III. *Dispositions judiciaires.* — Personnellement, nous n'avons jamais vu de dispositions légales de cette sorte.

a. Nous n'osons cependant point aller à l'encontre de l'intervention du tribunal civil si demandée pour les *aliénés criminels* depuis leur crime ou délit jusqu'après leur sortie. Cette intervention n'est, au demeurant, que la généralisation de l'article 29 de la loi de 1838 (projet Dubief, projet Alombert-Coget, projet M. Olivier, projet Vallon) ; elle a pour base des expertises médico-légales.

b. En ce qui concerne le *criminel aliéné*, la réforme de l'expertise appliquée à tout accusé ou inculpé en précisera la qualité (projet Cruppi, projet Dubief, projet Alombert-Coget). Le criminel aliéné étant alors un criminel par dessus tout, qu'il reste sous la surveillance de l'autorité judiciaire, conformément au projet Dubief, aux propositions Henri Colin, et Alombert-Coget. La sortie de ce genre de malades demeure, conformément à l'article 29 de la loi de 1838 à la disposition du tribunal civil.

c. Les aliénés dangereux, vicieux, dépravés de nos asiles ne méri-

tent, à notre avis, aucune intervention de la magistrature. Le médecin traitant n'a, s'il le juge convenable, quand ils demandent leur sortie, qu'à appliquer l'article 29 de la loi de 1838. Pourquoi mettre ces aliénés dans la même situation que les aliénés qui ont commis des crimes ou des délits au dehors, alors que, par le désencombrement des asiles, on a le moyen de s'en tenir à sa fonction purement médicale ?

IV. *Dispositions médico-administratives.* — *a.* Ne faisons pas d'asile spécial pour les *aliénés criminels* ; leur envoi dans cet asile infligerait aux malades et à leurs familles un déshonneur immérité. Ils sont si peu nombreux et si peu dangereux que tout le monde réclame la *sélection préalable.*

Seulement, comme à raison de la désaffectation votée par la Chambre des députés (1901), Gaillon se trouve à notre disposition, il est loisible à certains médecins d'expérimenter cet établissement pour quelques-uns de leurs aliénés criminels particulièrement difficiles. Il y a des situations locales à envisager. Mais point n'est besoin de se lancer systématiquement dans les procédés d'ordre pénitentiaire.

b. Si après la réforme de l'expertise, il est démontré qu'il existe des *criminels aliénés,* Gaillon est tout indiqué. C'est à cet asile qu'il appartient de recevoir les criminels aliénés. Propositions Dubief, Alombert-Coget, Bourneville, Ch. Vallon. Gaillon pourrait aussi servir à l'examen des *inculpés en observation.*

c. Etant donné les imperfections de pas mal d'asiles départementaux, un devoir étroit s'impose. C'est la réforme complète de ceux de ces établissements, encombrés, mal distribués qui ressemblent plutôt à des prisons qu'à des hôpitaux d'aliénés. Ne faites donc pas, avant d'avoir pratiqué cette réforme, d'asiles pour les *aliénés dangereux, vicieux, dépravés de nos asiles, d'asile de sûreté pour les déchets amoraux.* Si, quand vous aurez amélioré les asiles existants, et par là empêché les conflits, crimes, attentats à l'intérieur, par là aussi modifié les sujets difficiles, vous vous trouvez cependant en présence d'individus réfractaires (cela peut arriver en certains endroits), vous aurez alors le droit d'envoyer ces individus malfaisants à Gaillon, administrativement, sans autre recours, conformément aux conclusions d'un rapport administratifs. Restez médecins.

A Armentières, nous n'avons jamais eu besoin non plus d'aucune de ces dispositions médico-administratives.

M. Pactet (de Villejuif). — Je ne saurais me rallier aux conclusions du rapport de M. Keraval. Je suis, en effet, convaincu de l'utilité d'un établissement spécial pour les aliénés criminels : subordonner sa création à un essai préalable dans les asiles réorganisés équivaudrait, selon moi, à un ajournement indéfini de la réforme. Je ne crois pas davantage que, grâce à la réforme de

l'expertise, aucun aliéné ne soit plus jamais envoyé dans les établissements pénitentiaires. Ce que je désirerais surtout voir reconnaître d'une façon définitive, c'est la réelle différence qui existe entre les aliénés criminels et les autres aliénés. Cette différence réside, selon moi, dans le caractère même de l'acte accompli par les aliénés de cette catégorie ; cet acte est l'expression de tendances particulières, inhérentes à la nature de ces sujets, tendances qui se manifestent à l'occasion de la maladie mentale. Cette conception est d'ailleurs en tous points conforme à la loi générale de biologie, qui n'accorde à la maladie que le pouvoir de perturber le dynamisme des phénomènes existant normalement sans créer d'éléments nouveaux.

Il n'est pas rare, en effet, de voir deux aliénés présentant les mêmes conceptions délirantes, les mêmes troubles sensoriels, etc., réagir d'une façon différente : l'un pourra se livrer à des homicides, et l'autre n'avoir jamais recours à la violence ; celui-ci sera un passif et celui-là un actif. C'est donc ailleurs que dans les caractères du délire qu'il faut chercher la cause de ces différences réactionnelles. Cette cause réside dans le tempérament, la constitution de ces sujets. Cela étant, il est légitime d'avoir recours pour ces aliénés actifs, violents, à tendances homicides, à un mode particulier d'assistance, que seul pourra réaliser la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels.

M. Colin (de Villejuif). — Je crois également que, même en se plaçant à un point de vue exclusivement médical, le terme d'aliénés criminels doit être conservé, car on peut et on doit admettre que les deux cas coexistent, la folie d'une part, les tendances criminelles de l'autre (persécutés homicides, faibles d'esprit, incendiaires, violateurs, pervertis sexuels, etc., etc.). A côté de ces sujets chez lesquels il y a superposition pour ainsi dire de deux états, l'un morbide, l'autre criminel, il existe une autre catégorie composée de sujets qui sont uniquement des malades, mais qui réagissent à la façon des criminels soit sous l'influence de leurs idées délirantes, soit à la suite d'une abolition temporaire ou permanente des facultés intellectuelles (persécutés, épileptiques, paralytiques généraux, etc.). Pour l'ensemble de ces individus, qui tous sont à un degré quelconque des malades, mais des malades toujours dangereux et souvent criminels, l'asile spécial s'impose.

Par contre, on ne saurait assimiler aux criminels vrais, ni considérer comme des aliénés criminels, les aliénés simplement vicieux, paresseux, ivrognes, habitués ou exploiteurs des asiles, si nombreux dans les grands centres urbains. Pour ces différentes catégories de malades, je suis partisan de la création de quartiers spéciaux annexés aux asiles.

C'est dans l'intérêt même des aliénés criminels que doivent être prises les mesures que je réclame. Actuellement, ces individus sont

maintenus dans des cellules ou dans des quartiers de force (sûreté de Bicêtre) ; lorsqu'ils parviennent à reconquérir leur liberté, ils récidivent et sont réintégrés tantôt dans des asiles, tantôt dans des prisons, quand on ne les guillottine pas comme Vacher, lequel a été interné dans différents asiles à la suite d'une première tentative d'assassinat et de suicide, et qui fit ensuite un nombre considérable de victimes.

En matière d'assistance des aliénés criminels, il faut renoncer d'une façon complète au *statu quo* : le système des quartiers annexés aux prisons, comme en Allemagne, des asiles-prisons, comme en Italie, des quartiers spéciaux annexés aux asiles, comme en France, doit être abandonné. Il faut limiter le seul mode rationnel d'assistance qui ait fait ses preuves, celui de Broadmoor en Angleterre ou de Matteawan et Dannemora dans l'Etat de New-York.

En même temps que la création d'un asile central d'Etat ou d'asiles régionaux, je réclame l'intervention de la magistrature pour le placement et la sortie des aliénés criminels. A mon sens, il est absolument indispensable de placer dans cet asile tous les aliénés ayant commis un crime avant ou après l'apparition de leurs troubles mentaux.

La question de la mise en liberté de ces malades pourrait être résolue comme à Broadmoor et à Matteawan, dont les pensionnaires, lorsqu'ils sont mis en liberté après avis du médecin, restent néanmoins soumis à la surveillance de l'Etat.

M. Doutrebente (de Blois). — Les mesures à prendre contre les aliénés criminels sont urgentes si elles concernent les aliénés en liberté ; elles sont déjà prises, et suffisantes, à l'égard des aliénés criminels hospitalisés dans les asiles publics d'aliénés ordinaires.

Les aliénés, dits criminels, passent inaperçus au milieu des autres aliénés ; rien dans leur manière d'être ou de se conduire n'attire particulièrement l'attention sur eux. Ils sont, en général, dociles, faciles à diriger et à surveiller. J'ajoute que je n'ai jamais entendu dire par les autres malades, que le contact avec les aliénés criminels leur fût désagréable ou pénible. Cette promiscuité entre aliénés criminels et aliénés non criminels a paru regrettable à un certain nombre d'auteurs, partisans des asiles spéciaux pour aliénés criminels ; c'est là la manifestation d'une idée propre à ces auteurs ; mais ce n'est pas le résultat d'une enquête faite auprès des aliénés non criminels, les seuls intéressés dans la question.

Du reste, ne craignons pas de le dire, l'asile spécial où seraient accumulés et réunis tous les éléments de désordre et de dangers ne pourrait être qu'une prison, où on ne tarderait pas à envoyer, avec les aliénés criminels, tous ceux qui, à l'asile commettraient l'acte qualifié d'homicide ou tentative d'homicide. Ce serait une reculade, un retour aux temps passés, aux anciennes maisons de force.

Je ne parle pas, avec intention, des criminels devenus aliénés après condamnation, parce que j'estime que, dans nombre de cas, il s'agit d'aliénés méconnus, qui n'ont pas fait l'objet d'un examen médico-légal avant leur comparution en justice. Pour eux comme pour les autres, l'asile ordinaire suffit, l'asile spécial est inutile.

Reste la question de la responsabilité qui nous incombe quand nous avons à prendre une décision pour la sortie ou le maintien d'un aliéné criminel amélioré ou guéri qui demande son *exeat*. En pareil cas, il me paraît nécessaire de réclamer l'intervention de l'autorité judiciaire, les magistrats ayant seuls qualité, à mon avis, pour rendre définitives les mesures d'entrée et de sortie des aliénés, quels qu'il soient.

M. Parant (de Toulouse). — La dénomination *d'aliénés criminels* est des plus déplorables. Elle assemble deux mots qui ne devaient pas se trouver réunis, et elle est de nature à entretenir les opinions fausses qui ont cours sur l'internement des aliénés, que la plupart des gens, au lieu d'y voir une simple hospitalisation, sont portés plutôt à considérer comme un emprisonnement. Les aliénistes devraient éviter avec soin de réunir ces deux mots ensemble.

Il est inutile, préjudiciable même au bien moral des aliénés, de créer des asiles spéciaux pour ceux qui ont pu commettre des actes réputés crimes ou délits. Pour les déments de toute catégorie, cela est absolument inutile ; pour les autres, et comme corollaire des considérations énoncées à propos de la dénomination d'aliénés criminels, on les expose à être considérés comme des prisonniers de droit commun, ce qui sera pour eux une flétrissure injuste, et l'on en viendra peut-être à dire ainsi d'un aliéné qu'il a été condamné à la détention dans un asile. Il suffirait, pour les plus difficiles de ces aliénés, aussi bien que pour certains aliénés persécuteurs, raisonnants, impulsifs, imbéciles, qui sont susceptibles de troubler le bon ordre d'un asile et d'être fort désagréables aux autres malades, de créer pour eux des quartiers tout spéciaux, dut-on même les isoler entièrement.

L'intervention de l'autorité judiciaire dans le placement et la maintenue des aliénés n'est point désirable. Non seulement elle n'augmentera pas les garanties que présente l'intervention de l'autorité administrative, mais plutôt elle contribuera, comme les mesures précédentes, à assimiler les aliénés à des délinquants, à des criminels, ce qui sera souverainement déplorable.

M. Rey (de Marseille). — La dénomination d'aliénés criminels est sans valeur, puisqu'il n'y a que l'intervention judiciaire, souvent due au hasard, qui puisse faire distinguer cette catégorie d'aliénés des aliénés simplement dangereux ; seule l'appellation de criminels aliénés, malgré les erreurs possibles, a une signification. Quoi qu'il en soit, les uns et les autres peuvent être traités sans

inconvénient dans un asile ordinaire. L'internement dans un asile spécial ne serait justifié, à mes yeux, que pour quelques dégénérés doués de mauvais instincts, dangereux et absolument irréductibles.

M. Dupré. — J'estime que, pour tous les sujets à criminalité pathologique, aliénés non délirants, mais dégénérés récidivistes de l'alcool et de l'homicide, êtres dangereux et antisociaux, la création d'asiles de sûreté intermédiaires à l'asile ordinaire et à la prison s'impose.

M. Gimbal (de Prémontré). — Pour ma part, je suis partisan de la création d'un asile spécial destiné non seulement aux aliénés criminels, mais encore à tous les aliénés reconnus dangereux : le placement dans cet asile spécial et la mise en liberté de ces malades seraient ordonnés par l'autorité judiciaire, après avis consultatif du médecin.

M. le Président met aux voix le vœu suivant :

« 1° Qu'il soit créé d'urgence des asiles spéciaux pour le traitement des aliénés particulièrement dangereux ;

» 2° Que l'établissement de Gaillon soit immédiatement utilisé, sous le simple couvert de la loi de 1838, pour les aliénés dangereux dans les asiles, ainsi que pour les aliénés criminels ;

» 3° Que l'autorité judiciaire intervienne dans l'internement, le maintien et la sortie des aliénés criminels ;

» 4° Qu'il soit procédé à la réforme de l'outillage hospitalier des aliénés, comprenant le désencombrement des asiles, le système des bâtiments dispersés, la réduction du nombre des malades, l'élévation de la proportion du personnel des infirmiers et des médecins. » (Adopté.)

Traumatisme et délire alcoolique.

M. Mabille, rappelant les travaux antérieurs de Dupuytren, de Leveillé, Lassègue, Mesnet, Voisin, Magnan, Motet, Peronne, Respaut et Gabriel, relate trois cas *de réveil* de délire alcoolique, deux dus à un choc traumatique physique, l'autre attribué à un choc moral.

Chez les trois malades le délire alcoolique ne s'est développé que plusieurs jours après le trauma et la privation de tout liquide alcoolique. Le troisième cas tout particulièrement s'est produit à la prison de La Rochelle chez un buveur de profession *six jours* après l'incarcération.

Tout en admettant que l'organisme s'accommode à l'agent toxique et que cette accommodation puisse être troublée par une cause physique ou morale qui vient rompre l'équilibre physiologique du buveur toujours *en puissance d'alcoolisme*, M. Mabille estime qu'il faut tenir compte plus qu'on ne le fait d'habitude de

la *suppression brusque* des boissons alcooliques chez les buveurs de profession.

Il se produirait dans ce cas un phénomène analogue à celui qu'on observe à la suite de la privation brusque de la morphine, chez les morphinomanes, parfois même du chloral chez ceux qui en font l'abus. M. Mabille croit qu'il conviendrait, en aliénation mentale, de ne pas trop négliger ce facteur étiologique tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue thérapeutique.

Le phénomène plantaire combiné. Etude de la réflectivité dans l'hystérie.

M. Crocq (de Bruxelles). — L'examen des réflexes est considéré comme peu important dans le diagnostic de l'hystérie ; l'abolition du réflexe pharyngien, que l'on considérait comme presque pathognomonique de cette névrose, est actuellement considéré comme un facteur banal.

Après avoir rappelé l'état de nos connaissances actuelles sur les *réflexes plantaires normaux* (*réflexes en flexion* ou *réflexe plantaire cortical* ; *reflexe du fascia lata* (Brissaud) ou *réflexe plantaire médullaire ; réflexe plantaire défensif*) et les *réflexes plantaires pathologiques* (*phénomènes des orteils* de Babinski ; *abduction des orteils* ou *signe de l'éventail*) l'auteur arrive aux conclusions suivantes, basées sur l'examen minutieux de 100 cas d'hystérie, choisis parmi les plus typiques.

1° L'abolition du réflexe pharyngien est fréquente dans l'hystérie (73 p. 100) ; surtout fréquente dans les formes accompagnées d'anesthésies (81,81 p. 100), elle se montre un peu moins souvent dans les formes à accès (74,60 p. 100), moins encore dans les paralysies et contractures (65,38 p. 100).

Ce phénomène, se rencontrant dans un grand nombre d'autres affections et même à l'état normal, constitue un facteur banal peu propre à établir le diagnostic d'hystérie ;

2° L'exagération des réflexes tendineux (79 p. 100), plus fréquente que l'abolition du réflexe pharyngien, constitue un signe au moins aussi précieux que ce dernier pour établir le diagnostic. Très fréquente dans les formes à accès (84,12 p. 100) elle est moins constante que dans les paralysies et contractures (73,07 p. 100), moins encore dans les anesthésies (63,63 p. 100) ;

Son existence dans un grand nombre d'affections toxiques infectieuses et même à l'état normal ne lui permet cependant pas d'avoir une valeur pathognomonique ;

3° L'abolition de la sensibilité plantaire est fréquente dans l'hystérie 42 p. 100 ; on la rencontre surtout dans les formes accompagnées d'anesthésie (63,63 p. 100), puis viennent les paralysies et contractures (61,53 p. 100) et enfin les accès (31,74 p. 100).

L'anesthésie plantaire, rare dans les autres névroses, constitue un symptôme digne de remarque ;

4° L'abolition simultanée du réflexe plantaire cortical ou réflexe en flexion et du réflexe plantaire médullaire ou réflexe du fascia lata est très fréquente (59 p. 100) : surtout marquée dans les formes avec anesthésie (72,72 p. 100) elle se rencontre à peu près aussi souvent dans les paralysies et contractures (53,73 p. 100), et dans les accès (57,14 p. 100) ;

Nous donnons à l'abolition simultanée de ces deux réflexes le nom de *phénomène plantaire combiné*.

Ces réflexes étant d'une constance remarquable à l'état normal leur abolition présente une importance très grande dans le diagnostic de l'hystérie. Aussi croyons-nous pouvoir considérer le phénomène plantaire combiné comme un signe spécial à l'hystérie ;

5° L'anesthésie plantaire n'est pas une condition *sine qua non* à l'existence du phénomène plantaire combiné ; elle existe souvent (57,72 p. 100) en même temps que ce phénomène, mais ce dernier peut se montrer sans altération de la sensibilité (20,35 p. 100) de même que l'anesthésie plantaire peut exister sans altération des réflexes (35,56 p. 100) ;

6° Le réflexe plantaire profond est souvent exagéré dans l'hystérie (50 p. 100) ; quelquefois il est normal (24 p. 100), affaibli (16 p. 100) ou même aboli (10 p. 100) ;

Ses modifications ne sont pas parallèles à celles des deux autres réflexes plantaires normaux : si, en effet, son abolition s'accompagne toujours de celle des deux autres, le phénomène plantaire combiné s'est montré assez souvent avec la conservation (33,90 p. 100) ou même, avec l'exagération (22,03 p. 100) du réflexe plantaire profond ;

7° Le réflexe abdominal présente des variations inconstantes : le plus souvent normal (42 p. 100), il peut être aboli (24 p. 100), exagéré (20 p. 100), ou affaibli (14 p. 100) ;

8° Le clonus du pied n'est pas très rare dans l'hystérie (10 p. 100) ; celui de la rotule est moins fréquent (5 p. 100) ; celui du poignet n'a jamais existé dans nos cas. Surtout fréquent dans les formes accompagnées de paralysies et contractures (11,53 p. 100), le clonus du pied est un peu moins commun dans les anesthésies (9,99 p. 100) et dans les accès (9,52 p. 100) ; tandis que celui de la rotule, également le plus fréquent dans les paralysies et contractures (11,53 p. 100) est assez rare dans les accès (3,17 p. 100) et nul dans les anesthésies ;

9° Nous n'avons jamais observé le vrai réflexe de Babinski en extension dans nos cas typiques d'hystéries ; au contraire nous avons noté dans 8 cas, soit 8 p. 100, le *signe de l'éventail*. Nous croyons donc que ce dernier signe n'a pas une valeur clinique

aussi importante que celle que l'on doit attribuer au réflexe des orteils en extension.

L'Éducation physique appliquée au traitement des maladies mentales.

Le Dr Philippe Tissié. — Après avoir obtenu des résultats heureux dans le traitement des tics d'origine psycho-motrice et dans celui d'enfants arriérés par une éducation physique thérapeutiquement appliquée ; après avoir observé les écoliers dans leurs manifestations physiques, dans les jeux au plein air et dans leurs manifestations intellectuelles, au cours de leurs études, M. Tissié a été amené à se demander si l'application des mouvements physiques d'après la nouvelle méthode psycho-dynamique ne pourrait pas rendre des services dans le traitement de quelques maladies mentales surtout chez les adolescents.

M. Tissié s'appuie sur les données suivantes : 1° la gymnastique doit être respiratoire ; 2° Le mouvement est de la pensée en action, la pensée est du mouvement en puissance ; 3° le feuillet externe constitue les centres nerveux : cerveau et moelle épinière ; les organes sensoriels et la peau ; et par un repli, les poumons ; 4° il existe un antagonisme absolu entre l'attention et la respiration *forcées* ; il faut en rechercher la cause dans la même origine du poumon et du cerveau : le feuillet externe ; 5° Chaque sujet naît avec un potentiel nerveux ; il peut l'élever par l'éducation ; ce potentiel va à la cellule nerveuse. pour la *cérébration* ; à la cellule musculaire, pour la *musculation* ;

6° La fatigue est en raison de l'abaissement du potenliel par l'acte accompli musculaire, intellectuel ou émotif. La fatigue par *cérébration* et la fatigue par *musculation* s'additionnent, elles ne se soustraient pas mutuellement.

7° La volonté étant le passage du jugement à l'acte, et le jugement ne pouvant s'établir que par l'apport des mémoires-témoins, la valeur éducative d'un mouvement est en raison directe de celle des témoignages, c'est-à-dire des représentations psycho-motrices dont ce mouvement fixe l'empreinte dans les centres psychiques, d'où la nécessité de bien connaître la valeur de chaque groupe de mouvements physiques par rapport à ses fonctions thérapeutiques et à ses représentations motrices ;

8° Toute animalité qui se développe en vie fœtale dans un milieu resserré : utérus, coque d'œuf, extériorise la force par *l'affirmation du moi* dans le geste en *extension*, et la fatigue par *l'abaissement du moi* dans le geste en *flexion*. La raison de ces deux grands gestes est dans le développement du fœtus en flexion. Cette flexion impose une « gêne » musculaire au fœtus. La détente de ses articulations constitue une impression opposée de

« bien-être », d'où formation, dès la vie intra-utérine, de deux territoires psycho-moteurs de « gêne » et de « bien-être ». Toutes les impressions de même nature se dirigeront ensuite, automatiquement, dans le cours de la vie, vers chaque territoire qui leur est propre pour constituer les représentations « *douleur* » (fatigue) et *plaisr* (force). L'attitude fœtale est prise automatiquement en flexion dans la douleur, et en extension dans le plaisir. La première pensée de l'enfant est son premier mouvement :

9° L'art de tous les pays et de tous les temps a représenté la douleur en flexion et le plaisir en extension (voir le monument *Aux Morts* de Bartholomé ; la femme, en attitude fœtale du premier plan est au maximum de la douleur) : 10° Le retour à l'attitude fœtale en flexion est en raison directe : 1° du degré de civilisation ; 2° de l'âge ; 3° de l'émotivité, etc., et en raison inverse du pouvoir d'inhibition acquis par l'éducation. 11° La société doit protéger la mère depuis le moment de la fécondation jusqu'à celui de la délivrance.

Forme clinique des tics unilatéraux de la face.

M. Cruchet (de Bordeaux). — Les tics unilatéraux de la face peuvent se grouper sous trois grands ordres étiologiques principaux suivant qu'ils sont : *A*) D'ordre *reflexe douloureux* ou *non douloureux; B*) D'ordre *organique paralytique* ou *non paralytique* ; *C*) D'ordre *professionnel*. L'auteur étudie successivement les cinq formes cliniques de ces tics unilatéraux et montre qu'à chacune d'elles correspondent des signes particuliers qui permettent d'en faire le diagnostic.

Le Dispensaire anti-alcoolique de Paris et le traitement des buveurs d'habitude.

Le Dr Bérillon (de Paris). — Depuis quelques mois le traitement des alcooliques est entré dans une phase nouvelle. En Russie, les pouvoirs publics donnant au traitement par la suggestion hypnotique une consécration officielle ont provoqué sous le nom d'ambulances anti-alcooliques, des consultations où les sujets sont traités par l'hypnotisme. Ces consultations existent déjà à St-Péterbourg, à Moscou, Ekaterinoslaw et dans plusieurs autres villes. Les municipalités ayant fait connaître par voie d'affiches officielles l'efficacité du traitement par la suggestion hypnotique, les consultations ont été immédiatement fréquentées par un grand nombre d'intéressés.

Il convient de rappeler que c'est en France que ce mouvement à pris naissance. Personnellement, dans des communications antérieures aux Congrès de Nancy (1896) Grenoble (1902) nous avons démontré que le traitement le plus efficace des habitudes d'alcoo-

lisme consiste dans la rééducation de la volonté réalisée par un traitement psychologique.

Les causes qui provoquent l'habitude de boire sont très variées et la résistance des sujets à l'impulsion est très différente ; la cure du buveur doit donc reposer, avant tout, sur une étude de psychologie individuelle. Cette étude nécessite de la part du médecin traitant non seulement des connaissances psychologiques approfondies, mais aussi une compétence spéciale dans l'application de l'hypnotisme et de la suggestion.

Jusqu'à ce jour, il était presque impossible à un buveur d'habitude de trouver en dehors de l'Asile d'aliénés les divers traitements et la direction morale nécessaires pour arriver à la guérison. Il en résultait que beaucoup de sujets bien intentionnés, ne pouvant interrompre leurs occupations professionnelles sans compromettre leur situation et celle de leur famille, renonçaient à toute tentative de traitement.

C'est pour faciliter le traitement à une nombreuse catégorie de malades d'autant plus intéressants qu'ils sont conscients de la gravité de leur état et aussi qu'ils ne présentent pas encore de troubles mentaux accentués que le dispensaire anti-alcoolique de Paris a été créé.

Bien qu'il existât depuis plusieurs années, l'inauguration en a été faite il y a quelques mois sous la présidence de M. Voisin, médecin à la Salpêtrière, assisté de MM. les Docteurs Legrain, médecin de Ville-Evrard, et Félix Regnaud, professeur à l'Ecole de psychologie.

Le traitement appliqué au dispensaire anti-alcoolique est à la fois psychologique et symptomatique. Il repose sur l'association de la suggestion hypnotique avec les divers procédés les plus capables de soutenir l'énergie du malade, de neutraliser les troubles fonctionnels et d'arriver à la rééducation de sa volonté.

Des stigmates anatomiques, physiologiques et psychiques de la dégénérescence chez l'animal, en particulier chez le cheval (étude clinique.)

MM. Fernand Rudler et C. Chomel. — La dégénérescence est caractérisée chez l'animal comme chez l'homme, par un ensemble de stigmates anatomiques, physiologiques et psychiques qui consistent dans des malformations, des troubles intellectuels, un état de déséquilibration particulier.

Stigmates physiques ou anatomiques. — Anomalies de volume et de forme du crâne et de la face ; signes fournis par les organes des sens, la bouche (asymétries dentaires), le tronc et les membres.

Stigmates physiologiques. — 1° Système nerveux, troubles de la

motilité, de l'activité réflexe, de la sensibilité, troubles trophiques et vaso-moteurs ; 2° Troubles des fonctions génésiques ; 3° Troubles digestifs, aérophagie, météorisme, perversions digestives.

Stigmates psychiques se rapportant : 1° Aux troubles de la mimique ; 2° Aux actes impulsifs ; 3° A une hérédité nerveuse capitalisée ; 4° Aux troubles de la volonté et du caractère ; 5° Aux phobies et hallucinations.

Cette énumération clinique suffit à établir l'identité entre les stigmates de dégénérescence du cheval et ceux que Morel et Magnan ont décrit chez l'homme. Ces signes n'acquièrent, chez le cheval comme chez l'homme leur signification que par leur accumulation. Ils ont la même portée diagnostique et pronostique. Ils témoignent d'une infériorité individuelle de l'animal considéré en soi et au point de vue de la reproduction.

La méthode hypno-pédagogique.
Ses applications au traitement des habitudes vicieuses chez les enfants.

Le Dr Bérillon. — La tendance aux impulsions vicieuses, antisociales, correspond chez l'enfant à l'absence du pouvoir modérateur désigné sous le nom de volonté d'arrêt. En général, l'éducation normale suffit pour créer la volonté d'arrêt. Mais il se présente des cas où les procédés habituels d'éducation se montrent insuffisants à réprimer les tendances impulsives. De là la nécessité de recourir à des procédés spéciaux de dressage. Nos recherches sur cette question nous ont amené à considérer la suggestion hypnotique comme la méthode la plus efficace pour réaliser la rééducation systématique de la volonté.

Nous avons donné à notre méthode le nom de *Méthode hypno-pédagogique*, parce que l'emploi de l'hypnotisme en constitue l'élément fondamental. Il est, en effet, très intéressant de constater que les enfants indociles et insociables à l'état de veille, deviennent immédiatement malléables et éducables, dès qu'ils sont plongés dans l'état d'hypnotisme.

Pour Magnan, les impulsions irrésistibles ont leur cause dans un état de déséquilibration de l'axe encéphalo-médullaire. Or, dans le sommeil normal, et encore plus dans le sommeil provoqué l'équilibre des fonctions nerveuses tend à se rétablir. C'est probablement par cette action physiologique du sommeil qu'on peut expliquer l'influence curative de l'hypnotisme.

L'emploi de la méthode hypno-pédagogique repose sur les cinq principes suivants : 1° Etudier préalablement la suggestibilité naturelle du sujet, en un mot, faire le diagnostic de la suggestibilité ; 2° Provoquer l'état d'hypnotisme, ou tout au moins un état de passivité qui s'en rapproche ; 3° Le sujet étant dans l'état d'hyp-

nose, lui imposer une direction morale par des suggestions impératives ; — 4° Renforcer la suggestion verbale par des actions mécaniques, c'est-à-dire par une gymnastique spéciale destinée à contrarier les mouvements impulsifs. Les détails de la technique varient nécessairement selon la nature des impulsions ; — 5° Après l'opération, procéder au réveil complet du sujet.

Les impulsions irrésistibles ou les habitudes vicieuses contre lesquelles l'emploi de la méthode hypno-pédagogique est indiqué sont : 1° La kleptomanie ; 2° L'onanisme ; 3° Les aberrations et les perversions sexuelles ; 4° L'onychophagie ; 5° Le mensonge : 6° La paresse ; 7° Les fugues et les impulsions au vagabondage ; 8° L'incontinence d'urine.

La méthode ne donne de bons résultats que chez les sujets doués d'un certain développement intellectuel. Elle n'est pas applicable aux idiots ni aux enfants atteints de débilité mentale accentuée. Nous considérons que dans l'application de la méthode hypno-pédagogique ce n'est pas la suggestion, mais l'hypnotisme qui joue le rôle prépondérant. Les guérisons obtenues par cette méthode sont durables. Nous devons ajouter que la méthode hypno-pédagogique, utilisée par des médecins compétents, est d'une innocuité absolue et ne comporte aucun inconvénient pour le sujet soumis au traitement.

Documents figurés représentant d'anciennes pratiques chirurgicales contre les psychoses.

M. Henry Meige. — *Communication avec projections.* — Un assez grand nombre de figurations artistiques, notamment dans les écoles flamandes et hollandaises, représentent des opérations chirurgicales sur la tête. M. Henry Meige a recueilli dans les différentes collections privées et publiques de l'Europe une trentaine d'images de ce genre dont il projette les reproductions.

Parfois, il s'agit d'opérations simples, telles que des *saignées*, des *applications d'emplâtres*, destinées à soulager des *migraineux*, des *neurasthéniques*, etc., conformément à la thérapeutique de l'époque. Mais le plus souvent, il s'agit d'une jonglerie opératoire pratiquée par des chirurgiens ambulants et connue sous le nom d'*opération des pierres de tête*. La croyance populaire attribuait volontiers les désordres de l'esprit à la présence d'un corps étranger dans le crâne. Tantôt on accusait une guêpe, un taon, un rat (on parle encore aujourd'hui d'araignée, de hanneton) Dans les Pays-Bas, on croyait surtout à la *pierre de tête*. Des prestidigitateurs chirurgicaux ont exploité cette croyance : ils faisaient sur le front une légère entaille, tandis qu'ils mettaient sous les yeux du patient, au bout d'une énorme pince, une pierre préalablement dissimulée dans le creux de leur main, et qu'ils étaient censés avoir retirée du crâne.

De nos jours encore, nombre d'*obsédés* décrivent avec un grand luxe de détails des sensations de corps étrangers (pierres ou bêtes), dans leur tête. Les médecins d'autrefois n'étaient pas éloignés de croire à la réalité de ces descriptions psychopatiques. C'était l'époque où les *humeurs peccantes* refluaient volontiers vers le cerveau et s'y *conglutinaient*, pour engendrer toutes les manifestations vésaniques. La médecine elle-même contribua donc à accréditer la croyance aux pierres de tête. Les artistes, Van Bosch, Van Hemessen, P. Bruegel, de Bry, Brouwer, Teniers, A. Both, N. Weydmans, Frans Hals le Jeune, etc., et surtout Jean Steen, qui nous ont laissé des témoignages figurés de ces anciennes pratiques, ont d'ailleurs finement raillé dans leurs œuvres à la fois l'excessive crédulité des opérés et l'audacieuse fourberie des opérateurs.

Névrite et atrophie optique dans l'erysipèle facial[1].

Le Dr Cabannes (de Bordeaux). — L'érysipèle de la face peut, dans quelques cas exceptionnels, s'accompagner de lésions du nerf optique. Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de névrite optique post-érysipélateuse qui s'accompagna très rapidement d'atrophie avec perte absolue de la vision du côté correspondant. Un certain nombre de faits de ce genre ont été publiés par les auteurs Despagnet, Galezowski, Knaff, Nettleship, Parinaud, Pagenstecher, Ramirez, Ripault, etc.

La réalité clinique de la lésion optique (névrite ou atrophie) au cours de l'érysipèle facial est actuellement sans contestation. Le mécanisme pathogénique de cette complication est encore l'objet de quelques controverses : les uns, à l'exemple de Carl, pensent qu'il y a toujours atrophie directe de la papille sans névrite antécédente : les autres, plus nombreux, incriminent, dans la genèse des lésions, l'atrophie post-névritique. Nous nous rangeons à cette dernière interprétation. Voici la façon dont on peut, d'après nous, expliquer tous les faits. L'érysipèle facial agit sur le nerf optique, en raison de sa proximité, par la propagation de son inflammation au tissu cellulaire orbitaire dont les lésions (cellulite orbitaire) s'étendent consécutivement à la périphérie du nerf optique. Cette cellulite, qui peut dans des cas très rares amener un véritable phlegmon suppuré de l'orbite, reste le plus souvent à l'état d'inflammation plastique, cliniquement caractérisée par un léger exorbitisme. Elle agit surtout par compression sur le contenu de l'orbite et en particulier sur le nerf optique.

Nous pensons que cette compression du nerf, à laquelle s'ajou-

[1] Voir aussi la thèse d'un de nos élèves, M. Fauveau : *Névrites et atrophies optiques dans l'érysipèle facial*, Bordeaux, 1904.

tent nécessairement des phénomènes inflammatoires par propagation, explique toutes les formes cliniques, suivant que les lésions mécaniques et inflammatoires prédominent dans l'un quelconque des deux points faibles du trajet du nerf : *a*) son entrée dans l'œil, où il est resserré dans la gaine sclératicale ; *b*) son émergence du trou optique où il est engainé dans un anneau osseux.

a) Dans le premier cas, il existe des phénomènes cliniques très nets : papillite avec ou sans œdème, veines congestionnées tortueuses, quelquefois trombosées, artères filiformes, quelquefois suffusions hémorrhagiques de la rétine voisine (le long des veines). Ultérieurement signes de l'atrophie post-névritique avec ses caractères connus. Dans cette forme, la cécité survient très vite et reste le plus souvent irrémédiable.

b) Dans le second cas, il survient de l'atrophie optique sans névrite ni papillite évidente. Le nerf optique blanchit, s'excave, les vaisseaux papillaires ou rétiniens n'offrent aucune altération ; en réalité la névrite existe, mais elle est au trou optique et ce qui domine ici ce sont les phénomènes de compression des fibres nerveuses qui prennent le pas sur les troubles inflammatoires. Cliniquement, on trouve ou bien un rétrécissement plus ou moins concentrique du champ visuel, ou un scotome central des plus évidents, et tous les signes ordinaires de la névrite rétro-bulbaire.

Les théories classiques, anciennes et modernes, peuvent donc malgré leur divergence apparente, être ramenées à la même explication pathogénique. L'apparence ophtalmoscopique de la papille dépend uniquement du point du trajet du nerf optique, plus spécialement atteint (entrée oculaire, passage au trou optique).

Douleur épigastrique suraiguë dans la neurasthénie.

Le Dr Maurice Page, de Bellevue (Seine-et-Oise). — Nous présentons au Congrès cinq observations de neurasthéniques, chez lesquels le symptôme dominant est une douleur épigastrique, survenant par crises pour des motifs très divers (émotion, alimentation, règles, etc.). Cette douleur est ici extrêmement violente, suraiguë, faisant que les malades se roulent en poussant des cris ; elle a deux sièges principaux et constants, en avant au creux épigastrique, à trois travers de doigt de l'appendice xiphoïde, en arrière sur la colonne vertébrale au niveau de la 8e dorsale. Ce syndrome fréquent dans l'ulcus simplex (douleur en coup d'épée) et qui s'explique par l'érosion des parois stomacales permettant à l'acide gastrique d'irriter violemment les filets nerveux, nous le trouvons ici à l'état de phénomène saillant, chez des neurasthé-

niques, sans aucune lésion stomacale par conséquent. De l'étude de ces observations nous croyons pouvoir tirer l'enseignement suivant :

1° Cette douleur avec ses deux points xiphoïdien et vertébral caractéristiques, avec son intensité excessive, arrachant des cris aux malades, accompagnée ou non de vomissements, nous croyons pouvoir en faire une névralgie du plexus solaire;

2° En présence d'un tel syndrome il importe d'examiner tous les organes innervés par le plexus solaire et en particulier les organes génitaux, car une maladie d'un territoire quelconque du solaire (métrite, rein flottant, antéversion utérine) peut être la cause du syndrome. Du moins nous verrons qu'en guérissant ces affections nous supprimerons du même coup la douleur épigastrique;

3° Il existe des cas où on ne trouve aucune lésion pouvant retentir sur le plexus solaire et où une névrose seule de ce plexus explique le syndrome névralgique;

4° Contre les crises douloureuses, le traitement général de la neurasthénie étant institué et les affections concomitantes soignées, s'il y a lieu, le seul remède qui nous ait donné des résultats satisfaisants est la faradisation quotidienne, loco dolenti, avec bobine à gros fil et à faible intensité.

Un cas de polynévrite éthylique ayant évolué sous la forme de paralysie ascendante.

MM. Oberthur et Roger (de Paris). — Il s'agit d'une dame âgée de trente-six ans, vivant dans un milieu d'alcooliques et de dypsomanes et ayant contracté la passion de l'alcool depuis l'âge de treize ans. Peu de temps avant de s'aliter elle buvait tous les jours une bouteille entière de cognac, sans compter le reste. Elle entre en traitement pour des phénomènes d'amnésie et de confusion. On constate à ce moment qu'elle a peine à marcher, qu'elle steppe, son pouls est fréquent, ses réflexes abolis, la pression des masses musculaires n'était pas douloureuse. Le lendemain les membres inférieurs étaient totalement paralysés, les sphincters relâchés, le pouls très rapide. Très peu de temps après, anurie presque complète; la température s'élève, les membres supérieurs, le tronc se prennent à leur tour, et tellement complètement, qu'aucun mouvement spontané n'est possible. La respiration est atteinte, les nerfs mixtes sont absolument paralysés alors que les autres nerfs bulbaires restent indemnes. Après des alternatives d'aggravation et d'espoir la malade succombe dans une syncope.

Il s'est agi là, bien qu'il n'y ait pas eu de contrôle anatomique d'une polynévrite indiscutable à marche absolument ascendante extenso-progressive presque entièrement superposable aux cas princeps de Landry, de Leudet, de Labadie-Lagrave, etc.

Malformations crâniennes et syndrome bulbaire. — Enclavement du bulbe (pièces et photographies).

MM. Sicard et Oberthur. — Le malade qui fait l'objet de cette communication était un infantile avec malformation crânienne et aplatissement de la base du crâne, chez lequel se sont développés sous des influences multiples (troubles de nutrition, hypothyroïdisation, etc.) des phénomènes d'encéphalite chronique avec augmentation de la tension intracrânienne, entraînant une compression du bulbe et des nerfs bulbaires. De plus, on a trouvé chez lui une syringomyélie occupant une partie de la moelle cervicale et la portion supérieure de la moelle dorsale. Peu de temps avant son entrée à l'hôpital il avait eu une angine probablement diphtérique à la suite de laquelle, sans doute par polynévrite, les phénomènes du côté des nerfs crâniens s'étaient singulièrement aggravés. N'étaient quelques vertiges, quelques vomissements et des céphalées, on aurait pu porter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique avec troubles bulbaires. Le malade ne présentait d'ailleurs aucun trouble trophique ou sensitif faisant penser à la syringomyélie. Le malade mourut subitement quelques jours après son entrée. Les particularités intéressantes à relever dans ce cas sont les suivantes :

1° La longue période pendant laquelle l'encéphale a pu s'adapter avec la malformation crânienne puis sous une influence toxique ou autotoxique réagir et provoquer par l'hydrocéphalie un véritable *étranglement bulbaire* dans une gouttière basilaire et un trou occipital malformé; 2° La polynévrite diphtéritique venant compliquer le tableau morbide; 3° L'existence d'une syringomyélie absolument indépendante de l'hydrocéphalie dont la pathogénie peut s'expliquer soit par un vice de développement soit par une réaction spéciale de la névroglie dans un névraxe prédisposé ; 4° L'enclavement du bulbe ayant causé la mort subite, ses rapports avec l'engagement du cervelet et son mécanisme un peu spécial.

Psychasténie et diabète.

MM. Oberthür et Chenais (de Paris). — Comme contribution à l'étude des rapports du diabète avec les troubles mentaux, les auteurs insistent sur l'importance de la recherche des signes du diabète chez toutes les névroses ou les psychonévroses, surtout lorsqu'il s'agit de malades de souche arthritique. Chez un assez grand nombre de malades atteints de psychoses dépressives ou d'états délirants ou confus, ils ont constaté la présence de sucre en quantité notable. Dans presque tous les cas un régime alimentaire sévère joint à la médication appropriée a mené très rapidement la sédation et la disparition des troubles psychiques.

De quelques considérations sur les psychoses puerpérales.

M. le Dr Lucien Picqué (de Paris). — Si l'on veut aboutir à des résultats précis au point de vue de la pathogénie des psychoses puerpérales, il faut renoncer à en grouper ensemble toutes les variétés. Lorsqu'on en a distrait les délires tenant à des infections médicales concomitantes et les délires par intoxication, on se trouve en présence de deux variétés de délire post-partum vrai : le délire fébrile et le délire apyrétique.

Aujourd'hui la nature infectieuse de ces délires est parfaitement établie ; comme dans les psychoses post-opératoires fébriles, l'état infectieux grave constitue la vraie maladie ; le délire n'est qu'un élément secondaire et surajouté qui ne peut se produire d'ailleurs que grâce à une prédisposition délirante (dégénérescence mentale).

Le point de départ de l'infection est naturellement l'utérus. Depuis longtemps M. Picqué pratique l'examen systématique des organes génitaux de la femme. Par l'intervention il a obtenu 4 guérisons sur 4 (voir thèse Privat). L'utérus n'est pas toujours le siège de l'affection ; il existe parfois des foyers secondaires : articulation tibio-tarsienne (Picqué), rein (Evrot), oreille (Idanoff), méninges (Picqué).

L'étude des psychoses puerpérales fébriles est intéressante au point de vue thérapeutique et social. Les malades qui en sont atteints ne sont pas des aliénés. Il est incontestable que les malades ne doivent venir à l'asile que si elles peuvent, comme dans les asiles de la Seine, y trouver les ressources chirurgicales. L'expérience du Pavillon de chirurgie prouve qu'elles peuvent y guérir à la fois de l'infection et du délire qui l'accompagne.

Délire de possession par les reptiles, délire de grossesse et entéro-colite muco-membraneuse.

M. Ch. Mirallié (de Nantes). — L'auteur publie : 1° Une observation de délire de grossesse, suivie de délire de zoopathie interne, associée à l'entéro-colite muco-membraneuse, chez une mère de famille de cinquante-trois ans ; chaque période d'amélioration de l'entéro-colite amenait une atténuation des idées délirantes ; — 2° Deux observations de délire de grossesse chez des malades présentant de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Rapprochant ses observations de celles de Bechterew (délire de possession par les reptiles), de Dupré et L. Léri (délire de zoopathie interne), M. Mirallié insiste sur l'importance de l'entéro-colite muco-membraneuse comme point du départ du délire de possession. Les sensations subjectives exactes perçues sont interprétées d'une façon délirante et absurde par une prédisposée. Les mêmes

sensations peuvent donner lieu au délire de grossesse. Enfin il existe une relation étiologique intime entre ces deux délires qui peuvent avoir la même origine et même se succéder l'un l'autre. Bien entendu ces délires de possession et de grossesse n'apparaissent que chez les prédisposées. D'autre part, il est probable que d'autres affections abdominales (utérines, ovariques, etc.) pourraient, chez des prédisposées, donner lieu aux mêmes délires.

Séance du samedi 6 août.

Dans la petite salle de l'humble hôtel de ville de Lonvie se tint, le samedi 6 août, la dernière séance du Congrès : MM. Lannois, H. Meige, Dupré, Royet, etc., dirent leurs observations. Puis, au bord du Gave d'Ossau, dans les arbres, le Président Brissaud groupa sympathiquement par petites tables tous les congressistes conviés par lui en un charmant déjeuner champêtre. D'Iseste, lieu du déjeuner, à Eaux-Chaudes et à Eaux-Bonnes ; d'Eaux-Bonnes à Argelès, par le col d'Anbisque, telles furent les dernières et merveilleuses étapes du Congrès, officiellement terminé au déjeuner qu'offrait le dimanche l'Institut physico-thérapeutique d'Argelès, mais officieusement poursuivi par petits groupes vers Cauterets ou Gavarnie, vers Bayonne et la côte basque. Pierre Roy.

Myotonie avec atrophie musculaire.

M. Lannois (de Lyon). — Présentation des photographies d'un malade dont l'observation pourrait aussi bien être intitulée *Myopathie progressive avec hypertonie* que *Maladie de Thomsen ruste avec atrophie musculaire.*

Il s'agit d'un malade ayant, depuis quatre ans, de l'atrophie musculaire à forme segmentaire (avant-bras et jambes) avec parésie marquée et steppage. Il a de l'abolition des réflexes rotuliens et une série de phénomènes qui font penser à une maladie de Thomsen limitée. S'il serre la main, il ne peut plus ouvrir les doigts qu'avec lenteur ; il a la même peine à lâcher son verre, son couteau. Quand il descend de son lit, il a une contraction dans les fesses et les muscles postérieurs de la cuisse qui l'obligent à s'asseoir sous peine de tomber accroupi. Il a de la raideur pour les premiers mouvements de mastication, de la gêne pour la première sécrétion matinale. La réaction myotonique existe chez lui et l'examen biopsique d'un fragment de muscle montre les lésions typiques de l'atrophie musculaire.

Des faits de ce genre ont été signalés par Hoffmann, Dana, Pelitzans, Kornhold, Bernardt, Noguès et Sirol, Rossolimo. Ils

sont intéressants en raison de leur rareté et parcequ'ils établissent un lien entre les myopathies primitives et la maladie de Thomsen et constituent un bon argument en faveur de la nature myopathique de cette dernière.

Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance.

MM. Henry Meige et Feindel (de Paris). — A l'occasion de plusieurs cas de tics observés chez de jeunes sujets venus à la consultation de M. le professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, les auteurs font un certain nombre de remarques relatives à la symptomologie, à la pathogénie et au traitement des tics.

1° La *précipitation de la parole* est très fréquente chez les tiqueurs ; on observe chez eux tantôt le bredouillement, tantôt des arrêts brusques. La parenté des tics et des troubles du langage, tels que le bégaiement, n'est pas douteuse ; elle a sa raison d'être dans un même état mental ; les mêmes principes de *discipline psycho-motrice* sont applicables à ces différents troubles fonctionnels ;

3° Il y a lieu de distinguer parmi les *troubles respiratoires* observés chez les tiqueurs ceux qui sont *primitifs* et ceux qui sont *secondaires*. Certains actes respirateurs brusques sont consécutifs aux tics des membres supérieurs et du tronc ;

3° Les *tics de frappement* (coups de poing ou coups de pied que le sujet se donne à lui-même) sont des phénomènes de même ordre que les actes de *grattage*, de *morsure* (*onychophagie*, *cheilophagie*) ; ils ont pour point de départ une sensation anormale (démangeaison, petite douleur) que le sujet cherche à atténuer. L'acte moteur passe, par répétition, à l'état d'habitude, et continue à se produire, alors même que la sensation initiale n'existe plus. Les tics de ce genre peuventêtre à leur tour, l'origine de douleurs locales résultant des chocs réitérés. Bien que ces nouvelles sensations soient la conséquence même des mouvements nerveux, les sujets ont toujours tendance à croire l'inverse. Il importe de leur démontrer leur erreur ;

4° Contre la *cheilophagie* et contre l'*onychophagie*, on peut recommander l'emploi de la *vaseline quininée*, dont l'amertume est un excellent rappel à l'ordre ;

5° Il est notoire que la plupart des petits tics de l'enfance peuvent être corrigés par une surveillance attentive des parents. Mais la trop grande faiblesse de l'un ou de l'autre des parents rend souvent cette correction très difficile ; dans ces cas l'éloignement familial devient une nécessité absolue ; de même si le tiqueur est particulièrement rétif aux observations ;

6° Les tiqueurs ne sont pas seulemeni exposés à des troubles de la fonction motrice. On observe chez eux des *troubles fonctionnels*

viscéraux. Chez les jeunes sujets, une surveillance attentive des fonctions viscérales s'impose. On arrive à corriger des troubles des fonctions digestive, sécrétoire, vaso-motrice en faisant fréquemment appel aux interventions du contrôle cortical. C'est par une éducation bien dirigée que se règle le sommeil, la faim, la miction, la défécation, etc.. non seulement chez les nouveau-nés, mais chez les enfants, les adolescents, et même les adultes.

On doit donc envisager une *discipline psycho-motrice des muscles de la vie végétative*, et même une *discipline psycho-secrétoire*.

Migraine ophtalmique avec hémianopsie et aphasie transitoires. — Hémiface succulente. — Photophobie et tic de clignement.

M. Henry Meige. — Observation d'une malade de soixante-treize ans atteinte depuis la ménopause d'une *migraine accompagnée : scotome scintillant*, céphalalgie, sensations vertigineuses et nauséeuses. Les crises s'accompagnent d'*hémianopsie* et d'*aphasie transitoires*, ainsi que de *parésie faciale droite* et d'*engourdissement du bras droit*. A la fin de la crise, *somnolence*. A la suite d'une série de ces crises, il reste une légère parésie de la moitié droite de la face accompagnée d'un certain degré d'œdème (*hémiface succulente*). Enfin, la malade est atteinte d'un *clignement des deux yeux*, qui semble avoir eu pour point de départ la *photophobie* migraineuse, qui actuellement persiste en dehors des accès, et qui a pris, lui-même, un caractère *obsédant*.

M. Henry Meige passe en revue les différentes manifestations du syndrome de la migraine accompagnée. Tous ces phénomènes peuvent être attribués à un trouble vasculaire transitoire dont la localisation doit être discutée. Un angiospasme des ramifications artérielles de la Sylvienne peut expliquer les troubles de la parole, la parésie faciale, la sensation d'engourdissement du bras. Mais pour le scotome, l'hémianopsie, les sensations vertigineuses concomitantes, il faut admettre une plus grande extension de l'angiospasme.

D'autre part, la succulence faciale est l'indice d'une participation des centres vaso-moteurs. Il s'agit d'un *trophœdème* symptomatique qu'on peut rattacher à une action des centres sympathiques. On peut songer aussi à un angiospasme bulbaire, l'accès migraineux s'accompagnant de phénomènes angoissants.

Il est intéressant de remarquer qu'à de certains moments, même en dehors des crises migraineuses, la malade, par son facies, ses attitudes, son langage, sa marche, présente des ressemblances cliniques frappantes avec les sujets atteints d'hémiplégie progressive.

Le phénomène convulsif palpébral n'est pas un spasme vrai; les clignements, en effet, peuvent être suspendus par un effort de

volonté et d'attention. Leur éclosion et leur exagération sont en rapport direct avec la préoccupation photophobique. Ces particularités plaident en faveur du tic; mais il s'agit ici du *tic sénile*, qui offre plus de ressemblance avec les spasmes vrais que les tics du jeune âge, ce qui s'explique par l'infériorité organique des centres et des conducteurs nerveux chez les vieillards.

Les habitués des Asiles.

Le Dr Marie (de Villejuif, Seine). — Les efforts des médecins aliénistes depuis un siècle ont arraché progressivement à la répression des catégories nombreuses d'individus désormais considérés comme malades, et partant irresponsables: des persécutés, des persécuteurs, des dégénérés, des raisonnants, des processifs, des paralytiques, etc., diagnostiqués à temps, ont ainsi pris la route de l'Asile sans passer par le stigmate du jugement et de la condamnation consécutive.

La statistique du nombre des aliénés reflète pour une part ces progrès de la science mentale, qui ne sont pas étrangers à l'augmentation progressive du contingent des asiles. Cependant, un certain nombre d'individus encore incarcérés pourraient peut-être bénéficier de mesures les faisant passer des prisons aux asiles, si un examen psychique méthodique était pratiqué dans ces milieux.

Quoi qu'il en soit, nous voyons ainsi, au cours du siècle, des catégories importantes d'individus passer de la prison à l'asile: *a*) les uns avant jugement lorsqu'un examen médico-légal a permis de faire un diagnostic à temps; les autres, après jugement et incarcération, la folie étant reconnue après coup ; *b*) une deuxième catégorie comprendrait les individus sains au moment de la condamnation, mais atteints de folie plus tard, alors que les précédents étaient des aliénés condamnés parce que méconnus par les tribunaux ; *c*) une troisième catégorie de cas pourrait être ajoutée aux précédentes, c'est celle de ces individus qui, placés une première fois à l'asile en dehors de tout démêlé avec la justice, y prennent goût, en quelque sorte, à l'Assistance dont ils deviennent parasites inoffensifs parfois, ou le plus souvent corrompus au contact des délinquants classés irresponsables, de qui ils apprennent l'immunité particulière à laquelle ils peuvent prétendre désormais et dont ils peuvent ensuite abuser.

Au point de vue des établissements normaux d'assistance, le mélange de ces diverses catégories nouvelles d'assistés avec le contingent en vue duquel ils sont fondés, menace de les dénaturer dans leur but d'instruments thérapeutiques et d'hôpitaux de traitement de plus en plus ouverts. c'est pourquoi il y a lieu d'établir un asile spécial.

Les formes fébriles du tabes.

Maurie FAURE (de Lamalou). — Il y a des accidents fébriles au cours du tabes, et des formes fébriles du tabes.

I. — Les accidents fébriles du tabes sont en relation avec l'infection des cavités, principalement de la vessie, quelquefois aussi de l'intestin ou de l'arbre broncho-pulmonaire. Ces accidents sont surtout fréquents dans les cas de tabes avancés, quoique pouvant apparaître parfois dans les premières périodes. La cause de l'infection est la stase qui résulte de l'atonie musculaire des parois abdominales, thoraciques, vésicales, intestinales et bronchiques. Les soins consistant en : 1° désinfection de la cavité infectée ; 2° rétablissement de la tonicité des parois font disparaître ces accidents.

II. — Il existe des formes fébriles du tabes, rares et d'allures variées, mais qu'on peut ramener à deux types schématiques : 1° Dans le premier type, les poussées d'accidents tabétiques sont nettement accompagnées de fièvre, et, dans l'intervalle de ces poussées, la température tend à se rapprocher de la normale. L'évolution est souvent grave, le malade pouvant mourir, en deux années environ, d'une sorte de tabes aigu : parfois il s'agit d'un stade fébrile de début, le malade devenant ensuite semblable au tabétique ordinaire ; — 2° Dans le second cas, il n'y a plus d'accès fébrile véritable, mais la température est toujours de quelques dixièmes de degré (37 à 38°) au-dessus de la normale ; cette température s'élève au moindre effort.

Les tabétiques fébriles doivent être soumis au repos absolu, à l'aération continue, à une alimentation spéciale et à l'hydrothérapie tempérée. Nous ne savons pas si ces formes sont liées à l'évolution fébrile de la lésion tabétique elle-même ou bien si, plus probablement, la lésion tabétique et les accidents qu'elle entraîne sont, comme la fièvre, des conséquences parallèles d'un état général infectieux dont il faudra préciser, ultérieurement, la nature et l'origine.

Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale. (Résultat de l'examen des paralytiques générales de l'asile de Saint-Venant.)

MM. BRICHE, RAVIART et CAUDRON. — *Conclusion :* On a trouvé des lésions du fond de l'œil chez les paralytiques générales dans une proportion de 78 p. 100. La majorité de nos malades était arrivée à un stade déjà avancé de leur affection, ce qui explique ce pourcentage de beaucoup supérieur à celui trouvé chez les paralytiques généraux à la 1re période.

Rôle des muscles spinaux dans la marche normale chez l'homme.

Henry Lamy (de Paris). — Les muscles spinaux participent à la marche d'une façon très active. Le fait est signalé par quelques auteurs (Gerdy, P. Richer) d'une façon sommaire. Je me suis efforcé de déterminer : 1° A quel moment précis les spinaux entrent en contraction dans le pas; 2° quels rôles ils sont appelés à remplir dans la marche; 3° quel changement d'aspect dans les reliefs de la musculature du dos correspondent à leur contraction.

1° Au moment précis où le talon touche le sol, les spinaux du côté opposé se contractent d'une façon soudaine et énergique. Cette contraction se maintient du côté oscillant tout le temps de l'oscillation du membre. Elle cesse au moment où celui-ci touchant le sol par son talon devient portant à son tour, pour passer du côté opposé, et ainsi de suite;

2° Leur rôle est d'assurer l'équilibration latérale du tronc, de s'opposer à l'inflexion latérale du rachis vers le côté portant et de maintenir la verticale passant par le centre de gravité du corps en dedans du pied de ce côté;

3° La contraction mi-latérale des spinaux s'accuse par un changement d'aspect dans les reliefs musculaires du dos, assez caractéristique pour qu'à la simple inspection de cette région, ainsi que le montrent les photographies que je vous présente, on puisse reconnaître quel est le côté portant, quel est le côté oscillant, à condition qu'on ait affaire à un sujet maigre et musclé.

Contribution à la thérapeutique du Tabes. — Le nitrite de soude.

MM. Oberthür et Bousquet (de Paris). — Le nitrite de soude qui a été employé en Italie par Pétrone, en Autriche par Winternitz et Pal, lesquels ont donné l'an dernier une brillante statistique, vient d'être essayé par les auteurs d'une manière systématique et continue. Il semble vraiment qu'il s'agisse là d'un médicament de choix, agissant sur les phénomènes douloureux d'une manière très efficace ; il a été le seul qui puisse arriver à calmer les cas dans lesquels les douleurs sont particulièrement continues et rebelles et où toutes les autres thérapeutiques échouent.

De plus le nitrite semble combattre très heureusement les phénomènes d'incoordination ; les cas soumis au traitement par le nitrite de soude qui ont été rééduqués ont tous fait des progrès beaucoup plus rapides que les malades non soumis à cette médication. — Le traitement par les piqûres semble supérieur à celui par ingestion.

Caisse des Retraites.

M. LE Dr DUBOURDIEU (de Lesvellec. Morbihan). — Pas n'est besoin d'être depuis longtemps dans les Asiles pour savoir à quoi s'en tenir sur le sort fait aux Médecins aliénistes de ces établissements en ce qui concerne les retraites. Dans un précédent Congrès, on s'est déjà occupé de cette question et malheureusement aucune solution favorable n'est intervenue soit à cause de notre petit nombre, soit par apathie ou indifférence des intéressés, soit parce qu'elle fut exposée devant une majorité de congressistes n'ayant nul intérêt à la faire aboutir.

Aujourd'hui que la loi sur les aliénés est près de venir en discussion et même en attendant qu'elle y vienne, il serait peut-être bon de reprendre à nouveau ce sujet et de chercher à le solutionner d'une façon pratique. Ce faisant nous revendiquerons simplement le droit qu'a tout fonctionnaire d'avoir une retraite assurée pour ses vieux jours et non plus comme actuellement d'être soumis à des statuts de caisse de retraite où tout n'est qu'aléa, arbitraire et souvent duperie ; de sorte qu'on est jamais sûr en entrant dans la carrière de jouir en paix plus tard du fruit de son travail et de recevoir la récompense des services si chèrement rendus parfois à la cause de l'humanité et de son pays.

Etude anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile au point de vue de la topographie des muscles atrophiés et des localisations médullaires.

MM. C. PARHON et J. PAPINIAN (de Bucarest). — Nous avons pratiqué l'examen anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile, quatre-vingts ans après le début de la maladie. Tous les muscles de la jambe et du pied ainsi que le troisième adducteur, le biceps crural et la plus grande partie du quadriceps étaient réduits, microscopiquement au moins, à des masses adipeuses. Au point de vue de la topographie des atrophies on pourrait parler dans ce cas d'une topographie segmentaire complète pour la jambe et le pied, incomplète pour la cuisse. On pourrait de même soutenir qu'il s'agit d'une topographie nerveuse incomplète ou d'une topographie radiculaire avec le même caractère. Nous ne voulons défendre aucune de ces théories. Nous estimons que la dernière ne peut être généralisée pour les raisons suivantes : 1° Parce que la paralysie n'intéresse pas toujours *tous* les muscles d'un territoire radiculaire; 2° Parce qu'elle envahit souvent des territoires voisins; 3° Parce que, ainsi que M. MARINESCO, l'a montré récemment, les notions de racine et de segment ne sont pas exactement superposables. A notre avis on exprime mieux la vérité et sans rien préjuger en disant que *dans la poliomyélite antérieure*

aiguë on rencontre une topographie spinale des muscles atrophiés. En mettant en parallèle les muscles malades avec les groupements cellulaires absents et tenant compte des recherches antérieures nous concluons que : les groupements postéro-latéral et post-postéro-latéral de la moelle lombo-sacrée sont en rapport avec les muscles de la jambe et du pied. Dans les premier et deuxième segments sacrés les deux groupements centraux innervent les deux chefs du biceps crural. Dans le cinquième segment lombaire, le groupement central innerve le demi-membraneux et probablement aussi le demi-tendineux. Le quatrième segment, le groupement central est en rapport avec le grand adducteur, le groupement externe avec le quadriceps.

Contribution à l'étude des représentations motrices du membre inférieur dans la moelle épinière de l'homme.

MM. Parhon et Goldstein. — Nous avons étudié la moelle lombo-sacrée de deux malades dont le premier avait subi la désarticulation de la jambe d'un côté et l'amputation de la cuisse vers son milieu du côté opposé. Le second avait subi d'un seul côté cette dernière opération. Le résultat de cette étude confirme d'une façon générale ceux auxquels sont arrivés Sano, Van Gehuchten, de Buck, Nelis, De Neef, Bruce, Marinesco, pour la localisation globale de la jambe et du pied. Dans le groupement postéro-latéral et post-postéro-latéral on distingue facilement des groupements secondaires représentant, anisi que M. et Mme Parhon l'ont montré expérimentalement pour la jambe, chez le chien, des véritables centres musculaires. Pour la cuisse, les lésions sont minimes dans nos deux cas. Elles correspondent néanmoins aux groupements où Van Gehuchten et De Neef, chez l'homme, Marinesco, M. et Mme Parhon et nous-même, chez les animaux, plaçons la localisation des muscles de ce segment. Si l'on tient compte de ces recherches on doit admettre que : les centres des muscles de la face postérieure de la jambe sont placés en dedans de ceux de la région antéro-externe. Le centre du jambier antérieur est le plus haut situé de tous les centres des muscles de la jambe. Celui des deux jumeaux est, par contre, celui qui descend le plus bas. Il est situé en avant de celui du plantaire grêle, du jambier postérieur et des fléchisseurs. Les centres des premiers sont placés plus bas que ceux du jambier antérieur et des extenseurs des orteils. Pour la cuisse, le centre du quadriceps occupe le groupement externe du troisième et du quatrième segment lombaire, celui du couturier, le groupement antéro-externe du premier de ces segments. Le centre du grand adducteur occupe le groupement central du quatrième segment. Dans la partie centrale du troisième se trouvent les centres des deux premiers adducteurs et du

droit interne. Dans le cinquième segment, le groupement central innerve le demi-membraneux et probablement le demi-tendineux. Dans les deux premiers segments sacrés, il est en rapport avec le biceps crural (PARHON et PAPINIAN). A ce niveau, le groupement antéro-externe est en rapport avec les muscles fessiers.

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de quelques états vertigineux.

Le Dr ROYET. — Le diagnostic de la cause des états vertigineux et de certains troubles de l'équilibre est assez difficile et parfois impossible. Je crois donc utile de signaler un moyen d'en isoler un groupe important, surtout que de ce moyen résulte un procédé pratique de traitement.

Les états vertigineux qui proviennent de troubles de l'oreille ne sont pas toujours d'un diagnostic facile d'avec ceux dont l'origine est dans les centres nerveux; d'autant moins qu'ils peuvent exister en dehors de diminutions ou de perversions manifestes de fonctions auditives. Cette absence absolue ou relative de troubles auditifs peut se trouver en particulier dans les cas qui font l'objet de cette communication.

Les lésions les plus variées de l'oreille ou de ses annexes peuvent déterminer des phénomènes de vertige. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la plupart du temps elles ne siègent pas dans l'oreille interne.

A la suite de nombreuses recherches anatomiques et cliniques j'ai reconnu que, très souvent, les états vertigineux sont sous la dépendance d'une lésion passée inaperçue jusqu'ici; la soudure de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du naso-pharynx. J'ai observé aussi que la destruction de ces lésions amène la disparition, en *général immédiate*, de l'état vertigineux.

Il y a donc là un moyen précieux de diagnostic et de traitement d'une catégorie importante d'états vertigineux.

D'autre part, dans plusieurs cas, j'ai rencontré une association de cette maladie particulière à d'autres affections du système nerveux (ictus cérébral, etc.) dont la symptomatologie moins bruyante se trouvait par le fait masquée et dénaturée. Par le traitement des symphyses salpyngo-pharyngiennes j'ai pu faire disparaître tout un ensemble de phénomènes surajoutés et rendre possible un diagnostic exact.

Etant donné cette notion nouvelle, je crois qu'on ne peut juger avec certitude de l'origine réelle d'un état vertigineux et de sa signification sans tenir compte de la possibilité de cette cause particulière et sans l'éliminer d'abord par un traitement approprié.

Euphorie délirante des Phtisiques. Etude anatomo-clinique.

M. E. Dupré. (de Paris). — L'état mental des tuberculeux a déjà fait l'objet d'études nombreuses, mais presque uniquement cliniques. J'apporte au Congrès l'histoire d'un cas dans lequel l'observation clinique de l'état mental ayant éte suivie de l'étude histologique de l'écorce, les relations anatomo-cliniques les plus directes ont pu être établies entre les symptômes et les lésions.

Il s'agit, en résumé, d'un tuberculeux de trente-trois ans, atteint de phtisie subaiguë, fébrile, avec infiltration bilatérale étendue, et cavernulation rapide des sommets, lésions laryngées, cachexie rapide, etc., mort trois mois après le début des accidents. Durant toute l'évolution de sa maladie, le sujet, homme d'ailleurs cultivé et assez intelligent, a présenté, constamment, et à un degré extrême, les caractères d'ailleurs classiques de la mentalité des phtisiques subaigus : euphorie, optimisme, inconscience de la gravité de sa situation, illusions, projets, espoir ferme d'un avenir facile et heureux, acceptation d'emblée des suggestions rassurantes et des explications quelconques relatives à ses malaises, etc. Cet état d'illusionisme euphorique se marque, comme on le sait, chez ces malades, par le caractère souriant et parfois joyeux de la conversation, par l'éclat du regard, par une expression particulière de béatitude répandue sur le visage, et l'on a souvent insisté sur le pénible contraste qui existe entre les manifestations de cet état mental et la douloureuse réalité des choses. Le malade meurt dans un coma asphyxique graduel et rapide. Nécropsie : lésions pulmonaires d'infiltration caséeuse classiques. Foie et reins gras. Rate énorme. Cœur mou et petit. Cerveau 1.220 grammes. Aucune trace de tuberculose méningo-encéphalique.

Léger élargissement des sillons; ventricules un peu dilatés. Les méninges molles sont manifestement épaissies au niveau des lobes frontaux, sans adhérences, sans lésions tuberculeuses : l'épaississement prédomine en certains îlots, d'aspect blanchâtre.

L'examen histologique, pratiqué par le professeur Nissl lui-même, révèle les altérations suivantes : Méningite hyperplastique, collogène, simple, ni exsudative, ni inflammatoire, ni spécifique : aucune diapédèse, à peine quelques rares macrophages clairsemés, au milieu de la stratification ondulée des fibrilles pie-mériennes. Légère prolifération de l'endothélium vasculaire, avec pigmentation jaune disséminée autour de certaines cellules de cet endothélium : quelques cellules en bâtonnet (Stäbchenzellen) au voisinage immédiat des capillaires. Prolifération à peine marquée de la névroglie. Lésions profondes et diffuses des cellules nerveuses frontales : disparition du protaplasme avec dégénérescence en anneaux épineux, à la périphérie du corps cellulaire : excen-

tricité du noyau, déformation du nucléole, qui se rapetisse et dont la membrane est plissée. Vacuolisation de certaines cellules pyramidales. Dégénération hyaline de la plupart des capillaires. Dans la substance blanche, lésions de début de putréfaction : lacunes avec dissolution de la substance médullaire, quelques traînées de streptobacilles le long de certains vaisseaux. Les mêmes lésions, mais beaucoup plus discrètes et moins avancées, s'observent dans les régions moyennes et postérieures du cortex. A ce niveau simple vascularisation de la pie-mère.

Ces lésions, d'ordre toxique, de date récente, nullement subordonnées d'ailleurs, aux altérations vasculaires, qui sont minimes, ni aux lésions méningées, qui sont plus anciennes et d'une autre nature, doivent être dans leur siège cellulaire et leur localisation frontale, rapprochées du syndrome psychopatique offert par le malade et invoquées pour l'expliquer. Elles n'existent pas à ce degré et sous cette forme chez les tuberculeux qui n'ont pas présenté d'état mental particulier (Nissl.)

Cet état mental, d'ordre démentiel, se rapproche par ses caractères des manifestations psychiques des cancéreux morphinisés, chez lesquels on peut observer la même euphorie optimiste, le même illusionisme délirant, grâce aux doses élevées et rapidement croissantes du poison. Cette analogie, entre ces deux états psychopathiques démentiels subaigus chez des cachectiques, est un argument de plus pour rapporter à une intoxication l'euphorie délirante des phtisiques. Cette intoxication a ses facteurs dans les poisons bacillaires, l'insuffisance hépatorénale et l'anoxhémie subaiguë.

Cette observation est intéressante parce qu'elle établit clairement le substratum anatomique de l'état mental si spécial de certains phtisiques dans les lésions destructives des cellules du lobe frontal, et parce qu'elle permet de rapporter ces lésions aux processus de l'intoxication complexe dont l'organisme est le siège dans la phtisie pulmonaire subaiguë.

En terminant ses travaux, le Congrès des médecins neurologistes et aliénistes qui s'est tenu à Pau du 1er au 7 août, a décidé que le XVe Congrès se tiendrait en 1905 à Rennes, sous la présidence du Dr Giraud (de Rouen).

Les questions choisies pour être l'objet de rapports sont les suivantes : 1° *De l'hypochondrie*. Rapporteur : Pierre Roy (de Paris) — 2° *Les névrites ascendantes*. Rapporteur : Sicard (de Paris) ; — *La balnéothérapie dans les maladies mentales*. Rapporteur : Pailhas (d'Albi).

BIBLIOGRAPHIE.

I. *L'Année psychologique*, t. X, 1 vol. in-8° de 680 pages, 48 figures, Paris, Masson, 1904.

Le tome X de l'*Année psychologique* vient de paraître à la librairie Masson. Cette publication, bien connue en France et à l'étranger, a été fondée par MM. Beaunis et Binet en 1894. C'est M. Binet, le directeur du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne, qui en assume seul, depuis plusieurs années, la charge. Les dix volumes parus représentent un vaste répertoire de tout ce qui a été publié de bon et d'utile en psychologie.

On y trouve trois ordres de travaux : 1° des recherches originales sur la psychologie normale et pathologique ; 2° des comptes rendus, analyses critiques et approfondies, des recherches les plus importantes parues en tous pays ; 3° des tables bibliographiques annuelles, dont chacune comprend environ 2.500 numéros, et indiquent tous les ouvrages intéressant non seulement la psychologie, mais l'anatomie, la psychologie du système nerveux, la pathologie nerveuse et mentale.

La composition de ces tables bibliographiques, qui sont admirables de précision, et paraissent trois mois après l'année dont elles rendent compte, est le résultat d'une collaboration internationale, dans laquelle l'*Année psychologique* représente la part de la France.

Le nouveau volume de l'*Année psychologique* contient comme mémoires originaux des études de Binet sur Paul Hervieu et sur le contrôle de la graphologie, une curieuse série d'observations de Lécaillon sur le sens maternel de l'araignée, une étude toute nouvelle de Bourdon et Dide sur un cas d'amnésie continue, contenant l'indication de méthodes utiles pour la pathologie mentale, et des articles de Larguier sur la mémoire, de Zwaardemaker sur la sensibilité de l'oreille, de Michel sur Spencer et Renouvier.

Les rédacteurs de l'*Année* ont introduit dans ce même tome X une innovation qui sera très goûtée ; c'est une série de revues annuelles, sur des sciences voisines de la psychologie ; revues contenant l'indication détaillée, avec figures, de tout ce qui a paru de nouveau en 1904. L'histologie a été confiée à F. Henneguy, l'anatomie des centres nerveux à Van Gehuchten, la physiologie du système nerveux à Fredericq, la pathologie nerveuse et mentale à Grasset, Pitres, Simon, l'anthropologie à Denicker, la pédagogie à Demoor, la criminologie à Lacassagne, etc. Ces revues ont chacune une moyenne de vingt pages, les noms des signataires

répondent de leur valeur. Elles constituent une nouveauté bibliographique, destinée à rendre les plus grands services aux médecins. J. D.

II. *Les enfants anormaux au point de vue mental*; leur traitement et leur éducation; par G. E. Shuttleworth, M. D.; *deuxième édition*, traduite par le Dr Ley, d'Anvers, vol. in-12 de 170 p. — Bruxelles, J. Lebègue et Cie, 1904.

Dans ce petit volume, le Dr G. E. Shuttleworth, le savant spécialiste qui s'est fait en Angleterre l'avocat infatigable des enfants anormaux, a résumé tout ce qui avait été tenté jusqu'ici pour arriver à faire profiter les faibles d'esprit des progrès de la science moderne. Après avoir rendu hommage aux premiers créateurs de la méthode médico-pédagogique, aux Séguin, aux Saegert, aux Güggenbuhl, il étudie rapidement l'organisation des établissements institués pour les enfants anormaux dans le Royaume-Uni, les Etats-Unis et plusieurs pays européens.

Il tient à nous mettre en garde contre la confusion que fait naître le terme de *feeble-minded*, indiquant en Amérique les idiots de tous degrés, et ne désignant en Angleterre que les arriérés simples. L'auteur nous fait part des nouvelles créations organisées à Londres pour cette dernière catégorie d'enfants, créations qui ne sont encore en France qu'à l'état de projet lointain, malgré la vigoureuse campagne menée par M. Bourneville depuis une quinzaine d'années.

Suit la classification pathologique des diverses formes de défectuosité mentale, qui nous conduit à l'étiologie, au diagnostic et au pronostic des divers cas d'idiotie et d'imbécillité.

Après avoir passé en revue les principales indications des traitements général, médical et chirugical, nous arrivons au traitement éducatif, que nous aurions voulu plus détaillé. Nous retrouvons dans ce chapitre les mêmes principes, qui ont guidé Séguin pour l'institution de son éducation physiologique et les mêmes procédés employés dans le service du Dr Bourneville. Comme tous ceux qui ont une réelle expérience des enfants idiots, le Dr Shuttleworth, attribue à l'éducation manuelle et aux jeux une grande importance, et dans ce chapitre, comme dans le suivant sur l'éducation morale, tout décèle l'expérience éclairée d'un homme à qui une observation constante et une pratique journalière ont permis de connaître à fond les idiots.

Les dernières pages nous entretiennent des résultats et des conclusions. Là sont effleurées d'importantes questions, telles que le mariage et la séquestration permanente. L'auteur termine en montrant la nécessité de suivre toute leur vie les anormaux qui ont bénéficié du traitement éducatif, et l'obligation qui incombe

aux pouvoirs publics de prendre des dispositions en vue d'éduquer les imbéciles de la classe pauvre.

C'est grâce au Dr Ley (d'Anvers) que la 2e édition de l'œuvre de Shuttleworth pourra être connue en France. Peut-être qu'en lisant cette consciencieuse traduction, les incrédules, qui refusent encore leur confiance à la méthode médico-pédagogique, finiront par en reconnaître la valeur, puisqu'elle est recommandée par un étranger. J. Boyer.

VARIA.

Les Aliénés en liberté.

Un fou furieux. — Un Allemand du nom de Hermann Kremer est devenu subitement fou sur un bateau parisien allant à Auteuil. A un ponton, on voulut le faire descendre, mais il se mit à bousculer ceux qui l'entouraient et se jeta dans la Seine. Deux agents de la brigade fluviale plongèrent aussitôt, et, après quelques minutes de recherches, ils ramenaient sur la berge, à demi-asphyxié, l'étranger, qu'ils transportèrent au poste de secours aux noyés le plus proche ; là on parvint à le rappeler à la vie.

Kremer fut ensuite conduit au poste du quartier Saint-Merri, où M. Lespine, commissaire de police, donna des ordres pour l'envoyer à l'infirmerie du Dépôt. Profitant d'un moment d'inattention de ses gardiens, Kremer s'empara du sabre-baïonnette d'un agent et attaqua furieusement les gardiens de la paix de service dans le poste. Deux d'entre eux furent blessés grièvement par le fou furieux, qu'on ne réussit à désarmer qu'avec peine.

Enfin, à onze heures et demie, six agents le conduisaient au Dépôt. Près de la grille du Palais de Justice, Kremer, qui depuis un moment paraissait calme, fut repris d'un accès de fureur. Il terrassa les gardiens qui l'escortaient, sauta en bas du fiacre, s'enfuit dans la direction de la Tour Saint-Jacques, renversant sur son passage tous ceux qui tentaient de l'arrêter. Deux gardiens de la paix de service rue de Rivoli réussirent à lui barrer le passage ; le dément changea alors de direction et alla se jeter, en face du n° 1, rue Saint-Martin, sous les roues d'un omnibus qui lui broyèrent la poitrine. Hermann Kremer a été transporté à l'Hôtel-Dieu dans un état désespéré. (L'*Aurore*, 26 juillet 1904).

On ne saurait trop recommander aux agents ou aux personnes intervenantes, en pareil cas, de ne pas avoir de moments d'inattention, mais de ne pas perdre de vue, *un instant*, le malade.

TERRIBLE LUTTE AVEC UN FOU.

Le Dr Rorke, de Long-Island, un homme petit et mince, a été affreusement maltraité par un forgeron devenu fou. Il s'était rendu auprès de l'aliéné en compagnie du Dr Mitchell. Celui-ci fut empoigné par le fou et jeté dans la rue comme une balle. Le Dr Rorke, malgré son infériorité physique, fit face au forgeron, qui avait saisi un marteau, puis s'en était dessaisi. Mais le forcené se jeta sur le médecin avec une violence inouïe et lui martela le visage à coups de poing. Tandis que le Dr Rorke, subissait ce joli traitement avec un sang-froid admirable, il parvint à tirer de sa poche une seringue de Pravaz et en injecter le contenu de morphine sous la peau du fou. L'effet désiré fut obtenu et l'aliéné se laissa emmener sans résistance à l'asile. La conduite du Dr Rorke n'est-elle pas admirable, réellement héroïque ? (*Journal d'accouchement* du 7 août 1904.)

FAITS DIVERS.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Ambroise-Eusèbe MORDRET, ex-médecin en chef de l'asile des aliénés de la Sarthe, membre correspondant de l'Académie de médecine depuis 1888, des Sociétés de Chirurgie, médico-psychologique, etc., vient de mourir au Mans.

M. le Dr Mordret avait été reçu docteur en médecine en 1847 [Thèse : *des hémorragies des fosses nasales*, Paris, n° 161]. On connaît de lui un *Traité pratique des affections nerveuses et anémiques considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles*. Paris, 1861, 488 p. ; un *rapport sur le service de santé dans la ville du Mans du 19 août 1870 au 20 avril 1871*, adressé au ministre de la Guerre. Le Mans, 1871, 8°, 51 p., Monnoyer ; des *considérations sur la sensibilité dans ses rapports avec les phénomènes psychiques. (Fragment d'une étude sur la folie)*. Paris, 1879, 64 p. ; un mémoire récompensé par l'Académie de Médecine : *De la folie à double forme. Circulaire alterne*. Paris, 1883, 225 p., etc., etc. Il laisse un fils, médecin au Mans, ancien interne des hôpitaux de Paris. (*Gazette Médicale* de Paris, 25 juin 1904.)

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mouvements de mai, juin et juillet* 1904. — M. le Dr BOITEUX, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise), promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. GEX, directeur à Saint-Robert (Isère), promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr RAVIART, médecin adjoint à Armentières (Nord), promu à la classe exceptionnelle. — M. le Dr DIDE, médecin adjoint à Rennes, promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr

Masselon, médecin adjoint à Pau, nommé médecin adjoint à Clermont (Oise), en remplacement de M. le Dr Coulon, mis en disponibilité sur sa demande. — M. le Dr Truelle, médecin adjoint à Dun-sur-Auron (Cher), promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Ameline, médecin adjoint à Dun-sur-Auron (Cher), promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Lagriffe, médecin adjoint à Quimper, nommé à Pau. — M. le Dr Bécue, médecin adjoint à Bailleul, promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Trénel, médecin adjoint, nommé médecin en chef de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — M. le Dr Lwoff, médecin en chef à Ainay-le-Château, nommé directeur médecin de l'asile d'aliénés de Moisselles (Seine-et-Oise).

Tentative de suicide d'un adolescent. — *Un désespéré de quatorze ans.* — Le jeune M..., âgé de quatorze ans, demeurant chez ses parents, boulevard de la Liberté, à la suite d'une réprimande a tenté de se suicider. Sa mère s'étant aperçue de sa disparition, monta au grenier, où elle trouva son fils qui venait de se pendre. Elle arriva heureusement assez tôt pour couper la corde. L'enfant a été rappelé à la vie. (*Progrès de Lyon*, 31 juillet 1904).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Anglade et Jacquin. — *Rapport médical de l'asile public d'aliénés de Bordeaux pour l'année* 1903. 1 vol. in-8° de 64 pages. Imp. Gounouilhou. Bordeaux, 1904.

Binet (A.). — *L'Année psychologique :* 10e année, 1904. 1 vol in-8° de 680 pages, avec figures dans le texte. Prix : 15 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Kollarits (J.). — *Chronischer Gelenksrheumatismus und spondylose rhizomélique.* In-8° de 28 pages. Klinische therapeut. Wochenschrift. Ween.

Muller (Edouard). — *Die multiple sklérose des Gehirns Rucken, marks.* 1 vol. grand in-8° de 394 pages, avec 5 planches hors texte. Gustav-Fischer, Verlagsbuchhandhung Jena. Prix : 10 marks.

Movimiento de la casa de orates de Santiago en el âno 1903. 1 vol. in-8° de 286 pages. Imprenta Universitaria, à Santiago. 1904.

Dr Roussel (Albéric). — *La Franklinisation réhabilitée*, 1 volume in-18 jésus de 310 pages, avec 12 figures intercalées dans le texte. Prix : 4 francs. O. Doin, éditeur.

Ugolotti (Ferdinando). — *Sclerosi cerebrale tuberosa associata a speciali alterazioni di altri organi.* In-8° de 30 pages. Riv. di pathologia nervosa.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 8-1904.

Vol. XVIII. Octobre 1904. N° 106.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

BIBLIOTHÈQUE DE LA SALPÊTRIÈRE SERVICES EN MÉDECINE

Obsessions et vie sexuelle;

PAR LE Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef de Ville-Evrard.

M. Freud, dans deux mémoires, s'est efforcé de donner à l'obsession une étiologie toute spéciale. D'après lui, elle aurait pour cause principale l'accumulation incomplètement satisfaite de l'excitation génésique, tels que le coït réservé des ménages désireux de ne pas augmenter le nombre de leurs enfants ou de n'en pas avoir; les caresses frustes des fiancés; l'impuissance relative des maris dont les érections insuffisantes ou les éjaculations trop rapides ne permettent pas à la femme d'aboutir au spasme voluptueux; l'abstinence provoquée par le veuvage; la suppression brusque d'habitudes anciennes de masturbation. Il conclut de ses observations que la névrose anxieuse est d'origine sexuelle et que son étiologie spécifique est l'accumulation de la tension génésique provoquée par l'abstinence ou l'irritation génésique fruste.

Deux ouvrages viennent de paraître chez nous sur les obsessions, écrits par des hommes éminents et très au courant de la question; l'un est signé de MM. Pitres et Régis, l'autre de M. Pierre Janet. En outre, M. Hartemberg et M. Gilbert Ballet, au Congrès de Grenoble, ont donné leur avis sur la doctrine de M. Freud. M. Arnaud n'en parle pas dans l'intéressant chapitre qu'il a écrit pour le *Traité de pathologie mentale* de M. Gilbert Ballet. Il m'a semblé qu'il ne serait peut-être pas dépourvu d'intérêt de rapporter ce que ces distingués observateurs ont constaté dans notre

pays, et de faire connaître ce que nous-même nous avons vu durant une longue pratique de bientôt vingt-neuf ans.

MM. Pitres et Régis ne croient pas à cette origine exclusivement sexuelle des états obsédants. D'ailleurs, les faits par eux observés leur ont démontré que les obsessions débutent dans plus de la moitié des cas dès l'enfance ou à l'adolescence, avant la fin de la quinzième année, à un âge par conséquent où les pratiques signalées par M. Freud comme la cause spécifique du mal ne sauraient être incriminées.

D'après M. Pierre Janet, une observation désintéressée montre que la proposition de M. Freud, qui paraît au premier abord singulière, contient certainement une part de vérité; car si on peut avoir des renseignements, des aveux sur la vie sexuelle des malades, on voit qu'elle est presque toujours troublée, et qu'elle est bien troublée, en effet, dans le sens qu'indique l'auteur. Il admet donc les faits signalés par M. Freud, mais il est disposé à les interpréter de toute autre façon. Les constatations ne lui ont pas montré que les circonstances extérieures aient toujours déterminé chez ses malades cette insuffisance du coït au moment de leurs accès; bien plus, il a eu des aveux significatifs lui démontrant qu'ils avaient à leur disposition les moyens d'une satisfaction largement suffisante. Il croit que ces insuffisances de l'émotion sexuelle ne sont qu'une manifestation, un cas particulier de leur insuffisance psychologique. C'est parce que ces personnes, dit-il, deviennent de plus en plus incapables de pousser un phénomène psychologique jusqu'à son terme, qu'elles s'arrêtent à moitié chemin dans cette émotion comme dans les autres. En conséquence, il ne croit pas qu'il y ait lieu de faire jouer dans cette maladie, un rôle spécial aux phénomènes sexuels qui n'auraient qu'une influence déprimante s'ajoutant simplement aux autres.

Disons aussi qu'au Congrès de Grenoble de 1902, M. Freud a trouvé deux contradicteurs et pas un défenseur. M. Hartemberg, qui accepte pourtant la névrose d'angoisse de ce médecin et juge sa thèse parfaitement légitime, a ajouté qu'en revanche, il ne pouvait pas accepter avec lui l'étiologie exclusivement sexuelle de celle-ci et la considérer comme provoquée toujours par une détente insuffisante de l'excitation génitale, car, malgré les interrogatoires les plus

insistants, il n'a pas réussi à découvrir toujours chez ses malades cette cause étiologique qu'il reconnaît n'être pas rare, mais qui est loin d'être constante. Egalement, M. Gilbert Ballet a déclaré qu'il ne pouvait s'associer à la manière de voir de M. Freud, relativement au rôle que jouerait la privation des satisfactions sexuelles dans la genèse du syndrome. Pour son compte du moins, il n'a jamais relevé une semblable étiologie.

Ce que j'ai constaté ne me permet pas non plus d'accepter l'opinion de M. Freud, pas même appliquée aux seuls dégénérés, car j'ai connu de nombreux obsédés qui, à aucun moment, ni avant, ni durant leur maladie, n'avaient souffert d'une accumulation incomplètement satisfaite de l'excitation génésique. Par les confidences de leurs femmes ou de leurs maîtresses, aussi bien que par les leurs qu'elles confirmaient d'ailleurs, j'ai su qu'ils coïtaient plutôt trop souvent, que le coït était complet, exécuté sans précaution pour entraver la fécondation; n'empêche qu'ils étaient bel et bien obsédés. Par contre, je me suis assuré que la copulation même fréquente et complète, mais *anormalement pratiquée*, ou bien le spasme voluptueux obtenu à l'aide de *manœuvres anormales*, avaient une influence considérable. Parmi les faits que j'ai observés, il en est trois surtout qui établissent sans conteste que ces pratiques que j'indique ne sont pas seulement capables d'aggraver le mal existant, mais de faire apparaître, à un âge déjà avancé, chez des prédisposés héréditaires, des obsessions qui jusqu'alors n'avaient jamais existé. Ces trois observations méritent d'être rapportées, car elles sont instructives; la mère n'en conseillera certes pas la lecture à sa fille, je le reconnais et je ne la lui conseillerai pas à elle-même, mais n'a-t-on pas dit que la science comme le feu purifiait ce qu'elle touchait, et puis, j'écris dans un journal scientifique et mon mémoire n'est destiné ni à corrompre la jeunesse ni à chatouiller les vieux marcheurs. Honni soit donc qui mal y pense.

Observation I. — M. X..., quarante-quatre ans, célibataire, docteur en droit, hérédité maternelle. Développement normal, rougeole comme seule maladie infectieuse; de brillantes facultés intellectuelles. Le début de l'excitation génitale a été précoce. L'enfant fut placé à onze ans dans une institution de prêtres où les punitions corporelles étaient en honneur, mais son père avait

défendu de les lui appliquer. Au premier camarade fouetté en sa présence, il éprouva un plaisir jusqu'alors inconnu, sentit sa verge se raidir et regretta vivement de n'être pas à la place de la victime. Rentré chez lui, il organisa avec ses sœurs un jeu d'école où le martinet jouait un grand rôle. Il faisait un élève coupable que l'aînée, feignait de fouetter en sa qualité de maîtresse de la pension. L'érection se reproduisit immédiatement, mais l'enfant était si inconscient de sa signification qu'il se déboutonna, aussitôt la mère mit fin au jeu et défendit de le recommencer.

Toujours hanté de son désir d'être frappé sur les fesses, X... trouva autre chose. Il proposa à plusieurs de ses petits camarades de se poursuivre et celui qui se laissait prendre, recevait de vigoureuses tapes sur le derrière. Il s'arrangeait toujours pour être pris, car s'il avait plaisir à recevoir des fessées, il n'en avait pas à en donner. Tous les jours ou à peu près, il se livra à ce plaisir. Au bout de quelque temps, il n'eut plus besoin de ces artifices pour amener l'érection ; il lui suffisait de se figurer qu'il était fouetté pour la produire.

Son désir de l'être s'accrut encore, et il commit exprès de graves manquements à la discipline dans l'espoir qu'on passerait outre à la défense de son père et qu'on lui administrerait la punition corporelle tant souhaitée. Il n'en fut rien et il s'en désola. Pour se consoler, il prenait un vif plaisir à toucher le martinet, surtout quand il venait d'être utilisé. En caresser les tranches lui faisaient alors passer des frissons dans le corps.

Durant deux ans, la situation resta telle, sans qu'aucun élément sexuel intervint. Seulement, à treize ans, l'attrait de l'autre sexe débuta, et X... se sentit attiré vers une jeune femme, aide-cuisinière de la pension, qui avait un enfant de six ans qu'elle corrigeait assez souvent. Il sembla à X... qu'être fouetté ainsi par elle serait le suprême bonheur. Il se mit alors à lui faire mille niches dans l'espoir de la pousser à bout et de recevoir d'elle une correction, il arriva à ses fins ; un jour, elle perdit, en effet, patience, saisit l'enfant qui s'empressa de n'opposer aucune résistance, et lui administra deux coups de martinet. Mais elle s'arrêta, car au lieu des cris qu'elle attendait, elle ne fut pas peu surprise de sentir le petit lui passer les bras autour de la taille et se pâmer. Il avait eu son premier spasme voluptueux.

Peu après, X... fut changé de collège et placé comme pensionnaire dans une autre institution où les punitions corporelles étaient absolument interdites. Là un camarade l'initia à l'onanisme. Il venait d'avoir quatorze ans. Cette pratique et surtout je crois, l'absence de tout spectacle de fustigation, modifièrent ses dispositions ; il ne pensa plus qu'à de rares intervalles à être fustigé. Mais il prit goût par contre à la masturbation.

X... avons-nous dit, était doué d'une intelligence supérieure.

Toutefois, à côté de ses brillantes facultés intellectuelles, existait une émotivité anormale. Il était très timide et très superstitieux ; puis ayant ouï parler des maladies vénériennes, il en eut une vraie phobie. Celle-ci, jointe à sa timidité, furent cause qu'il continua à se masturber encore assez souvent, durant ses années d'études à la faculté, d'autant plus que doué d'un appétit génital notable, il était pauvre et n'avait guère d'argent pour ses menus plaisirs. Il pensait de moins en moins au plaisir d'être fouetté.

Reçu docteur en droit, il acquit vite une bonne situation, put s'offrir des maîtresses et cessa de se masturber ; l'attrait de la fustigation avait disparu. A vingt-sept ans, il contracta une blennorrhagie, qui fut bien douloureuse et se compliqua d'une cystite du col. Il en fut très affecté, et repris de sa phobie des maladies vénériennes. Il resta près d'un an avant de trouver une femme qui lui parut offrir toutes garanties, et pendant ce temps, il retomba dans la masturbation. Quand il se décida à coïter, à son grand étonnement, il se trouva impuissant. Il fut navré et convaincu qu'il resterait toujours tel. A la deuxième tentative avec la même femme, la même impuissance se reproduisit tout d'abord, mais toutefois elle ne persista pas, et il retrouva assez vite, toute son ardeur habituelle. Il attribua, avec raison à l'onanisme sa déconfiture et s'en abstint désormais. Il s'en trouva bien, car dans ses rapprochements consécutifs avec sa maîtresse, il n'eut plus aucune défaillance. Il avait recouvré toute sa confiance et toute sa vigueur. Néanmoins, il souffrait, car il ne pouvait posséder celle-ci qu'à des intervalles assez espacés et il était obligé de lutter pour ne pas retomber dans ses mauvaises habitudes. Il résolut alors d'avoir une seconde maîtresse, de possession plus facile et finit par la trouver ; mais quand il la posséda pour la première fois, il eut une vive appréhension et de nouveau fut impuissant, cependant comme avec l'autre, l'habitude ramena la virilité.

Néanmoins, à partir de ce moment, X... perdit toute confiance et eut une obsession génitale avec angoisse. Ses relations sexuelles furent empoisonnées. En allant au rendez-vous, il était anxieux, son cœur battait et il avait des tremblements. Il redoutait d'être impuissant ; l'érection se produisait-elle, il craignait de la perdre et s'empressait d'en profiter ; même durant le coït, tourmenté de la crainte de ne pas achever, il avait hâte d'arriver au but. Inutile de dire que plus d'une fois, ce qu'il redoutait survenait et qu'il en résultait une aggravation de son obsession.

X... se résigna à rester fidèle, n'osant risquer de nouvelles mésaventures, d'autant plus qu'avec le temps, il reprit peu à peu confiance et son obsession s'atténua au point de ne plus guère le tourmenter. Son appétit génital était amplement satisfait ; il ne se masturbait plus et ne pensait plus du tout au martinet.

Il en fut ainsi pendant cinq ans. A trente-deux ans, X... dut

changer de résidence, et se séparer de ses deux maîtresses dont aucune ne voulut le suivre. Il se trouva donc dans l'obligation, pour ne pas retomber dans l'onanisme, de nouer des relations avec une femme nouvelle. L'obsession revint dans toute son intensité avec son cortège d'angoisses, de palpitations cardiaques, de tremblements et de sueurs froides. Durant toute la première nuit, le malheureux fut complètement impuissant, mais comme précédemment, la virilité revint avec l'habitude, toutefois l'idée obsédante persista à un degré encore plus accusé qu'avec les deux précédentes maîtresses. X... était, avons-nous dit, superstitieux dès son enfance : il eut alors la hantise de certaines circonstances qui lui portaient malheur dans ses relations sexuelles, tels le vendredi et le 13 du mois, d'autres au contraire, heureuses, comme de prendre par la droite pour se rendre chez son amie et d'entrer chez elle du pied droit. Néanmoins, il fut plus souvent heureux que malheureux dans ses rapprochements avec celle-ci, surtout après un certain temps.

Il lui resta fidèle sept ans, après lesquels nouveau changement de résidence, encore avec refus de le suivre et nouvelle obligation d'une autre liaison. Le malheureux X... repassa par les mêmes transes et les mêmes angoisses, et l'obsession persista encore plus accusée qu'avec la précédente maîtresse, en outre, ses superstitions s'accrurent en nombre et en intensité.

Quoi qu'il en soit, il cultivait cette nouvelle liaison depuis cinq ans et s'en était encore assez bien habitué, quand sa maîtresse contracta une bronchite qui l'obligea à aller passer l'hiver dans sa famille à Montpellier. X... resté seul ne se sentit pas le courage de connaître une autre femme ; il préféra attendre le retour de sa maîtresse, mais il avait trop compté sur ses forces et il se remit à se toucher. A la réception de la lettre qui lui annonçait en mai le retour de son amie, complètement rétablie, il fut saisi d'angoisse, de palpitations de cœur, et de tremblements, et se sentit repris de son obsession génitale. Il eut la conviction que c'était fini et que jamais plus, il ne serait capable de coïter. En effet, c'est ce qui arriva, et en outre, l'impuissance fut radicale, car maintenant, quand il essayait de se livrer au plaisir solitaire, le libido étant demeuré chez lui très ardent, l'obsession survenait et l'érection ne se produisait pas davantage.

Ce ne fut pas tout. Lui racontant les incidents de son séjour dans le Midi, sa maîtresse lui narra qu'elle avait retrouvée bien vieillie, mais toujours verte, l'institutrice chez laquelle elle avait été placée en pension, et à qui sa mère bien à tort avait donné plein pouvoir sur elle, car elle en avait bien abusé et elle lui fit une description détaillée des corrections que celle-ci lui administrait pour la moindre peccadille, avec une serviette mouillée qu'elle roulait et qu'elle transformait de cette façon en lanière. Ce malen-

contreux récit produisit sur l'infortuné X... une impression profonde et réveilla en lui plus violent encore qu'autrefois, son désir éteint depuis si longtemps d'être fouetté, et il prit un plaisir infini à faire répéter à son amie, les moindres détails des fessées reçues.

Un nouveau supplice commença pour X... Nuit et jour, il fut obsédé du besoin de se faire fouetter par sa maîtresse, mais près d'elle, pris de honte, il n'osait le demander. Cette lutte angoissante, durait depuis quelques jours quand il aperçut un après-midi dans le couloir qui conduisait aux water-closets de son appartement, un martinet dont se servait son valet de chambre pour battre les habits et qu'il avait suspendu à un clou. Il ne fut plus maître de lui, et certainement, si sa maîtresse avait été là, il n'aurait plus hésité à solliciter d'elle la fustigation. Il s'empara du martinet et le porta dans sa chambre, mais il n'eut pas cette fois le plaisir de se fouetter, car il lui suffit de se toucher les fesses avec les branches de l'instrument pour amener éjaculation et spasme voluptueux toujours sans érection.

Il remit le martinet en place et résolut de ne plus s'en servir. Le lendemain, il recourut au procédé de la serviette mouillée, décrit par sa maîtresse, car l'obsession de la fustigation était devenue irrésistible. Ce fut pour lui une volupté de plonger celle-la dans l'eau, de la tordre et de la rouler en lanière. Plus heureux que la veille, il réussit ainsi à s'administrer une bonne fessée avant d'amener l'éjaculation. Le plaisir goûté fut si vif qu'il ne put s'empêcher de le rechercher par la suite deux ou trois fois par semaine au moins.

Depuis deux mois, X... se livrait à cette flagellation voluptueuse, quand un accident banal fit éclore une nouvelle obsession plus gênante. Son habitation était située à l'extrémité d'une très longue et très étroite avenue. Rentrant chez lui pour dîner, il fut effrayé par un ivrogne qui tomba sur lui et le renversa à moitié. Il en fut tout ému. Après son repas, il sortit de chez lui comme d'habitude; à la perspective de l'avenue, il fut à son grand étonnement angoissé, eut des tremblements dans les jambes et serait tombé sans l'appui de sa canne. En longeant les grilles des villas, il se sentit plus rassuré et put gagner la grande place qu'il traversa sans la moindre hésitation, mais à l'entrée de la grande rue, très longue et assez étroite, la même obsession le reprit, plus violente encore avec en outre des palpitations cardiaques et de l'oppression respiratoire. Il dut presque s'appuyer aux maisons pour arriver jusqu'à son cercle. Il prit une voiture pour rentrer.

Le lendemain et les jours suivants, la même phobie angoissante de toute voie droite et longue se reproduisit et cessait immédiatement, si l'obsédé avait à côté de lui quelqu'un sur qui il pût compter. Il dut se condamner à ne plus sortir seul. C'est alors que je le vis et qu'avec une entière franchise sur mes questions, il me

fournit tous les détails que j'ai rapportés. Sachant qu'il y avait eu des aliénés dans sa famille, il était alors obsédé par l'idée qu'il devenait fou. Je le rassurai, et j'attribuai tous les phénomènes présentés à l'usage qu'il faisait de la serviette mouillée. Je lui conseillai l'hydrothérapie, les exercices physiques, le bromure de potassium et surtout une chasteté absolue.

Quinze jours de ce traitement suffirent à enrayer presque complètement la phobie, mais si le libido était moins marqué, l'obsession de la flagellation était aussi vive. Au bout d'un mois, disparition complète de la phobie, toutefois pas grande diminution de l'obsession de la serviette mouillée; aussi la résistance devenait de plus en plus pénible et partant de plus en plus difficile. Je restai trois semaines sans revoir le malade. Quand il revint, il était dans la prostration, il avait succombé et immédiatement la phobie était revenue. Une action psychique avait aussi exercé son influence, car avant de sortir, il était convaincu qu'il ne pourrait pas descendre seul l'avenue. Je constatai pour la première fois un profond dégoût de la vie et quelques idées de suicide, n'ayant elles rien d'impulsif, et inspirées par les tristesses d'une telle existence. Pour les chasser, je promis une guérison complète. Je n'ai plus revu X..., mais j'ai su quelques mois après qu'il s'était tué.

Voilà donc un cas où, à aucun moment avant le mal, le sujet n'a souffert d'une accumulation incomplètement satisfaite de l'excitation génésique. L'onanisme engendra l'impuissance par inhibition avec obsession génitale, puis la flagellation voluptueuse, la phobie des voies longues et droites. Bien plus, celle-ci au contraire disparut quand, sur mes conseils, le sujet resta un certain temps continent, et c'est alors qu'il souffrit seulement de la cause indiquée par M. Freud, puisqu'il était obligé de lutter pour résister à son besoin ardent de volupté, et il lui suffit de satisfaire ce besoin par la flagellation pour ramener la phobie. Là, on est plus en droit d'invoquer un excès qu'un manque de satisfaction.

Observation II. — M. Z..., trente-six ans, célibataire, fonctionnaire de l'Etat, est également un héréditaire vésanique. Son père s'est suicidé sans motif connu, probablement sous l'influence d'une obsession; une sœur a eu une folie puerpérale dont elle a guéri; un frère est assez faible d'esprit. Développement régulier, fièvre typhoïde à douze ans, sans accidents cérébraux bien graves. Intelligence ordinaire; L... a été reçu bachelier à dix-neuf ans, après deux échecs. Il se touchait au collège, comme les camarades, dit-il, mais depuis son baccalauréat, il s'en est complètement abs-

tenu; il avait d'ailleurs une situation de fortune qui lui permettait d'avoir des maîtresses et d'en changer souvent. Heureusement pour lui, car il était atteint d'une anomalie génitale par laquelle, bien que très porté aux plaisirs de l'amour, il était dans l'impossibilité presque absolue d'avoir, même à plusieurs jours d'intervalle, des rapports avec la même femme.

Au point de vue émotif, L... a été de tout temps un scrupuleux, craignant toujours de n'avoir pas assez bien fait; recommençant plusieurs fois les mêmes choses dans la crainte de s'attirer des reproches. Si par hasard, il avait fauté sans le vouloir, il passait par des désespoirs angoissants. Après son baccalauréat, il entra dans une grande administration publique et sa manie des scrupules s'accrut encore. Il s'exagéra la responsabilité qui pesait sur lui.

Dans la vie ordinaire, par un singulier contraste, il était noceur et gai compagnon de plaisir. Ses scrupules ne le tourmentaient guère qu'à son bureau. Il aimait aussi les plaisanteries et les bons mots, et il crut en faire un qui lui suscita des ennuis et ne fut sans doute pas sans influence sur les troubles psychiques, dont il souffrit par la suite. Parmi ses collègues d'administration, il s'en trouvait un qui avait le fétichisme des grosses fesses de femmes et qui ne s'en cachait pas. Il riait même des plaisanteries des camarades qui prétendaient que sur les promenades, il prenait mesure de celles-ci avec sa canne, et choisissait celle qui les avait les plus fortes. Z... crut être spirituel en le dotant du sobriquet de *métrocul*, qui malheureusement eut un grand succès, car l'autre le prit très mal. Il fit à Z... des scènes violentes, et sans l'intervention de leurs amis communs, il l'aurait soufflet é. Le scrupuleux Z... en fut angoissé. Il ne se rencontrait pas avec ce collègue sans avoir de la suffocation, des palpitations de cœur et des tremblements, d'autant plus que l'offensé, malgré ses avances et ses excuses, lui témoignait le plus profond mépris. Aussi fut-il heureux d'apprendre qu'un ami influent de sa famille, avait obtenu pour lui une place à l'administration centrale, à Paris.

Z... était encore tourmenté des ennuis que lui avait suscités le fétichisme de son camarade, quand il arriva dans la capitale qu'il ne connaissait pas. Son protecteur le promena par la ville et le conduisit au Salon qui venait d'ouvrir. A la sculpture il fut ébloui des nudités qui s'offrirent à ses regards; il ne s'était jamais occupé d'art et de sa vie, n'avait mis les pieds dans un musée. La vue de toutes ces statues de femmes nues, en très grand nombre cette année-là, le fascina. Jusqu'alors, le visage chez celles-ci avait été tout pour lui, jamais il n'avait prêté la moindre attention aux formes du corps. Il découvrait comme un monde nouveau. Sa curiosité fut plus particulièrement attirée sur la partie, objet de la prédilection de son collègue dont le souvenir ne l'avait pas

quitté, et il comprit qu'il avait eu tort ; à son tour, il fut séduit. Le lendemain et les jours suivants, il revint au Salon, entraîné comme malgré lui à se repaître du même spectacle. Quand son congé terminé, il dut rentrer dans son administration, ce fut toute la journée une souffrance angoissante, jusqu'à l'heure où il put aller passer quelques instants à la sculpture. Lui aussi désormais, avait le fétichisme des fesses. Il fit alors la connaissance d'une femme qui mit à sa portée, la partie de son corps, objet de son fétichisme ; et se livra à la succion buccale avec chatouillement digital de l'anus et des bourses. Il prit un goût excessif aux manœuvres de sa aouvelle amie et contrairement à ce qui s'était toujours produit jusqu'alors, au lieu de perdre son ardeur, celle-ci s'accrut au contraire par la fréquentation. Il fit en conséquence d'assez nombreux excès sans jamais varier le procédé.

Vite, son état nerveux habituel s'accrut dans de grandes proportions. Son appétit diminua; il eut des maux de tête et des insomnies; ses scrupules fonctionnels devinrent tels, qu'il n'arrivait à terminer aucun travail. Il s'attira de ses chefs des reproches qui achevèrent de l'angoisser, d'autant plus qu'ils lui conseillèrent, s'il se sentait fatigué, de prendre un congé pour se reposer. Le soir du jour où il reçut ce conseil de ses chefs, il lut dans les journaux, le dramatique suicide d'une mère qui s'était asphyxiée avec ses trois enfants. Bien souvent, auparavant, il avait eu occasion de lire parmi les faits divers des gazettes, des accidents de ce genre, sans en avoir été jamais ému. Il n'en fut pas de même cette fois. La mort mystérieuse de son père lui revint en mémoire et pour la première fois, il se sentit attiré vers le suicide. La nuit, il ne dormait pas, obsédé et angoissé par cette idée contre laquelle il luttait avec force, car en somme, il était du nombre des heureux.

Cette obsession eut du moins l'avantage de calmer ses scrupules. Pour la chasser, il se mit avec ardeur au travail, dès son arrivée au bureau et n'eut presqu'aucune hésitation. La journée se passa relativement bien. Ses occupations, la présence des gens, firent trêve à son mal. Mais le soir, quand il fut seul chez lui, l'obsession revint aiguë et il passa encore presque toute la nuit à lutter ; seulement sur le matin, épuisé, il s'endormit. Comme la précédente, la journée ne fut pas mauvaise et il constata plus accusée encore que la veille, la disparition de ses scrupules et de ses hésitations au bureau. Redoutant de rester seul, il prit le regrettable parti de coucher désormais tous les soirs chez sa maîtresse, sans lui en fournir le véritable motif.

Il en résulta forcément une augmentation des excès sexuels contre nature. L'obsession s'accentua davantage. Dans la rue, L... se sentit entraîné à se jeter sous les pas des chevaux ou sous les roues des tramways ; ou dans la Seine en traversant les ponts ; quand il passait devant un armurier ou devant un coutellier, il

avait peine à s'empêcher d'entrer pour acheter une arme et s'en servir contre lui-même. Il n'osa plus sortir seul, sentant faiblir de plus en plus sa force de résistance, et prit le parti de se faire accompagner partout par son valet de chambre en lui prétextant que depuis quelques jours, il avait des vertiges et craignait de tomber.

C'est alors que je le vis et qu'il me raconta en détails sa vie. Comme pour le précédent malade, je tâchai de le rassurer en mettant tout sur le compte de ses excès génitaux contre nature, et en lui donnant l'assurance formelle qu'en y renonçant complètement, la guérison était certaine et serait assez proche. Je l'engageai en outre à faire lui aussi de l'hydrothérapie, des exercices physiques et à prendre du bromure de potassium, car j'ai eu l'occasion assez souvent, de constater une action favorable de ce traitement sur les obsédés.

En quelques semaines, une amélioration considérable avait été obtenue. L... m'apprit alors qu'il quittait Paris. Il en avait assez de la capitale. Il avait sollicité et obtenu du Ministère, l'autorisation de permuter avec un collègue de province. Deux mois après, il m'écrivit pour m'apprendre son complet rétablissement. Je n'ai plus eu de ses nouvelles.

De même que X..., à aucun moment, Z... n'a souffert d'une accumulation incomplètement satisfaite de l'excitation génésique. Mais, dans ce cas, nous voyons une obsession apparaître peu après des habitudes sexuelles contre nature, s'aggraver avec celles-ci et disparaître par leur cessation.

Observation III. — Le troisième malade, de nationalité étrangère, Y..., trente-trois ans, docteur en médecine, célibataire, est comme les deux autres, un héréditaire vésanique. Il est fils unique d'une mère aliénée. Développement normal, toutefois incontinence nocturne d'urine jusqu'à treize ans. Comme maladies infectieuses, la rougeole, les oreillons et la varicelle sans accidents cérébraux. Très brillantes facultés intellectuelles. Au point de vue émotif, de tout temps, hypochondrie et sensiblerie excessive. De très bonne heure, Y... a été porté à observer ses sensations cœnesthésiques, à épier le fonctionnement de ses organes et à s'exagérer ses moindres indispositions. C'est même cette tendance de son esprit qui le porta vers les études médicales ; il était entraîné vers ce qui l'effrayait. Enfin jeune encore, il donna des preuves d'une sensiblerie excessive qu'il n'a jamais perdue, il dit lui-même en riant, qu'il a toujours la larme à l'œil.

De treize à dix-sept ans, il a habité avec son père, fonctionnaire de la Marine, une colonie intertropicale. Dès son arrivée sous les

tropiques, son incontinence nocturne d'urine cessa du jour au lendemain, sous l'influence de la honte. Se trouvant en pays inconnu, il rougit d'une telle infirmité à son âge ; mais assez rapidement apparut un autre trouble urinaire qui vite, prit un grand développement et qui avec l'âge s'est plutôt accru. Y... a l'urèthre pudique ; non seulement, il ne peut pas uriner dans un endroit public, mais même dans un cabinet, la porte fermée, la miction est impossible s'il sait que quelqu'un attend qu'il ait fini pour prendre sa place. Cette fonction a donc été toujours pour lui un tourment et une grande gêne. J'appelle l'attention sur ce trouble physiologique, car on verra plus loin, le rôle considérable qu'il a joué dans la genèse de l'obsession.

Sous les tropiques, toutes les femmes du peuple, négresses, mulâtresses, cabresses, marchent pieds nus et en jupes courtes. C'est dans ce pays et avec sous les yeux cette pittoresque nudité, que la puberté évolua chez Y... A mesure que celle-ci s'accentuait, il prenait un plaisir plus vif à ce spectacle ; ses premières vagues aspirations sexuelles s'y associèrent ; aussi à quatorze ans, il avait contracté pour le garder toujours, le fétichisme des pieds nus de femmes. Tous ceux que du matin au soir, il avait l'occasion de rencontrer par les rues, ne produisaient pas sur lui la même impression ; les petits et mignons, les maigres et effilés, n'avaient pour lui. aucun attrait, ceux qu'il aurait voulu prendre dans ses mains pour les caresser et porter à ses lèvres pour les couvrir de baisers, étaient les pieds un peu forts, gras, bien cambrés, à peau mince et lisse, avec les orteils un peu gros, trapus et très réguliers ; la moindre déviation le dégoûtait. Ce sont encore ces pieds-là qui seuls le fascinent.

Quand sur son chemin, il rencontrait une femme avec des pieds répondant à son idéal, il la suivait, s'informait d'elle et l'inscrivait sur un carnet afin de pouvoir la retrouver et goûter le plaisir de contempler ceux-ci. Il avait quinze ans depuis un mois, lorsqu'il fit ses premières armes avec la femme de chambre de sa famille ; jeune fille de couleur dont les pieds réunissaient toutes les qualités demandées par lui. Y... renonça de ce jour à l'onanisme, auquel il s'était livré quelques fois en pensant à l'objet de son fétichisme, et jamais depuis, il ne s'est touché.

La première fois qu'il partagea la couche de la jeune servante, il désirait surtout ses pieds, qu'il trouvait adorables, mais ignorant la passion de son amant, elle offrit tout d'elle excepté ceux-ci, et au dernier moment un sentiment de honte retint Y... Il se rendit compte que la jeune fille ne comprendrait rien à cette préférence et rirait certainement de lui. Il s'abstint et se contenta en la possédant, d'avoir présent à l'esprit, l'image de ses pieds.

Par la suite, il en fut toujours de même, non seulement avec elle, mais encore avec toutes les autres. Le fait est intéressant à

signaler, car d'ordinaire, le fétichiste pour obtenir l'érection et le spasme voluptueux, est obligé d'utiliser l'objet de son fétichisme. Chez Y..., retenu par la honte, l'image mentale a toujours suffi ; cependant il faut ajouter que s'il n'osait pas, de peur de prêter à rire à ses maîtresses, prendre leurs pieds dans ses mains et à plus forte raison les porter a ses lèvres, au lit, avec les siens, il les caressait sans cesse de façon à en avoir au moins le contact. Même pendant le coït, il les cherchait et s'efforçait de les toucher, afin de faciliter l'éjaculation qui sans cela était très longue à se produire, longue au point de fatiguer la femme. En outre de son fétichisme, Y... a, en effet, un retard considérable de l'éjaculation qui était gênant, avant qu'il eût constaté l'action favorable du contact des pieds de la femme.

Rentré dans son pays à dix-sept ans, Y... passa ses examens probatoires avec mention et fit de brillantes études médicales. Il n'eut plus le plaisir de contempler par les rues des pieds nus de femmes, et il ignorait complètement comment les avait celles qu'il choisissait. Ce fut un grand ennui, mais son fétichisme loin de diminuer, s'accrut ; toutefois, il eut de dures déceptions, car il fut navré de constater qu'en Europe, presque toutes les femmes avaient les pieds plus ou moins déformés par la chaussure. Il en changea souvent dans l'espoir de trouver, et n'en rencontra que peu répondant à peu près à l'idéal qu'il s'était formé sous les tropiques. Il eut la chance d'échapper à la syphilis, mais il contracta quatre blennorrhagies qui, comme on le verra bientôt, ont pris une part considérable dans la genèse de l'obsession.

Il en fut ainsi jusqu'à trente-trois ans. Il fit alors la connaissance d'une fille chez laquelle il eut pour la première fois, le bonheur depuis son retour dans son pays de trouver des pieds répondant complètement à son idéal. Celle-ci très intelligente, ne tarda pas à s'apercevoir de l'étrange fascination qu'exerçaient ceux-ci sur son amant, et à apprécier tous ses efforts pour y résister. Elle fit d'abord exprès de multiplier les occasions de les placer sous ses yeux et quand elle jugea le moment venu, elle demanda un soir à Y... de lui enlever ses bottines et ses bas, puis comme c'était en hiver, elle prétendit avoir froid aux pieds et le pria de les prendre dans ses mains pour les réchauffer. Enfin tandis qu'il se pâmait à leur contact, elle les porta à ses lèvres, Y... les couvrit de baisers et immédiatement l'éjaculation se produisit. La honte qui jusqu'alors l'avait retenu avec toutes les femmes, disparut ; à partir de ce moment, il ne rougit plus de caresser, d'embrasser et de lécher les pieds de sa maîtresse. A noter que l'éjaculation spontanée du premier soir ne se reproduisit plus.

Mais la maîtresse de Y... chercha et trouva une position, qui permettait à son amant de coïter tandis qu'elle lui chatouillait les bourses et qu'il couvrait de baisers et léchait un de ses pieds. Y...

ne songea plus à changer, et durant trois mois, il n'eut de relations sexuelles que de cette façon. A partir du second mois, il constata une aggravation de ses troubles nerveux. Il fut plus enclin à se croire sous le coup de quelque grave maladie ; sa sensiblerie déjà grande s'accrut encore ainsi que la pudicité de son urèthre, mais il n'y prêta pas trop grande attention. Vers la fin du troisième mois, il se rencontra un soir au café avec un officier de ses amis qu'il était très étonné de ne plus y trouver depuis déjà un certain temps. Celui-ci lui raconta qu'une unique blennorrhagie contractée en Algérie, lui avait laissé un rétrécissement qui avait fini par nécessiter une opération dont il avait failli mourir.

Y... ne put s'empêcher de penser que ses quatre blennorrhagies seraient bien capables de lui occasionner le mal pour lequel une seule avait suffi, et il en fut d'autant plus frappé que depuis un mois, avons-nous dit, la pudicité de son urèthre, avait encore augmenté ; toutefois, chez lui, seul, il n'avait jamais éprouvé la moindre gêne et son jet était d'un volume absolument normal. La nuit, il eut un cauchemar dans lequel atteint d'un rétrécissement excessif et opéré, il succombait à des complications urémiques et, angoissé, il se réveilla en sursaut, inondé de sueurs, au moment même où il allait mourir ; sans y attacher d'importance il se rendormit.

Le lendemain, au réveil, il eut un retard insignifiant de la miction ; immédiatement il fut pris d'angoisse avec palpitations de cœur et tremblements, et l'idée s'implanta, obsédante, dans son esprit qu'il avait un rétrécissement et qu'il ne parviendrait pas à uriner. Médecin, il apprécia toute l'absurdité d'une telle obsession, mais il ne réussit pas à chasser l'anxiété ; néanmoins, presque tout de suite, la miction s'effectua et fut normale. Un immense soulagement avec sentiment de bien-être s'en suivit.

Y... rattacha ces phénomènes à son cauchemar de la nuit et crut tout d'abord en être quitte. Pas du tout, l'obsession resta implantée dans son cerveau et à mesure que s'écoulaient les heures, et qu'approchait le moment d'une nouvelle miction, il se sentait devenir de plus en plus inquiet et quand il fallut satisfaire l'envie, la même angoisse obsédante reparut avec soulagement et bien-être consécutifs comme le matin. L'après-midi et le soir mêmes manifestations. Toujours il avait l'habitude d'uriner en se couchant et seulement le matin au réveil ; cette nuit-là, il fut forcé de se lever vers trois heures, obsédé et angoissé par l'idée que s'il attendait jusqu'au lendemain matin, il n'urinerait certainement pas. Et il en fut toujours ainsi depuis.

Dans la matinée, il prit un grand bain tiède de deux heures, dans l'espoir de calmer cet éréthisme et il n'en retira aucun bénéfice. Bien qu'il fut certain qu'il ne pouvait pas avoir acquis en quelques heures un rétrécissement blennorrhagique capable de

gêner sa miction et que d'un autre côté, l'obsession vaincue par la force du besoin, il urinait normalement, il voulut se fournir à lui-même la preuve matérielle de la liberté de son canal. Il alla sous un prétexte quelconque se faire sonder par son collègue de la clinique chirurgicale qui lui passa la plus grosse sonde sans difficulté.

De cette consultation, résulta une aggravation. L'obsession du retrécissement disparut, mais elle fut remplacée par l'obsession d'un spasme nerveux qui angoissa davantage le malade. Un rétrécissement s'opère, se dit-il, mais un spasme nerveux résiste souvent à toute médication, aboutit parfois à la rétention complète et peut même ne pas laisser passer la sonde, nécessitant ainsi la ponction de la vessie. Il eut alors une nouvelle obsession, celle de la folie de sa mère, car il appréciait à leur juste valeur, toutes les conjectures extravagantes de son cerveau malade. L'angoisse devint excessive. La miction s'en ressentit ; il survint du bégaiement uréthral ; Y... s'arrêtait plusieurs fois en urinant et le jet finit par devenir filiforme ; il mit un temps assez considérable à vider sa vessie. La situation fut dès lors gênante et pénible.

Il se décida à venir à Paris avec sa maîtresse car son obsession n'avait porté aucune atteinte à sa virilité et il me fut adressé par un ami commun établi dans sa ville. Parlant très correctement le français, il me raconta toute sa vie. Comme il me parut très tourmenté par l'obsession de la folie de sa mère, je commençai par lui mettre sous les yeux, l'opinion de M. Magnan, que l'obsession n'évolue pas, ne se transforme pas, n'aboutit jamais au délire proprement dit. En outre, je lui affirmai que jamais l'obsession urèthrale n'entraine la rétention même imcomplète et que, toujours, plus ou moins lentement, la vessie se vide tout à fait. Il en éprouva un grand soulagement ; car ses deux plus grandes inquiétudes étaient détruites.

En outre, je ne lui cachai pas qu'à mon avis, sa façon de coïter depuis trois mois était la cause principale de l'obsession, laquelle avait pris la forme urèthraie, à cause de son urèthre pudique depuis la puberté, et avait engendré de si grandes inquiétudes par suite de son tempérament de tout temps hypochondriaque. Hydrothérapie et coït normal modéré, voilà, lui dis-je, toute ma prescription. Y... fut désolé et après quelques minutes de réflexion, il me déclara franchement que puisqu'il était maintenant certain de ne jamais devenir fou et de ne jamais avoir besoin de se faire ponctionner la vessie, il aimait encore mieux garder son obsession uréthrale que de se priver des pieds de sa maîtresse. Je lui proposai alors de venir voir avec moi un des grands spécialistes de Paris, à son choix, il refusa, me disant que bien que peu versé dans la connaissance des maladies mentales et nerveuses, qu'il ne pratiquait pas, sa clientèle étant exclusivement de Médecine

ordinaire, il avait compris mes raisons, qu'il réfléchirait et qu'il reviendrait me voir sous peu.

Il revint, en effet, deux semaines après et il était tout joyeux. Il m'apprit que l'hydrothérapie, la double assurance que je lui avais donnée et aussi la vie agréable de Paris, avaient amélioré son obsession au point qu'elle était supportable et qu'il croyait n'avoir pas besoin de se priver complètement des pieds de sa maîtresse. Je me suis habitué, conclut-il, en souriant, à ne pas pouvoir pisser du tout dehors, j'espère m'habituer aussi à mal pisser dedans. Je crus devoir le mettre en garde contre la possibilité d'un retour offensif du mal, et d'une aggravation s'il continuait le même coït.

Mais, j'acquis une fois de plus la preuve qu'il n'y a rien à obtenir des fétichistes. Cinq jours après il retourna dans son pays avec sa maîtresse, me promettant de correspondre avec moi.

Après trois mois, n'ayant pas reçu de nouvelles, j'écrivis à l'ami commun pour en avoir, dans le désir bien naturel de suivre un cas si intéressant. Y... se décida alors à m'annoncer qu'il allait de mieux en mieux et qu'il espérait bientôt être complètement guéri ; ajoutant qu'il avait été contraint par force majeure d'appliquer toute ma prescription, car peu après le retour, il avait été abandonné par sa maîtresse que Paris avait séduite.

Voilà, par conséquent, un troisième cas où, à aucun moment, le sujet n'a souffert de la cause indiquée par M. Freud. Dans les deux précédents, l'éjaculation était obtenue par des manœuvres complètement anormales; la flagellation fessière à l'aide de la serviette mouillée et la succion buccale avec chatouillement de l'anus et des bourses. Là, le coït était naturel, car il y avait pénétration complète de la verge dans le vagin et émission du sperme dans cette cavité, seulement il se compliquait d'une position anormale permettant le chatouillement des bourses et la satisfaction d'un fétichisme du pied nu. Cette fois encore, le rapport de cause à effet semble établi par l'apparition de l'obsession, consécutivement à ce coït bizarre et par sa disparition presque complète après cessation de celui-ci.

M. Freud a, par conséquent, raison d'insister comme il le fait sur la part considérable qui revient à la vie sexuelle dans la genèse de l'obsession. Sa double erreur est de soutenir que cette part est entière et ensuite que c'est seulement l'accumulation incomplètement satisfaite de l'excitation génésique qui produit le mal. Nos trois observations

démontrent que cette dernière assertion est contredite par les faits. La première n'est pas moins erronée, et qui n'est pas un prédisposé vésanique héréditaire, peut rester continent même en luttant contre Vénus toute entière, à sa proie attachée, ou au contraire satisfaire largement ses ardeurs par les procédés les plus anormaux, s'il devient aliéné, il ne sera pas un obsédé; il a, au contraire, les plus grandes chances de le devenir, aussi bien et peut-être plus encore dans le second cas que dans le premier, s'il a une tare familiale.

La connaissance de la vie sexuelle de l'obsédé n'est donc pas la satisfaction seulement d'une curiosité scientifique. Il y a là une indication thérapeutique de tout premier ordre. J'estime, en effet, que la connaissance complète de cette vie est indispensable pour la rectifier si elle est anormale, et elle l'est presque toujours d'une façon ou d'une autre, car il est exceptionnel qu'elle soit normale chez le dégénéré. On arrive vite d'ailleurs à en faire comprendre toute l'importance aux obsédés d'abord dont le trouble intellectuel est conscient et ensuite à leurs compagnes, et ils ne cachent rien.

PATHOLOGIE MENTALE

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MOSCOU.

Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques.

Par le Dr SERGE SOUKHANOFF,
Privat-docent de l'Université de Moscou.

L'organisation neuro-psychique particulière, s'exprimant par l'apparition chez un individu donné de différents états psychiques obsédants (idées, représentations, désirs, mouvements obsédants, etc.), peut se manifester d'une manière différente; cela dépend, premièrement, du contenu des pro-

cessus obsédants; secondement, cela dépend aussi de la profondeur de l'anomalie, dont il est question ici. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire plus d'une fois, les cas les plus légers de la *constitution idéo-obsessive* s'expriment dans l'existence d'un *caractère scrupulo-inquiet*. L'individu possédant un tel caractère est très porté à s'inquiéter à propos de bagatelles mêmes, peut longtemps penser à ces dernières; en outre, un tel individu se diffère par un scrupule exagéré et une indécision relativement à ses actions et à ses affaires; il n'est jamais sûr de ses forces, ni de la régularité de ses décisions; il est porté souvent à des doutes, mais, en même temps, généralement il possède un sens moral plus ou moins développé. C'est justement ce caractère scrupulo-inquiet qui sert de base indispensable pour les processus psychiques obsédants exprimés d'une manière plus accusée, où se rapportent la *psychopathie idéo-obsessive* et la *psychose idéo-obsessive*. Lorsque l'on observe chez le malade une aggravation des états psychiques obsédants, lorsqu'ils sont abondants et intenses, lorsqu'ils rendent la conduite du malade irrégulière et le privent de la possibilité de s'occuper de quelque chose, alors nous aurons devant nous un cas de psychose, où les états psychiques obsédants font l'essentiel de la maladie, où ils sont prédominants et où on ne peut parler d'aucun autre trouble mental. Outre les états obsédants essentiels, existent des idées et des représentations obsédantes symptomatiques, accompagnant une autre organisation neuro-psychique quelconque : par exemple, hystérique ou épileptique, ou servant d'un des phénomènes accessoires de quelque psychose (démence précoce, paralysie générale, etc.). La constitution idéo-obsessive est très portée à se combiner avec certains états psychopathiques ou nombreux, il est vrai; chez les personnes souffrant d'états psychopathiques obsédants se rencontre souvent une inclination à des accès mélancoliques temporaires. L'évolution de la mélancolie sur le terrain de la constitution idéo-obsessive donne un tableau clinique particulier de mélancolie avec idées obsessives; en ayant affaire à de pareils cas, nous avons pu constater, en questionnant les malades eux-mêmes, qu'ils avaient eu, encore auparavant, des idées obsessives; dans certains cas de ce genre, c'est-à-dire dans la mélancolie

avec états psychiques obsessifs, on pouvait noter dans l'anamnèse des malades l'existence d'un caractère scrupulo-inquiet et indécis, servant de manifestation la plus faible de la constitution idéo-obsessive. La mélancolie s'étant développée sur le terrain de la constitution que nous avons en vue, favorise la manifestation plus marquée des états psychiques obsédants; parfois il arrive d'observer une combinaison particulière de l'état mélancolique très accusé avec la constitution idéo-obsessive, lorsque chez le malade prédominent les associations psychiques obsédantes de contraste. Pour l'explication de notre manière de voir, nous nous permettons de citer ici un cas s'y rapportant, où encore avant l'apparition de la maladie on observait chez le malade un caractère scrupulo-inquiet; les associations pénibles obsédantes de contraste se sont manifestées chez un jeune homme dans une des phases mélancoliques de la psychose circulaire.

Malade, jeune homme, âgé de vingt-six-vingt-sept ans, souffre d'une psychose circulaire; il a supporté plusieurs accès de manie, parfois avec un haut degré d'excitation, avec délire et hallucinations; les accès duraient tantôt plusieurs mois, tantôt ils étaient plus courts. Dans les intervalles entre les périodes de l'état maniaque, parfois d'assez longue durée, le malade se trouvait dans un état de légère dépression. Il se plaignait ordinairement d'une excitation sexuelle et parfois de pollutions fréquentes. L'une des périodes de l'état dépressif s'était manifestée dans une forme très accentuée; un temps il y avait même trouble de conscience; le malade se trouvait dans un état de peur et d'inquiétude. Lorsque la conscience s'éclaircit, se manifesta alors chez le malade un symptomocomplexus psychique particulier, sur lequel nous nous permettrons d'attirer l'attention ici. Le malade commence à dire qu'il entend des paroles et des phrases d'un contenu obscène et cynique; il les entend dans les bruits qui l'entourent, dans le bruit des arbres et celui du vent; parfois il entend clairement les paroles suivantes « Tu es un criminel », quelqu'un dit ces mots d'une voix nasillarde; d'autres fois, il lui semblait entendre des fragments de vers, dont le contenu ne le regardait pas et lui était indifférent. Tantôt il éprouvait une sensation comme si sa langue, contre sa volonté et son désir, prononçait des paroles et des phrases grossières et indécentes; le malade s'inquiétait aussi beaucoup à propos des idées sacrilèges, exprimées chez lui d'une manière très marquée. Il se plaignait de cela qu'il ne voulait nullement prononcer de telles paroles et de telles phrases qui contredisaient tout à fait sa

manière de voir. Les idées obsessives sacrilèges et cyniques le dominaient surtout pendant la prière. Assez souvent le malade remarquait un désir obsédant de prononcer (pas haut, il est vrai), des invectives et de gros mots contre ses parents et contre le médecin qu'il connaissait déjà depuis longtemps; il comprenait très bien lui-même que ces mots étaient très grossiers et très cyniques. Le malade insistait sur ce que le désir obsédant de prononcer ces paroles à l'adresse de ses parents ou des personnes qu'il estimait, était exprimé d'une manière plus accentuée pendant les mouvements rapides ou pendant la promenade, lorsqu'il marchait vite; au contraire, les mouvements lents aidaient à l'affaiblissement de ce désir obsédant et de ces représentations obsédantes. Si le malade, à l'aide de la prière, voulait chasser les pensées obscènes et sacrilèges, alors parfois, en ce temps, il entendait comme si quelqu'un lui disait : « Prie pour l'assassinat des étudiants, » ou « Prie pour l'inceste », ou encore quelque chose dans ce genre. Quelquefois le malade, à l'apparition de telles pensées ou de telles hallucinations auditives, tâchait de se défendre, en ripostant par les paroles suivantes : « Ce sont des bêtises, je ne le veux pas. » Tantôt il s'imaginait qu'il avait violé une petite fille et que la police venait pour le questionner, etc.; mais le malade ajoutait tout de suite qu'il sait et qu'il comprend bien que cela n'a jamais été. En général, il faut remarquer que le malade se rapporte d'une manière critique et qu'il a conscience des fausses sensations auditives et dee idées obsédantes obscènes et sacrilèges qui ont été citées plus haut. En outre, le malade se plaint que des illusions visuelles l'inquiètent beaucoup; il en avait en quantité assez considérable, et ces illusions étaient parfois très nettes et distinctes, mais, ordinairement, ces fausses représentations visuelles n'étaient pas très nettes, le malade croyait voir les têtes, les parties du corps, les yeux de quelqu'un de ses proches parents, par exemple de la mère ou des frères, tantôt il lui semblait qu'il voyait le portrait de son père défunt, en aspect d'un crâne avec des yeux; ces fausses représentations visuelles pour la plupart étaient passagères, succédant l'une l'autre. Pendant le dîner, se représentaient au malade les organes génitaux de ses parents; quelquefois il lui semblait lorsqu'il prenait le pain dans la bouche, que ce n'était pas du pain, mais, par exemple, l'œil de sa mère ou de son frère; et il se sentait tellement, parfois, comme s'il mangeait effectivement les yeux ou les organes génitaux de ses parents; pourtant, tout le temps il comprenait qu'il n'y avait rien de tout cela en réalité et que tout cela lui paraît à cause de sa maladie. Parfois il voyait d'une manière obsédante l'acte du coït; d'autres fois, il lui paraissait qu'il s'évacuait sur la tête de ses parents ou sur quelque chose de saint, par exemple sur l'image d'une croix; tout cela le tourmentait beaucoup et souvent il tâchait de retenir ses excréments,

quoi qu'il comprenait que tout cela lui semble à cause de sa maladie.

Le cas suscité présente un grand intérêt, selon notre avis. Premièrement, chez notre malade on doit noter l'existence d'un état de dépression, se combinant avec une masse de représentations obsédantes et d'idées obsessives les plus variables. La nomination de ces représentations et de ces idées « obsédantes » est parfaitement juste et légitime ici, car le malade comprenait très bien, du moins lorsque le trouble de conscience temporaire s'était dissipé, toute l'absurdité, toute l'ineptie de telles pensées et de telles représentations; il savait qu'il est malade, priait de lui aider et disait que tous ces mots obsédants, grossiers et obscènes le vexaient, l'opprimaient, l'agitaient, contredisaient à sa moralité et apparaissaient pour lui comme quelque chose d'étranger, ne lui appartenant pas. Par conséquent, il y avait ici de vraies idées et de vraies représentations obsédantes. Secondement, par leur caractère les unes et les autres étaient cyniques, obscènes, sacrilèges et grossières; dans le cas donné sautent aux yeux les associations obsédantes des idées et des représentations de contraste; comme nous l'avons déjà vu plus haut, le malade lui-même disait que pendant la prière les idées obscènes et indécentes étaient plus nombreuses; il remarquait lui-même que les idées cyniques et obscènes se combinaient dans son esprit, préférenciellement, avec les parents qu'il aimait. Troisièmement, il est intéressant de noter encore dans le cas donné ce fait que les idées obsessives et les représentations obsédantes s'entremêlaient avec les fausses perceptions des organes sensoriels; le malade avait encore en liaison avec les idées et les représentations obsédantes des illusions et des hallucinations visuelles et auditives; c'est curieux de noter que les illusions et les hallucinations du côté des organes visuel et auditif se distinguaient aussi par un caractère indécent, obscène et cynique. Ici on pouvait parler quelquefois de cela que le malade avait des représentations obsédantes tellement nettes et intenses qu'elles se transformaient en images hallucinatoires et illusoires, c'est-à-dire qu'elles revêtaient un caractère sensoriel et se reproduisaient extérieurement. Dans le cas donné, nous avons l'exemple d'une forme hallucinatoire des obsessions morbides; mais il

n'y avait point ici d'illusions ou d'hallucinations obsédantes; que notre opinion n'est pas sans fondement, cela se voit, entre autres, de ce fait que les représentations obsédantes chez notre malade étaient très nettes et très intenses, et les images illusoires et hallucinatoires, surtout les images visuelles, ne l'étaient pas parfois ; le malade avait encore, certes, de telles hallucinations, par exemple auditives qui étaient en liaison avec son état mélancolique. Si dans ce cas il aurait eu des hallucinations obsédantes, alors elles se seraient distinguées par une plus grande netteté, par une plus grande intensité que cela a eu lieu chez le malade donné. Quatrièmement, il est indispensable d'examiner encore le terrain sur lequel se sont manifestées ces associations psychiques obsédantes ; d'après notre avis, les états psychiques obsédants se développent sur le terrain d'une organisation neuro-psychique congénitale particulière, lorsque existe la constitution idéo-obsessive. En questionnant d'une manière plus détaillée le malade lui-même, nous avons pu nous convaincre dans cela que son caractère se différait par certaines particularités ; le malade, en somme, était scrupuleux, indécis, enclin à des inquiétudes ; il n'était pas toujours sûr de ses actions ; il était timide, c'est-à-dire qu'il possédait le caractère scrupulo-inquiet, que nous envisageons comme forme la plus faible de la constitution idéo-obsessive ; c'est donc justement cette organisation fondamentale qui a servi de base et de terrain pour la manifestation des processus psychiques obsédants ; ces derniers ont surnagé et se sont développés sous l'influence de l'état mélancolique, qui, relativement à ces processus psychiques obsédants, apparaît comme moment provocateur. Il est intéressant que dans les états maniaques que le malade a supporté il n'y avait point ni d'idées obsessives, ni des représentations obsédantes ; évidemment, l'état d'excitation avec le cours exagéré des idées influait sur les états obsédants d'une manière dépressive.

Dans le cas sus-cité le malade parle volontiers avec le médecin de son humeur, de ses associations obsédantes de contraste, des fausses perceptions du côté de ses organes des sens ; et comme, en outre, le malade était un homme intelligent, habitué à l'auto-observation et à l'auto-analyse, cette observation apparaît très instructive pour l'investigation de

la question abordée par nous, à savoir, des *associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques*. Bien des malades, chez qui on rencontre les symptômes psychiques cliniques analogues, sont loin de vouloir parler de si bonne volonté de leurs sensations morbides, comme le faisait notre malade ; d'autres se gênent d'en parler, car souvent les associations obsédantes de contraste sont d'un contenu obscène, indécent et cynique.

Dans un cas, observé à la clinique psychiatrique de Moscou, les associations obsédantes de contraste, dont nous parlons, se sont développées chez un malade, de quarante ans, abusant des boissons fortes ; dans ce cas, après l'abus de l'alcool, se développa d'une manière aiguë la psychose mélancolique, en forme de mélancolie alcoolique, qui, comme ordinairement, dans ce cas aussi, était accompagnée d'hallucinations auditives d'un contenu désagréable ; pourtant, bientôt après le début de cette maladie apparurent chez ce malade des idées d'un contenu obscène et aussi d'autres associations de contraste, liées avec la représentation des aliments ; la conscience du malade était bien conservée, mais il ne parlait pas volontiers de ses idées obscènes et indécentes. En questionnant le malade sur son caractère d'avant, nous apprîmes que dans ce cas de psychose alcoolique, c'est-à-dire, de mélancolie alcoolique, le malade avait aussi un caractère scrupulo-inquiet ; il avait, d'après notre avis, la forme légère de la constitution idéo-obsessive, qui a servi de terrain pour la manifestation des associations obsédantes (de contraste) dans l'état mélancolique.

Et dans d'autres cas, s'y rapportant, c'est-à-dire, là, où nous constatons dans l'état mélancolique des associations psychiques obsédantes de contraste (des idées et des représentations obscènes et cyniques), en questionnant les malades eux-mêmes, on parvient à trouver la confirmation de notre supposition que de pareilles associations obsédantes ont leurs racines dans l'existence chez les malades de ce genre d'un caractère scrupulo-inquiet, c'est-à-dire, dans l'existence chez eux des états obsédants rudimentaires. Sans doute, chez les malades de cette catégorie, encore avant la manifestation d'une psychose définie, sont possibles aussi des représentations, des idées et des peurs obsédantes, exprimées

d'une manière plus ou moins accentuée, et non seulement le seul caractère scrupulo-inquiet.

Nous nous permettons de faire les conclusions suivantes :

1. Dans certains cas d'états mélancoliques on observe des associations obsédantes psychiques de contraste, exprimées d'une manière très marquée; une telle connexion des symptômes psychiques peut être rencontrée dans le cours de la période mélancolique de la psychose circulaire, de même que dans la mélancolie alcoolique; le plus souvent ce symptôme complexus s'observe dans la mélancolie récidivante avec états psychiques obsédants.

2. Dans les cas où existe la combinaison sus-indiquée des phénomènes psychiques, on parvient à constater dans l'anamnèse des malades la présence d'un caractère congénital scrupulo-inquiet, comme l'une des formes (la plus légère) de la constitution idéo-obsessive.

3. Parfois dans la coexistence de l'état mélancolique et des associations psychiques obsédantes de contraste la netteté et l'intensité des représentations obsédantes peut atteindre à un tel degré, que ces dernières revêtent déjà une coloration sensorielle et mènent à la formation d'une forme hallucinatoire et illusoire des représentations obsédantes.

RECUEIL DE FAITS.

Des rapports de l'anesthésie avec les rêves et les cauchemars chez une hystérique ;

Par le Dr Etienne JOURDAN.

Marie-Louise P..., vingt ans, est une hystérique anesthésique totale. Cette anesthésie a déterminé un accident qui attire immédiatement l'attention : ce sont des borborygmes qui se produisent surtout dans les stations assise et debout, et pour lesquels la famille, justement émue, s'est décidée à consulter. Mais il est un autre phénomène qui bien que moins apparent présente cependant un grand intérêt, ce sont les troubles du sommeil. La nuit, dès que la malade ferme les yeux, se produisent des rêves et des

cauchemars très pénibles. Ces rêves gravitent autour de la même idée : peur de tomber, de s'étouffer. La malade se croit au bord d'un précipice dans lequel elle tombe ; elle marche dans un sentier étroit bordé de grands murs qui vont en se resserrant et l'étouffent ; elle est au bord de la mer et a peur de se noyer ; elle est couchée et des fantômes se précipitent sur elle et l'étranglent. Dans cet état, la malade gémit, pousse des cris d'effroi, se soulève sur son lit, gesticule, s'agite jusqu'au moment où elle se réveille ou plus exactement, ouvre les yeux ; alors tout disparaît.

Ces cauchemars sont, pour ainsi dire, stéréotypés ; ils se produisent dès que les yeux sont fermés et ne disparaissent que lorsque les yeux se rouvrent. Mais il lui est impossible d'ouvrir elle-même les yeux ce qu'elle traduit en disant qu'il faut qu'on la réveille, qu'elle ne peut pas s'éveiller toute seule à moins que la terreur trop forte ne lui fasse pousser de tels cris que ceux-ci la réveillent. Une fois réveillée elle garde le souvenir de ses cauchemars, mais il est une chose dont elle ne peut se rendre compte, ce sont les mouvements qu'elle fait. « Je suis horriblement mal dans mes rêves et je suis d'autant plus effrayée que je ne puis me réveiller parce que je ne puis faire un mouvement, je ne sens plus mon corps, on dirait que je suis paralysée. »

Ces rêves ont ceci de caractéristique, c'est que la malade ne peut d'elle-même ouvrir les yeux ; elle sent qu'elle est réveillée, mais elle ne sait pas où elle est ; incapable d'un effort conscient elle appelle à son aide et demande qu'on lui fasse ouvrir les yeux. « Dès que mes yeux sont ouverts, je sais où je suis et alors je suis bien. » Pour la réveiller, il faut agir d'une certaine manière : si on s'approche d'elle brusquement, si on l'appelle un peu fort on ne fait qu'exagérer sa terreur, il faut l'appeler doucement et encore mieux souffler sur ses yeux, elle les ouvre et tout est fini.

En présence de ces phénomènes et étant donné le diagnostic, je pensais qu'il s'agissait là de somnambulisme spontané comme on en rencontre assez souvent chez les hystériques. Voulant m'en rendre compte je devais, en provoquant l'hypnose, obtenir les mêmes phénomènes. Voici comment je procède : je ferme les yeux à la malade (ce qui m'est difficile les paupières étant maintenues ouvertes par un véritable spasme ; dès que celui-ci est vaincu l'occlusion se maintient) et lui ordonne de dormir. Elle me répond « je ne puis pas, j'ai peur, je vais tomber, je m'étouffe, je suis mal » et tous les phénomènes qui caractérisent son sommeil ordinaire, et que j'ai décrits, se reproduisent. Il est impossible, dans cet état, de faire une suggestion quelconque à la malade :

elle s'irrite, se débat, gémit, pousse des cris, se plaint jusqu'à ce que, cédant à sa prière, on lui fait ouvrir les yeux, alors elle est bien et tout disparaît. On peut répéter la chose à l'infini : les yeux fermés, les cauchemars apparaissent, pour ainsi dire instantanément, les yeux ouverts ils disparaissent. Demandez à la malade si réellement elle dort : « Je ne sais pas, mais dès que j'ai les yeux fermés j'étouffe et j'ai peur ». Ces deux sensations d'étouffement et de terreur, sont typiques, elles forment, à elles seules, la base du cauchemar.

Est-ce bien là du somnambulisme ? Nous ne le croyons pas et cela pour deux raisons :

1° Cette malade, dès que ses yeux sont fermés, perd absolument la notion de temps et d'espace : elle ne sait plus où elle est, elle ne sait plus son âge, elle n'a plus aucune notion sur son corps, elle ne sait plus où sont ses bras et ses jambes, si elle est debout, assise ou couchée, elle est incapable d'un effort physique ou intellectuel ; elle croit tout ce qu'on lui dit parce que « ce doit être puisque vous le dites.... mais faites-moi ouvrir les yeux et alors je saurais ». Demandez lui si elle dort « je suis éveillée, mais je suis mal parce que je n'y vois pas ». Faites-là marcher et fermez-lui les yeux ou plus simplement empêchez-là de voir ses jambes, elle s'arrête et ne peut tenir debout. Demandez-lui où elle est et fermez-lui les yeux elle ne saura plus. En sorte que par cet acte simple, l'occlusion des yeux, on arrête sa vie tant physique que psychique. Dans cet état elle n'obéit à aucune suggestion, ou, si elle y obéit, c'est que « je suis forcé de croire ce que vous me dites parce que je n'y vois pas ; faites-moi ouvrir les yeux et alors je me rendrais compte ».

2° Si on détermine l'hypnose par fixation du regard, ce qui est facile, on obtient alors toutes les réactions qu'on obtient dans cet état, mais il est un point très important pour ce qui nous occupe, c'est que, dans ce somnambulisme provoqué, bien que les yeux soient fermés, la malade ne présente pas ces frayeurs et ces angoisses qui apparaissent lorsqu'on se borne simplement à faire l'occlusion des yeux. Dans ce dernier cas le sujet est absolument rebelle, il se débat, crie, se plaint, demande instamment à ce qu'on lui ouvre les yeux. Dans le premier cas, au contraire, il est calme, obéit passivement aux suggestions qu'on lui fait et ne demande

pas à ouvrir les yeux ; si on les lui fait ouvrir il ne se rend pas compte du lieu où il se trouve, ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, continue à obéir aux suggestions ; il ne retourne à son état normal que si on le réveille et alors il ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Les rêves que nous avons décrits ne sont donc le fait ni du sommeil normal ni du sommeil hypnotique, ils sont étroitement liés à l'anesthésie. En effet, nous l'avons dit, cette malade est anesthésique totale, elle n'a conservé aucun mode de sa sensibilité tant externe qu'interne, une seule fonction lui reste à peu près normale, la vue. Elle n'a de notion de temps et d'espace que parce qu'elle y voit : elle ne vit que par un sens, la vue ; celle-ci disparue elle perd toute notion et croit qu'elle va mourir parce que « je n'y vois plus, je ne sais pas où je suis, je ne sens plus rien, je tombe, je m'étouffe, je vais mourir ». Les yeux fermés elle est incapable d'une pensée, d'un mouvement conscient : elle peut étendre ou plier un membre, elle peut se soulever sur son lit mais sans s'en rendre compte, sans le savoir ; on dirait que les connexions cérébro-bulbaires et cérébro-spinales sont abolies, elle en est réduite aux réflexes élémentaires. Et c'est parcequ'elle n'a plus aucune perception consciente tant externe qu'interne qu'elle ne sait plus ce qu'elle fait, qu'elle croit ne plus exister. Les rêves ne sont que le résultat de cette absence de perception. A l'état normal, la sensation de bien-être est déterminée par l'équilibre, l'harmonie des fonctions organiques ; que cet équilibre soit détruit et deux cas se présentent : ou bien le sujet est éveillé et alors il a la perception nette, consciente de l'anomalie d'une fonction, il souffre et peut localiser sa souffrance ; ou bien il dort et alors il ne peut avoir qu'une perception obscure, subconsciente de sa souffrance ; des associations plus ou moins bizarres se forment et le résultat en est un cauchemar plus ou moins violent. Tout le monde connaît les cauchemars liés aux troubles de la digestion, aux troubles cardiaques, aux troubles intestinaux... chez notre malade il ne se passe pas autre chose avec cette différence cependant qu'elle ne dort pas.. Il n'y a qu'une chose qui différencie son état de pseudo-veille de son pseudo-sommeil c'est, dans un cas, les yeux ouverts, dans l'autre, les yeux fermés ; mais dans ces deux états les troubles qu'elle présente sont identiques c'est-à-dire qu'elle est

toujours anesthésique et que pas plus dans un cas que dans l'autre elle n'a de perceptions nettes des fonctions qui s'accomplissent. Ce qui, à première vue, peut tromper c'est que, lorsqu'elle a les yeux ouverts, grâce aux points de repère qu'elle peut établir, elle semble avoir conscience de ses actes et partant de vivre ; que la vue vienne à lui manquer, les points de repère disparaissant de ce fait, elle perd conscience, elle ne sait plus si elle vit ; chez elle tout ce réduit donc à un sens, à une perception unique, la perception visuelle. Il n'y a donc pas, à proprement parler, veille ou sommeil, il y a un engourdissement des centres corticaux et c'est à cet état que M. Sollier a donné le nom de vigilambulisme, le différenciant ainsi et du sommeil normal et du sommeil hypnotique.

Ceci étant, comment interpréter les cauchemars que notre malade présente dès que ses yeux sont fermés ? Par l'anesthésie. Nous avons dit que ces cauchemars étaient constitués par un même sentiment, la peur de tomber, la crainte d'étouffer. Or cette malade a perdu sa sensibilité cutanée, musculaire, osseuse de sorte qu'elle n'a plus aucune perception périphérique : ne sentant plus son corps elle éprouve cette sensation de chute que chacun a éprouvé au moins une fois dans la période hypnagogique. N'ayant plus aucune perception de ses poumons puisqu'elle ne sent pas l'air y pénétrer « ça s'arrête au fond de la gorge et il ne peut plus descendre. on dirait que c'est bouché » elle croit s'étouffer. Et comme on ne tombe et on ne s'étouffe pas sans raison, elle associe ses sensations qui ne sont pas, à proprement dit, des sensations, mais l'interprétation de sensations absentes qui devraient normalement exister, aux causes ordinaires de la chute ou de l'étouffement d'où les précipices, les murs qui l'écrasent, les fantômes qui l'étranglent, l'eau qui la noie. Et ces phénomènes entraînent avec eux les réactions ordinaires qui sont la terreur, ici rendue plus intense par ce fait que la malade, du fait de son anesthésie générale, est incapable, consciemment, de faire un effort pour se soustraire à ces causes de mort. Elle ne peut sortir de cet état qu'en ouvrant les yeux, elle a alors la preuve visuelle qu'elle n'était que le jouet d'un rêve ; mais, pour cela, elle ne sent pas mieux, elle constate simplement, *de visu*, l'absence des causes qui l'effrayaient et avec elles disparaissent toutes les conceptions subjectives auxquelles elles avaient donné lieu.

Reste à expliquer un fait qui pourrait militer en faveur d'un sommeil hypnotique : l'impossibilité de la malade à ouvrir spontanément ses yeux. Ici encore c'est l'anesthésie qui nous donnera la clef du phénomène. De par la perte du sens musculaire, le tonus est modifié, il y a hypotonicité musculaire. Si on dit à la malade de raidir un bras ou une jambe, le temps mis à l'exécution de ce mouvement est beaucoup plus long qu'à l'état normal. De plus ce membre se raidit d'une façon spasmodique s'accompagnant d'un certain degré de contracture qu'il est difficile de vaincre, ce qui étonne étant donné le peu de résistance ordinaire de la malade. De même lorsque le membre fléchit ou mieux revient à son état de repos, la flaccidité musculaire est exagérée et rappelle la paralysie. Il ne se passe pas autre chose pour les paupières. Ouvertes elles sont maintenues dans cet état par un véritable spasme au point que la malade elle-même lorsqu'elle veut dormir, ce qui pour elle revient à fermer les yeux, est obligée de mettre sa tête basse, de se couvrir de couvertures et elle n'arrive à les maintenir fermées qu'après plusieurs essais. Il en est de même lorsqu'on veut baisser les paupières de la malade ; si on ne les maintient pas fermés quelques instants, elles se relèvent immédiatement d'un mouvement automatique ; de même lorsque les paupières sont baissées il faut les maintenir ouvertes quelques instants si on ne veut pas les voir se baisser aussitôt. C'est bien là un phénomène qui tient bien plutôt à la modification du tonus qu'à un état psychique spécial caractéristique du somnambulisme.

Nous voyons donc que chez le malade dont nous donnons l'observation, les phénomènes nocturnes que l'on observe peuvent en imposer, au premier abord, pour du somnambulisme spontané : mais si on les analyse bien on voit que ceux-ci sont sous la dépendance la plus étroite des troubles de la sensibilité, troubles qui déterminent un état spécial, état de défiscience psychique et somatique qui ne peut être rattaché ni au sommeil normal ni au sommeil hypnotique et que M. Sollier a différencié en lui donnant le nom de vigilambulisme. Il est un phénomène primordial dans l'hystérie, c'est l'anesthésie : c'est elle qui domine tous les phénomènes observés dans cette névrose et qui les détermine. Le somnambulisme peut s'observer dans l'hystérie, il peut être provoqué plus facilement que dans d'autres états par suite de l'ins-

tabilité psychique de ces malades, mais il n'en est pas moins un état différent de l'hystérie, et n'a avec elle aucune relation de cause à effet. L'hystérie est un terrain admirablement préparé pour l'hypnose, ce qui ne veut pas dire qu'hystérie et somnambulisme sont des manifestations identiques d'un même trouble des centres nerveux : tous les somnambules ne sont pas des hystériques et tous les hystériques ne sont pas somnambules. C'est là d'ailleurs une question sur laquelle nous ne voulons pas nous appesantir ; tout ce que nous tendons à faire c'est de justifier notre conception des rapports de l'anesthésie avec les cauchemars que nous avons observés. Et ce qui nous prouve, et cela il nous semble, d'une façon décisive, l'exactitude de ce que nous avançons, c'est que l'intencité de ces cauchemars varie avec l'anesthésie. En effet, resensibilisant notre malade par la méthode de M. Sollier, la sensibilité tend à reparaître mais d'une façon encore très instable. Je fais mes séances le soir, or, depuis quelques jours, les cauchemars qui se produisent invariablement toutes les nuits diminuent d'intensité et même disparaissent. Mais l'anesthésie revient rapidement de sorte que si une séance ne peut avoir lieu, la nuit suivante est agitée par les cauchemars que j'ai signalés. Et, je tiens à le dire, je ne fais aucune suggestion à la malade. C'est donc bien l'anesthésie qui. par ses variations détermine et règle les rêves que j'ai décrits [1].

De sorte que, en résumé, nous croyons avoir le droit de dire que les phénomènes psychiques observés chez notre malade, ne sont ni des manifestations somnambuliques ni des rêves liés au sommeil normal, mais des manifestations d'un état psychique spécial créé de toute pièce par l'anesthésie.

[1] Actuellement cette malade est très améliorée : la sensibilité, sauf quelques points hyperesthésiques est normale. Elle n'en reste pas moins hypnotisable et depuis le retour de la sensibilité je n'ai plus observé ni dans le sommeil normal ni dans le sommeil hypnotique les rêves que j'ai signalés.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXXVIII. **Remarques critiques relatives au mémoire de Bielschowsky intitulé : Diplopie monoculaire sans causes physiques, et considérations sur la vision des strabiques ;** par E. Storch. (*Central-blatt f. Nervenheilh.* XXIV. N. F. XII. 1901.)

L'auteur reprend l'observation parue dans les *Archiv f. Ophthalmolog.* t. XLVI, p. 143. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui louchait depuis son jeune âge de l'œil gauche, asthénopique, en dedans, mais possédait une vision binoculaire passable. On est obligé de lui énucléer l'œil droit. Quand dix-huit jours après l'opération, on l'examine, il dit voir double de l'œil gauche qui lui reste : à gauche et un peu au-dessous de l'objet qu'il fixe, il voit un fantôme moins net. Pour fixer ce fantôme, son œil exécute un déplacement de 5° environ, et à ce moment l'objet vu gagne en netteté. Lui fait-on fixer l'image de la flamme dans l'ophthalmoscope, on constate, au moment où on l'invite à regarder le fantôme de cette flamme, que la macula se place du côté de la tempe. Hering a établi qu'il n'y avait pas, en l'espèce, de cause matérielle à la genèse de deux images rétiniennes, que la diplopie tenait à un dédoublement de la pupille ou à une modification saccadée des coefficients de réfrangibilité des milieux de l'œil.

M. Storch pense qu'on est obligé d'admettre que l'élément de la vision en perspective ne se confond pas avec l'élément sentant de la rétine, qu'il a encore un autre facteur. L'œil qui louche a une macula physiologique à lui adaptée à l'appréciation de la perspective sous la direction de la macula de l'œil sain. Il a pour ainsi dire deux centres de perception de l'espace : le sien, celui des adaptations originelles, et celui que lui a imposé l'œil normal. Tant que ce dernier lui imposait de faire attention à ses propres images, et lui apprenait d'autres rapports, les adaptations originelles demeuraient inconscientes. Le jour où l'œil normal a été enlevé, celles-ci ont repris leur empire.

Il reste à expliquer comment chaque valeur de perspective pouvait être associée à une sensation lumineuse. L'histologie moderne nous a appris que l'excitation la plus limitée de la rétine, se transmettant jusqu'à l'écorce du lobe occipital, doit se diffuser sur un grand espace, peut-être même se répandre à tout le compartiment cortical. On ne peut guère admettre que l'hypothèse d'une cime

d'ondes en un point déterminé de l'écorce. Il est évident que cette cime doit être aiguë quand elle émane de l'excitation de la macula anatomique, mousse quand elle émane de l'excitation de la macula physiologique, acquise. On peut ainsi concevoir que, au moment où la région de l'écorce pseudomaculaire est excitée, la région corticale de l'endroit de la rétine qui préside à la perspective de l'image-fantôme, possède aussi assez d'énergie pour animer d'une sensation lumineuse cette perspective dépourvue de vie par elle-même. L'endroit de la rétine en rapport avec la pseudomacula est symétrique à la macula anatomique.

Ce qui donne à cette explication une grande valeur, c'est que l'image naturelle, émanant de l'image dioptrique sur la rétine, présentait les phénomènes du contraste simultané des couleurs; l'image-fantôme ne les présentait pas, mais elle était comme traversée par la couleur du voisinage. Or, le contraste en question est l'œuvre de la rétine. La sensation lumineuse appartenant à l'image-fantôme est d'origine purement cérébrale et, par suite, s'ajoute à la sensation colorée du voisinage émanée de l'excitation rétinienne.

P. KERAVAL.

XXXIX. **Remarques critiques sur le livre de P.-J. Moebius, intitulé: La bosse des mathématiques**; par W. AHRENS. (*Centralbl, f. Nervenheilk.* XXIV. N. F. XII, 1901.)

Quelque intéressante que soit cette étude critique, elle doit à notre avis, céder la place à l'examen ultérieur des faits réclamé par M. Moebius, ainsi que nous l'avons dit dans notre analyse de son livre dans le *Progrès médical* en 1900 ou 1901.

P. KERAVAL.

XL. **Courte communication sur une nouvelle méthode de coloration du système nerveux central**; par H.-v. SCHROETTER. (*Neurolog. Centralb.* XXI. 1902).

Il s'agit de la moelle.

I. — Prenez une solution à 1 ou 2 p. 100 de sulfonalizarinate de sodium bien conservée. Plongez-y les coupes vingt-quatre heures si vous voulez. Cette solution vulgairement appelée d'alizarine est d'un brun qui tire sur le vert. On différencie pendant une demie ou une minute avec l'eau de source jusqu'à ce que la coupe prenne une coloration rougeâtre. Mettre alors dans l'alcool absolu, éclaircir avec n'importe quel agent. La substance grise est brun-violet, la substance blanche, brun jaune. L'alizarine colore protoplasma, noyaux, fibres nerveuses, névroglie. La structure du noyau et les grains de Nissl de la cellule sont très nets : nets aussi les mailles et le réseau de la névroglie. La coloration des éléments conjonctifs va du violet brun au violet; celle de la myéline, du

jaune à l'orange; les noyaux sont bruns ou violet brun. Les parties dégénérées tranchent, même macroscopiquement, sur les cordons intacts.

II. — *Coloration élective des manchons de myéline.* — A une solution de sulfonalizarinate de sodium à 5 p. 100, ajoutez quelques gouttes d'une solution à 5 p. 100 d'acide oxalique jusqu'à ce que le liquide devienne jaune-orange. Plongez-y les coupes non traitées, deux ou trois heures. Lavez à l'eau distillée. Placez dans une solution sodique à 3 p. 1000. Vous obtenez une magnifique teinte violet rouge : laissez dans ce liquide jusqu'à ce qu'il ne se détache plus de matière colorante. Mettez dans l'alcool absolu. Eclaircissez n'importe comment. Les gaines de myéline sont d'un rouge éclatant ; le reste du tissu est incolore. Seulement la différenciation n'apparaît pas aussi nette à la lumière artificielle qu'à la lumière du jour. P. KERAVAL.

XLI. **Le parallélisme moderne**; par G. MOSKIEWICZ. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXIV, N. F. XII, 1901.)

Etude très détaillée de la théorie du parallélisme moderne, c'est-à-dire de la théorie qui dit que l'état physique n'est qu'une manifestation de l'état psychique, que ce dernier seul possède les caractères de la réalité (Paulsen, Ebbinghaus, Heymans). L'esprit et la matière ne sont pas au fond différents l'un de l'autre : ce que nous appelons le monde extérieur est aussi de nature psychique ; tout ce qui est matériel n'est que le contenu de notre conscience. Le monde extérieur n'est pour nous qu'une série de sensations des sens, cela veut dire qu'il émane de l'action sur notre conscience de phénomènes réels qui nous sont inconnus, et ces phénomènes réels marchent parallèlement aux effets qu'ils font sur notre conscience. Une partie de ces phénomènes réels, nous la trouvons dans les phénomènes psychiques de notre individu, puisqu'il nous faut admettre que ces derniers sont la cause des perceptions enchaînées du cerveau qui évoluent parallèlement à eux, qu'en un mot les phénomènes psychiques sont identiques aux processus réels sous-jacents. Il y a alors parallélisme entre nos phénomènes psychiques et le décours des perceptions cérébrales, mais sous la réserve que les premiers sont la cause des secondes.

Voici dans ces conditions l'image du monde. Nous l'expliquons par analogie avec ce qui se passe dans notre intimité, parce que c'est notre intimité que nous connaissons seule. Le monde contient, comme notre propre conscience, une série de processus psychiques, exerçant les uns sur les autres la plus intime action réciproque, qui sont analogues à ceux de notre propre conscience. De même que celle-ci possède des groupes d'idées déterminées

si étroitement unis les uns aux autres qu'ils ne s'associent jamais à d'autres, de même la conscience universelle contient une série de membres complets, ayant une existence autonome ; ce sont les individualités psychiques particulières. Ce détachement de groupes particuliers de la conscience universelle implique que chaque individu ne participe plus au mécanisme des phénomènes de la conscience universelle, qu'il est simplement soumis aux phénomènes de sa conscience individuelle.

M. Moskiewicz pense que cette théorie a l'avantage de correspondre à l'esprit des sciences naturelles et à l'esprit de la philosophie. Elle correspond à l'esprit des sciences naturelles parce qu'elle laisse intégralement à celles-ci le droit de tout expliquer mécaniquement, en faisant intervenir le principe de l'énergie. Elle correspond à l'esprit de la philosophie parce qu'elle fait droit aux considérations de la cognition qui doivent former la base de toute philosophie et qu'elle contente toutes les aspirations de la philosophie qui tend à la conception unitaire du monde.

P. KERAVAL.

XLII. Observation de thrombose autochtone des sinus ; par GOOD. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Une demoiselle de quarante-trois ans, débile mentale, mais jusque-là vigoureuse et bien portante, est tout à coup prise d'attaques épileptiformes, de vertiges, nausées, vomissements et d'amaurose totale. La tête est très rouge, il existe de la céphalalgie. Absence de raideur de la nuque, de paralysies, de sueurs hémilatérales, de fièvre. Le second jour, 3 attaques. Le troisième, 23 attaques, obtusion croissante, déviation alternative des yeux, veines rétiniennes turgescentes, hémiparésie gauche, paraphasie : rien du côté de la sensibilité, pouls régulier sans lenteur. Le quatrième, coma : elle ne peut déglutir ; parésie du facial droit, accès subintrants, cyanose faciale et cervicale, sueurs profuses, fièvre, pouls faible ; elle succombe le lendemain matin. Le diagnostic hésite entre : hémorrhagies d'une tumeur de la base jusqu'alors latente au niveau du chiasma, et une thrombose du sinus longitudinal supérieur. L'*autopsie* révèle : de l'adipose généralisée, une thrombose du sinus longitudinal supérieur et des sinus tranverses, des hémorrhagies dans l'espace sous-arachnoïdien, de la pachyméningite hémorrhagique, des apoplexies capillaires de l'écorce et de la substance blanche du cerveau, de l'hydrocéphalie interne, un cœur gras, une embolie du lobe inférieur du poumon droit, la dégénérescence graisseuse des reins et du foie. Au *microscope*, on constate des apoplexies capillaires très pressées dans le lobe occipital, isolées dans le lobe frontal. Dilatation extrême dans le lobe frontal des espaces lymphatiques péri-

vasculaires et péricellulaires. Rien dans les cylindraxes, ni dans les gaines de myéline. Les tuniques adventices ne sont pas le siège de proliférations des noyaux; pas de prolifération névroglique. Fibres des nerfs optiques indemnes. Les cellules nerveuses offrent tous les stades de la déchéance, en marche décroissante d'arrière en avant. Mais il n'existe aucun foyer, aucun ramollissement dans l'écorce ou la substance blanche du cerveau; nul signe de processus infectieux; base du cerveau normale.

P. KERAVAL.

XLIII. **Les anomalies de formation du cercle artériel de Willis, leur fréquence et leur signification chez les aliénés**, par N.-A. WYROUBOW. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.).

Long travail dans lequel l'auteur étudie successivement l'état normal et les affections dans lesquelles on rencontre des anomalies de ce genre ainsi que ces anomalies elles-mêmes. Sur 112 affections mentales diverses on en a rencontré 85. Voir le tableau détaillé.

Conclusions. — 1. Les vaisseaux de la base du cerveau forment deux systèmes, un système antérieur et un système postérieur dont le développement se conforme au développement embryonnaire du cerveau. Les hémisphères cérébraux avec les ganglions sous-corticaux procèdent de la vésicule cérébrale primitive antérieure : ils sont principalement irrigués par le système antérieur, c'est-à-dire par les branches de la carotide interne; seul leur segment postérieur (régions occipitales et une partie des régions temporales) reçoit le sang du système artériel postérieur par l'entremise de la cérébrale postérieure. Les dérivés des deux vésicules primitives postérieures, tubercules quadrijumeaux avec les pédoncules cérébraux, cervelet et bulbe avec la protubérance, reçoivent leur sang exclusivement du système postérieur (artères basilaires, vertébrales, cérébelleuses) abondamment pourvu en toute cette région d'anastomoses. — 2. Chaque artère corticale constitue une région individualisée parce qu'elle ne possède pas d'anastomoses suffisamment importantes : il s'en suit qu'une anomalie de formation d'une artère cérébrale ne peut être équilibrée par la compensation d'artères voisines. — 3. On peu diviser en deux groupes les anomalies de formation des artères qui nourrissent les hémisphères cérébraux avec les ganglions sous-corticaux et qui forment à la base du cerveau le cercle de Willis ou, plus exactement, l'hexagone. Ce sont des modes de formation anormaux (anomalies proprement dites) des vaisseaux, ou des variétés dans le calibre des vaisseaux. — 4. On rencontre bien plus souvent chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit des anomalies de formation du cercle de Willis. Windle a indiqué

la proportion de 33,5 p. 100 pour les derniers, et de 51,8 p. 100 pour les aliénés. On est autorisé à mettre les anomalies du cercle de Willis sous le même niveau que les autres signes physiques de dégénérescence que l'on rencontre chez les aliénés. — 5. Ces anomalies s'observent au premier chef dans la région de l'artère cérébrale antérieure qui irrigue la province si importante des lobes frontaux : proportion : 22,3 p. 100. Elles sont donc un peu plus rares dans le système de la cérébrale postérieure : 17,8 p. 100. — 6. Elles sont incomparablement plus fréquentes du côté gauche : 24,9. — 7. Les anomalies particulières à chaque artère se peuvent résumer ainsi. A. Les *cérébrales antérieures* peuvent provenir d'un tronc commun issu d'une des carotides internes, toujours de la gauche : on observe également des stades intermédiaires caractérisés par la division prématurée, l'anastomose de l'artère du côté opposé. B. Une des *cérébrales antérieures*, presque toujours la gauche, fournit par sa face interne une branche mince qui graduellement prend un fort développement et se transforme en l'*artère du corps calleux* : un degré de plus, et celle-ci provient de la communicante antérieure. C. La seule anomalie constatée sur la *communicante antérieure* est sa duplicité : cette seconde petite branche se forme au-dessus ou au dessous de la branche normale. D. La principale anomalie de la *cérébrale postérieure* consiste en ce qu'elle provienne, non de la basilaire, mais de la carotide interne : dans ces conditions un des hémisphères cérébraux, car il est extrêmement rare que l'anomalie soit bilatérale, est irrigué par le système artériel antérieur exclusivement. Elle peut encore provenir de tous les points du côté de l'hexagone compris entre la basilaire et la carotide interne. — 8. Il est rare qu'en l'absence d'anomalies de formation on rencontre des variétés de calibre des vaisseaux : on n'en a noté que dans 23,2 p. 100 des cas. Il n'existe pas de différences essentielles entre le côté droit et le côté gauche. — 9. Les artères du système postérieur, artères basilaire, vertébrales, cérébelleuses, présentent les modifications suivantes. A. La *vertébrale* est un peu plus souvent plus large à gauche qu'à droite. B. Ce sont les artères *cérébelleuses*, notamment les artères cérébelleuses *moyenne* et *postérieure*, qui sont le plus sujettes aux anomalies ; proportion : 52,6 p. 100. La cérébelleuse supérieure se distingue par une grande constance mais souvent elle se résout prématurément en deux branches de l'un ou des deux côtés (22,3 p. 100). L'existence d'anastomoses abondantes de ce système ne peut guère avoir d'importance. — 10. Quand on lie la carotide interne, il importe de savoir que la cérébrale postérieure peut émaner de la carotide interne, à cause des conditions défavorables créées de ce fait au rétablissement de la circulation du cerveau. — 11. Les anomalies de vaisseaux du cerveau sont si intimement liées à la question des

troubles de la circulation et des fonctions de cet organe qu'il faut faire sur ce sujet de nouvelles recherches, non seulement d'anatomie pathologique et d'anatomie comparée, mais aussi d'embryogénie sur le système vasculaire intra-cranien. P. KERAVAL.

XLIV. **De l'excitabilité de la région corticale motrice du cerveau à la suite de l'attaque d'épilepsie** : par W.-P. OSSIPOW et E.-S. BORISCHPOLSKY. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

Treize expériences desquelles il résulte ce qui suit :

1° Dans l'immense majorité des cas, il y a hyperexcitabilité. — 2° Immédiatement après l'attaque, la région en question est un peu plus excitable et cette hyperexcitabilité continue à augmenter pendant quinze à soixante-quinze minutes, puis l'excitabilité tombe graduellement en quinze ou deux cent dix minutes. — 3° La chute de l'excitabilité s'effectue d'ordinaire plus lentement que son exagération. Généralement, l'hyperexcitabilité qui succède à l'attaque se continue pendant soixante-dix à deux cent cinquante-cinq minutes : il est plus rare de la voir durer vingt, vingt-cinq, trente minutes. — 4° C'est surtout à la suite d'une seconde attaque d'épilepsie chez le même animal que l'on voit baisser l'excitabilité de l'écorce; parfois l'excitabilité demeure pendant les premières minutes ce qu'elle était avant, plus rarement elle s'accroît mais alors moins notablement qu'après la première attaque et pour peu de temps. — 5° Parfois, après la diminution de l'excitabilité, s'observe une nouvelle hyperexcitabilité suivie à son tour d'une chute graduelle. — 6° L'hyperexcitabilité de la région corticale motrice ne saurait être attribuée à l'hyperexcitabilité des nerfs périphériques. — 7° Elle ne correspond pas rigoureusement à l'hyperémie corticale : à la suite de l'attaque, la pression du sang tombe dans le cerveau, celui-ci est en état d'anémie tandis que l'excitabilité de l'écorce augmente. — 8° Il convient de distinguer l'excitabilité du nerf de sa conductibilité. Ainsi, pour provoquer le mouvement d'une extrémité par le centre psychomoteur, après l'attaque d'épilepsie, on a besoin de moins rapprocher les bobines de l'appareil à chariot au moment où l'excitabilité du nerf périphérique a diminué. P. KERAVAL.

XLV. **Note relative à la question des modifications du caractère à la suite des lésions du cerveau**; par M. FRIEDMANN. (*Neurolog. Centralblatt.*, XXI, 1902.)

Parmi un nombre marquant de lapins et de moineaux chez lesquels l'auteur avait pratiqué piqûres et exérèses du cerveau, il s'en est trouvé deux qui, à la suite d'une lésion très légère et fort petite, ont trois semaines après l'intervention, et pendant un mois, fait preuve d'un caractère indomptable spécial. Ce lapin et

ce moineau, au lieu d'être intimidés, quasi anxieux, comme leurs compagnons, étaient positivement furibonds, enragés, agités, brusques, impétueux, ils troublaient par leurs incessants déplacements, les animaux de leur cage. Sauvages et agressifs pour qui s'approchait d'eux, ils conservaient la même animosité lorsqu'ils étaient rassasiés. On les tua sous le chloroforme sept semaines après l'opération. On trouva une rougeur diffuse de la pie-mère, mais sans exsudat, et, à la surface du cerveau, une petite cicatrice plate d'une plaie aseptique. Mais le cerveau entier était le siège d'une infiltration lymphoïde de tout le système lymphatique périvasculaire et péricellulaire, témoignant d'une irritation chronique comparable à ce que l'on voit dans les cas de troubles nerveux graves et chroniques consécutifs à la commotion cérébrale.

P. KERAVAL.

XLVI. **Des convulsions rhythmiques et des mouvements automatiques chez les hystériques**; par W.-M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

Ces phénomènes constituent des signes plus ou moins permanents de l'hystérie. La chorée malléatoire de Charcot rentre moins dans le cadre des mouvements convulsifs plus ou moins permanents que dans celui des états paroxystiques de nature hystérique, qui sont parfois même intimement liés aux attaques d'hystérie habituelles.

Il est des cas où l'on observe des convulsions rhythmiques presque isolées dont le décours est plus ou moins lent, dont le caractère est permanent, qui, sans interruption, durent des semaines, des mois, des années, sauf pendant le sommeil où elles cessent généralement. Il en est d'autres où les mouvements convulsifs rhythmiques s'interrompent périodiquement pour recommencer périodiquement et durent ainsi des années.

L'auteur énumère 17 combinaisons différentes de flexions du tronc en tous sens, de moulinets des bras et des jambes, de mouvements continus de la langue, de contraction des sourcils, des oreilles, des téguments de la tête, de crachement de mots inconvenants, de tics convulsifs cervico-brachiaux, de hochements de la tête affirmatifs, négatifs, pendulaires, de soupirs diaphragmatiques, de hoquets, renvois, crampes abdominales et pharyngées spasmodiques, de cris monosyllabiques invariables, de convulsions rythmées du plancher de la bouche.

Chez une jeune fille de dix-huit ans se produisaient des mouvements alternatifs d'élévation de l'une ou de l'autre épaule. Déjà à douze ans elle avait été affectée d'un clignotement convulsif des yeux qui en deux mois avait cédé au K. Br. et aux bains. Cela commence par la sensation d'un choc dans les épaules et aussitôt

après celles-ci se mettent à se soulever à tour de rôle. Agitation, pleurs fréquents, sommeil troublé; il arrive même que pendant le sommeil la patiente rie aux éclats, pleure; elle a eu aussi une violente attaque d'hystérie en dormant. Règles très irrégulières; à ce moment le spasme des épaules augmente; il augmente du reste avec le temps. Il consiste en l'élévation alternative d'une omoplate ou de l'autre : ces mouvements de balancier en haut sont en rapport avec la contraction rythmique du trapèze et du rhomboïde d'un côté ou de l'autre. Ils n'entravent pas l'action des mains; ils se calment plutôt pour permettre à celles-ci d'exécuter un ouvrage compliqué, mais pour récupérer ensuite leur intensité première. L'émotion les exagère toujours; ils s'affaiblissent un peu quand on distrait l'attention de la jeune fille. Quelque hyperesthésie du sein gauche. Champ visuel un peu rétréci des deux côtés; légère dyschromatopsie surtout à gauche. De même qu'en d'autres cas les symptômes permanents de l'hystérie sont peu marqués. Assez souvent le diagnostic de l'hystérie ne se fait que par l'existence d'attaques antérieures, de syndromes convulsifs antécédents du même genre dont la manifestation rapide ou instantanée contraste avec une cause occasionnelle insignifiante, voire nulle.

Conclusions. — 1° Ces mouvements convulsifs et automatiques ont une importance aussi grande pour le diagnostic que les convulsions toniques, les contractures hystériques. — 2° Parfois plus complexes, ils rentrent dans le domaine de la chorée rhythmique de Charcot. — 3° En d'autres cas, ils traduisent des contractions rhythmiques séparées d'un groupe de muscles déterminés; mouvements automatiques plus simples. — 4° D'ordinaire inopinés, ils succèdent le plus souvent à une attaque d'hystérie, à un choc psychique; ils surviennent parfois en l'absence de cause occasionnelle extérieure. — 5° Durée variable : généralement ils durent sans interruption ou avec quelques interruptions des semaines, des mois, des années et constituent non seulement des signes paroxystiques, mais des signes plus ou moins permanents de l'hystérie. — 6° Ils disparaissent d'habitude plus ou moins rapidement, parfois instantanément, sous une influence psychique et sous l'action de la suggestion hypnotique qui est un des meilleurs moyens de traitement. — 7° On les observe de loin en loin dans les affections organiques du cerveau. Quand il n'existe pas de signes de ces dernières on doit toujours penser à l'hystérie. Il faut, par suite, toujours rechercher, en pareils cas, l'état de la sensibilité, des organes des sens, des réflexes, qui parfois permet de découvrir l'hystérie. — 8° Ces mouvements ont les caractères suivants : début rapide ou soudain, parfois consécutif à tels ou tels états hystériques, ou émotifs; invariabilité du type; renforcés par les émotions morales, affaiblis par la distraction de l'atten-

tion, ils cessent ou diminuent au moment où l'on fait exécuter aux patients des mouvements volontaires pour reparaître avec leur intensité première quand cessent les mouvements volontaires.

P. KERAVAL.

XLVII. **Leçons de choses sur la physiologie de la vision corticale**; par H. HITZIG. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Animaux ayant subi des lésions expérimentales de la sphère visuelle occipitale de Munk.

I. Lésions unilatérales. 1° Le trouble visuel disparaît totalement plus ou moins vite. — 2° Toujours le trouble de la vue disparaît d'abord sur la ligne médiane et en bas, de sorte que finalement il ne reste qu'un endroit amblyopique en haut et en dehors.

II. Lésions bilatérales. Ces chiens ont préalablement subi une première expérience unilatérale; ce n'est que lorsque le trouble visuel a complètement disparu qu'on a exécuté une seconde opération partielle sur l'autre hémisphère. — 1° Cette seconde opération fait invariablement reparaître le trouble de la vue de l'œil qui a été le premier endommagé. — 2° Ce trouble visuel est souvent tout aussi accusé et même plus marqué que celui de l'œil qui est à son tour endommagé par la seconde opération. — 3° On observe parfois que le trouble visuel de l'œil qui correspond au côté opéré en dernier subit une aggravation ultérieure; il est plus prononcé le troisième jour et les jours suivants que le second jour qui suit l'intervention. — 4° On n'observe pas les scotomes circonscrits annoncés par la théorie de Munk : c'est de l'hémiopie. — 5° Les troubles visuels consécutifs aux extirpations corticales doubles disparaissent eux aussi avec le temps.

Conclusions. — La théorie de Munk d'après laquelle tout élément de la rétine est directement uni à un élément de l'écorce, et devrait par suite cesser à jamais de fonctionner quand on a supprimé l'élément cortical qui lui commande, cette théorie est fausse. L'absence de scotomes circonscrits indélébiles, et même de troubles visuels permanents y contredit également.

P. KERAVAL.

XLVIII. **Nouvelles communications sur les troubles de perception des distances en profondeur**; par A. PICK. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901.)

Une très belle observation montre qu'à la suite d'attaques congestives le paralytique général peut perdre la notion des distances. Lui présente-t-on, par exemple, une montre, il la voit bien, mais pour la prendre il étend la main plus loin qu'elle n'est, en arrière de l'objet et, pour la saisir il est obligé de revenir d'arrière en avant et un peu en dehors. L'objet est-il plus éloigné

c'est en dedans et en avant de lui qu'il porte la main et recule successivement d'avant en arrière pour aller à la rencontre de la montre. Il existait en l'espèce une hémianopsie latérale homonyme qui n'a rien à voir avec le trouble en question et qui peut exister sans ce trouble.

Les faits montrent encore que l'anomalie de perception des distances en profondeur est indépendante du trouble de la conscience consécutif à l'attaque congestive et de l'affaiblissement mental.

Elle doit tenir aux lésions du lobe pariétal, car les singes auxquels Munk et Schaefer excisent de ce lobe offrent exactement le même syndrome. Ils voient bien mais ne reconnaissent plus la position de l'objet dans la profondeur du champ visuel. Observation identique sur les chiens : Jean Demoor. (Voy. *Sitzungsber. d. kgl. preuss. Acad. d. Wissensch. z. Berlin. Sitzung d. phys. mathémat.*, 14 déc. 1899.) P. KERAVAL.

XLIX. **Contribution à l'étude de l'aphasie sensorielle optique**; par M. ROSENFELD. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901.)

Excellente observation bien analysée. Pas d'aphasie motrice. Trouble sensoriel acoustique simplement indiqué, notamment immédiatement après le traumatisme, à la suite d'un vigoureux coup porté contre la moitié gauche du crâne, qui a laissé le sujet sans connaissance pendant quelques heures. Aphasie sensorielle optique. Aphasie tactile. Pas de cécité psychique. Pas d'hémianopsie. Alexie. Agraphie. L'auteur insiste sur ce qui suit.

Dans les cas purs d'aphasie sensorielle optique, il peut aussi exister de l'aphasie tactile. Alors toutes les notions concrètes qui sont surtout identifiées par les images commémoratives d'ordre optique, qui s'apprennent surtout par l'image optique, restent mortes malgré l'aide du sens du toucher. Impossible d'ailleurs de dire si c'est la règle parce que les observations ne contiennent pas assez de détails sur ce point.

Quand on examine le toucher des aphasiques sensoriels optiques, il faut s'attacher principalement à déterminer si les qualités simples du toucher suffisent à l'identification des divers objets, ou si le tact n'éveille pas des idées relatives à l'espace et à la vue, et si, alors, ce ne seraient pas ces idées qui aboutiraient à l'identification de l'objet, à la trouvaille de l'image verbale.

P. KERAVAL.

L. **Des terminaisons et connexions centrales des septième et huitième paires craniennes**; par N. WYROUBOW. (*Neurolog. Centralbl.* XX. 1901.)

Pièces empruntées à un sujet, mort de tuberculose pulmonaire, ayant, par suite d'une carie du temporal, été, un mois avant sa

mort, affecté de paralysie périphérique complète des deux branches du facial droit. Examen des corps optostriés par la méthode de Marchi, et, par la méthode de Nissl, du territoire qui contient le noyau de l'oculomoteur externe ainsi que la portion supérieure du noyau du facial. Dégénérescence des branches du facial ; lésions des deux branches de l'auditif. Voici le résumé des résultats (figures).

I. *Dégénérescences intracérébrales.* — 1. Celle des racines du facial peut être suivie jusque dans le noyau du côté correspondant à la lésion ; il existe une faible dégénérescence des fibres qui, originaires du côté opposé, s'entrecroisent sous le plancher du quatrième ventricule et rejoignent le genou de la racine du facial qui correspond au côté lésé. — 2. Les cellules du noyau du facial lésé présentent l'altération secondaire de Nissl et Marinesco. Aucune altération des noyaux moteurs voisins du trijumeau et de l'oculomoteur externe. — 3. Les mêmes altérations se voient dans les cellules des portions médiales du noyau du facial du côté opposé. — 4. L'altération secondaire occupe en outre un *noyau autonome non encore décrit.* Ce noyau existe au niveau du noyau réticulaire de la protubérance et des zones internes du noyau du facial ; il est situé en dehors et en avant du noyau de l'oculomoteur externe et en dedans de la racine du facial, au point où cette racine, traçant un arc de cercle à convexité externe autour du noyau de l'oculomoteur externe, quitte le cerveau en décrivant une courbe convexe en arrière et en dehors. Ce noyau se compose de cellules motrices tout à fait semblables à celles du noyau classique du facial. Il me paraît, dit l'auteur, hors de doute qu'il appartienne au facial. Pour le distinguer du noyau principal ou inférieur au facial, depuis longtemps connu, on pourrait l'appeler : *noyau accessoire* ou *supérieur du facial.*

II. *Connexions de l'auditif.* — 1. Immédiatement après être entrées dans le cerveau, les fibres du nerf cochléaire se rendent au noyau antérieur, au tubercule acoustique, contournent en dehors et en arrière le corps restiforme, et *envoient des fibrilles au noyau de Deiters ainsi qu'à la racine descendante de l'auditif.* Une partie des fibres s'en va dans le corps trapézoïde où on peut les suivre jusqu'au niveau du noyau principal ou inférieur du facial et de l'olive supérieure du côté correspondant. Là, les unes affectent une direction longitudinale ; les autres dépassent le raphé et s'en vont de l'autre côté. — 2. Les fibres du nerf vestibulaire dégénérées sont, du côté lésé, en dedans du corps restiforme ; situées entre celui-ci et la racine descendante du trijumeau, elles arrivent au noyau de Deiters et à celui de Bechterew, pour pénétrer, de là, dans le noyau interne ou postérieur de l'auditif, où les unes sont interrompues, tandis que les autres forment *un trousseau distinct qui dépasse le raphé sous le plancher du quatrième ventricule et se rend au noyau interne ou postérieur de l'auditif du côté opposé : la plus*

grosse partie de ce trousseau parvient ensuite au noyau de Bechterew, le reste au noyau de Deiters. — 3. La grosse olive du côté opposé à la lésion contient plus de fibres dégénérées que celle du même côté. — 4. La dégénérescence *descendante* des fibres de l'auditif s'étend à la racine descendante de l'auditif du même côté que la lésion, ainsi qu'à la substance réticulaire et aux *noyaux médians des faisceaux de Burdach* des deux côtés symétriquement. De ces noyaux *une partie des fibres se rendent au ruban de Reil, s'entrecoisent et entrent dans les olives inférieures.* A ce niveau, on note une dégénérescence des fibres arciformes externes. *Au point le plus éloigné de l'axe des noyaux qui appartiennent aux faisceaux de Goll et de Burdach, les fibres dégénérées se groupent dans toutes la substance blanche restante des faisceaux de Goll ainsi que dans l'angle postéro-médian des faisceaux de Burdach* : il y en a autant des deux côtés. — 5. En *montant* voici ce que l'on voit. Au niveau des portions les plus près de l'axe du noyau réticulaire de la protubérance, les fibres de l'auditif s'entrecroisent et se groupent en deux faisceaux de forme arrondie presque régulière qui appartiennent à l'effectif du ruban de Reil latéral ou inférieur, et sont en dehors du ruban de Reil principal. La dégénérescence est un peu plus accentuée du côté correspondant à la lésion. Dans la zone des tubercules quadrijumeaux postérieurs la plus voisine de l'axe, au niveau du noyau central supérieur de Bechterew, le nombre des fibres entrecroisées décroît ; *il en est qui passent dans le ruban de Reil principal,* en nombre à peu près égal pour les deux côtés, et forment graduellement le ruban de Reil latéral, aussi volumineux de chaque côté. Les fibres de ce dernier montent jusqu'aux noyaux des tubercules quadrijumeaux postérieurs et s'entrecroisent en partie au-dessus de l'aqueduc de Sylvius. Un peu plus en dedans, au niveau des noyaux des tubercules quadrijumeaux postérieurs, il se produit un nouvel entrecroisement d'un petit nombre de fibres entremêlées aux fibres du prédoncule cérébelleux antérieur : c'est le trousseau commissural de Bechterew qui unit entre eux les noyaux vestibulaires. A cette hauteur, le ruban de Reil principal semble tout à fait indemne de dégénérescence : les fibres dégénérées se limitent au territoire du ruban de Reil latéral ou inférieur, ainsi qu'aux noyaux des tubercules quadrijumeaux postérieurs, symétriquement des deux côtés. — 6. En dedans des parties supérieures du noyau réticulaire de la protubérance, au niveau précisé tout à l'heure, on trouve des fibres dégénérées dans le faisceau longitudinal postérieur. On les suit dans le domaine des tubercules quadrijumeaux antérieurs, *dans le noyau accessoire de l'oculomoteur commun de Bechterew* : elles sont notablement plus nombreuses du côté de la lésion. Encore plus en dedans, les diverses parties des couches optiques ne présentent pas de dégénérescence du tout. — 7. Nulle dégénérescence des fibres acoustiques de Monakow, ce qui signifie

que les fibres radiculaires de l'auditif ne passent pas directement dans les fibres acoustiques de Monakow. · P. KERAVAL.

LI. **De l'absence des réflexes patellaires en un cas de myélite dorsale par compression avec dégénérescence des racines postérieures dans la moelle lombaire**; par M. BARTELS. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.)

Un foyer tuberculeux comprime la moelle au niveau du cinquième segment dorsal depuis 4 mois au moins. Au début les réflexes étaient exagérés. Ils disparurent complètement quand survint la paralysie flasque et restèrent absents jusqu'à la mort. A ce niveau la coupe transverse de l'organe n'est pas complètement altérée : il existe encore quelques fibres indemnes et le faisceau pyramidal n'est pas totalement dégénéré. D'ailleurs lorsqu'on piquait les jambes du malade (il s'agissait d'un homme de trente ans), il sentait encore.

En revanche, on constate dans la moelle lombaire la dégénérescence de toutes les racines postérieures : elle est surtout accusée dans les troisième et quatrième segments et principalement dans leur portion intramédullaire. Quelle est la cause de cette dégénérescence? Ce n'est point l'intoxication générale de l'organisme : en effet, à l'époque où déjà les réflexes étaient absents il n'existait pas de tuberculose étendue; on en constatait à peine des traces dans les poumons. Et l'autopsie n'y révèle qu'une tuberculose peu avancée. Par contre la dégénérescence radiculaire est plus prononcée que dans les cas de ce genre. L'anémie, le marasme, les accidents du décubitus ne se montrèrent que lorsque l'atteinte des racines était déjà un fait ancien cliniquement. Peut-on accuser les toxines produites dans le canal vertébral même par le foyer tuberculeux? La dure-mère et la pie-mère sont indemnes à ce niveau. Ce ne peut donc être l'effet que de la compression mécanique due à la stase lymphatique et vasculaire; cette stase tenait à la compression dorsale. Sans compter qu'il y a eu de ce fait (du fait du foyer) une paralysie spéciale des vasomoteurs médullaires. On en doit tirer une indication thérapeutique : *quand une myélite par compression récente, incomplète, s'accompagne cependant de la disparition des réflexes tendineux patellaires, faire une ponction lombaire.*

P. KERAVAL.

LII. **Contribution à l'étude du trajet des fibres du goût**; par J. KRON. (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

Observation, sans autopsie, rapprochée des documents cliniques et expérimentaux des auteurs. Il s'agit d'un foyer morbide ayant d'abord atteint la branche motrice de la cinquième paire, puis les autres branches des cinquième, sixième, quatrième et troisième

paires : le rameau sensitif du maxillaire inférieur a le moins souffert. L'unilatéralité de la paralysie, notamment du trijumeau, l'envahissement graduel d'un nerf à l'autre, le caractère de la douleur, l'action favorable du traitement mercuriel font penser à une lésion syphilitique et très probablement à une méningite de la base.

Au moment de son admission le malade était atteint d'une anesthésie des branches ophthalmique et maxillaire supérieure du trijumeau droit et d'une légère hypoesthésie de la branche maxillaire inférieure du même nerf. Il existait un faible trouble du goût sur les deux tiers antérieurs de la langue à droite; l'acide était perçu comme salé; il y avait un retard dans la perception de l'amer moins vivement senti que de l'autre côté; l'excitation électrique décelait aussi quelque différence entre les deux côtés. Sous l'influence du traitement la sensibilité du maxillaire inférieur redevient normale, et, aussitôt, parallèlement, disparaissent les plus minimes différences de la fonction gustative. Au moment de son départ, persiste encore un trouble très marqué de la sensibilité dans le territoire de l'ophthalmique et du maxillaire supérieur; celle du maxillaire inférieur est presque absolument normale : le goût est identique sur les deux moitiés de la langue. Cette constatation a donc la valeur d'une expérience quant au trajet des fibres du goût dans le maxillaire inférieur. De plus, la diminution du champ gustatif n'a pas été la même pour les quatre espèces de saveur. Vintschgau pense qu'il y a lieu d'admettre des fibres spéciales propres à la perception de l'acide et du sucré, du salé et de l'amer.

Dans les cas nombreux de troubles dans le territoire de la cinquième paire, l'ageusie existante ne portait que sur la partie antérieure de la langue. La partie postérieure de cet organe serait pourvue de fibres gustatives à l'aide de la neuvième paire (Vintschgau, Hœnigschmied, Ranvier et Drasch, Sandmeyer et Rosenberg, Lehmann, Ziehl et Pape). Hermann et Landois prétendent que les fibres du goût ne viennent que par la neuvième paire; elles pourraient arriver, par celle-ci, jusqu'à la partie antérieure de la langue, ainsi que le veut Carl. Du ganglion pétreux les fibres, par le nerf tympanique ou de Jacobson, gagnent le plexus tympanique : de là, les unes, par le petit nerf pétreux superficiel, s'en vont au ganglion otique et, par suite, au nerf lingual, tandis que les autres, la plus petite partie, par le rameau communiquant du plexus tympanique, arrivent au ganglion géniculé et, de là, par le nerf de la septième paire, et la corde du tympan, au lingual droit. C'est une hypothèse à laquelle Cassirer a essayé d'apporter la première preuve clinique. Son observasion de parésie des neuvième, dixième, onzième et douzième paires du côté gauche n'a qu'un défaut; c'est qu'il existe une hypoesthésie de la langue et du palais. Discussion touffue. Variétés individuelles de Gowers,

Frankl-Hochwart, Wallenberg. Ce dernier auteur croit avoir trouvé que la pile de noyaux du faisceau solitaire reçoit par devant les fibres du goût de la cinquième paire, qu'elle est, par conséquent, la station terminale des fibres gustatives issues de divers ganglions. En ce cas il faudrait admettre que les fibres de la neuvième paire peuvent, chez certains individus, prendre une part exagérée à la formation du faisceau solitaire.

Au moment de son départ, le malade avait de la conjonctivite à droite ainsi qu'un reste de blépharoptose du même côté. On lui conseilla de porter un bandeau. Il l'enleva. Le lendemain, légère érosion de la cornée qui bientôt aboutissait à une *kératite neuro-paralytique*. La cornée de ces sujets, moins résistante, s'enflamme au moindre sujet d'irritation (Hippel jeune, Senftleben, Eberth-Balogh). La blépharoptose et le bandeau constituaient des agents de protection : la première a guéri ; le malade a eu tort d'enlever son bandeau. La kératite a guéri sous l'influence de l'atropine et d'un nouveau monocle.

Enfin on a aussi constaté de la *diminution de l'odorat* et de la *sécrétion de la muqueuse nasale* : on sait que la cinquième paire communique avec les branches de l'olfactif (Magendie).

P. KERAVAL.

LIII. Un arrêt de développement du nez ; nouveau signe de dégénérescence ; par H. GUDDEN (*Neurolog. Centraibl.*, XXII, 1903).

La narine forme en avant une fente canaliculée qui témoigne d'un arrêt de développement fœtal (figure à l'appui).

P. KERAVAL.

LIV. Influence de l'état mental des parents sur la formation du sexe de leurs enfants ; par A. LITKENS (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903).

Quand les bactéries se trouvent aux prises avec des conditions défavorables de sécheresse, de chaleur, de froid, de pénurie de substances nutritives, elles se multiplient par un autre procédé, celui des spores qui, plus résistantes, sont susceptibles de vivre longtemps sans avoir besoin de milieu nutritif. Ces spores sont en somme conçues au moment où le protoplasma de leurs parents se trouvait en état d'effort, où il était stimulé par la pénurie des moyens pour la lutte contre les conditions ambiantes. L'organisme le plus simple peut donc changer la forme de sa postérité dans le sens le plus avantageux pour assurer sa perpétuité, selon les conditions qu'il rencontre. Or ce qui excite le protoplasma des organismes inférieurs à agir ainsi, l'insuffisance des matériaux nutritifs, l'abaissement de la température, la sécheresse, déterminent les mêmes effets chez les organismes supérieurs ; mais ici intervient la complexité du système nerveux et du développement mental.

Les propriétaires de haras savent que, pour provoquer la multiplication des mâles, il faut nourrir les animaux modérément et faire procéder à la fécondation. Ces conditions semblent pour le cheval suffisantes pour provoquer dans le système nerveux un état de tension et d'excitomotricité qui fait concevoir un individu mâle.

Chez l'homme il s'en faut de beaucoup que le caractère de la nourriture et le degré de l'activité musculaire constituent des conditions propres à donner au système nerveux la tonicité indispensable à la procréation du mâle. Ce sont, ici, les influences psychiques qui jouent le rôle principal ; elles peuvent être très différentes, mais ont ceci de commun que, quelque soit le procédé, elles élèvent l'auto-activité psychique interne. Et *cette exagération* de l'*auto-activité mentale* est l'état du système nerveux qui *constitue la condition de la conception de l'individu du sexe masculin*. M. Litkens donne à l'appui l'observation de cinq familles témoignant de cette proposition. Pour lui, l'influence consciente des générateurs sur le sexe de leur postérité est indéniable. Il s'agit maintenant de déterminer à quel degré un couple donné peut être placé dans des conditions propre à la suractivité neuropsychique nécessaire. Ces conditions varient énormément selon les différents individus, au prorata des particularités de leur état mental et des conditions de leur existence ordinaire. P. KERAVAL.

LV. **De l'appareil inhibiteur du cœur chez les chiens nouveau-nés**; par E.-E. GARTIÉ (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903).

Expériences propres à déterminer l'état du développement des ramifications terminales des fibres inhibitrices du cœur, et celui du centre inhibiteur du bulbe chez les chiens nouveau-nés.

L'auteur montre que le cœur de ces animaux contient dès la naissance des éléments nerveux spéciaux dont l'excitation par le courant d'induction ou par la muscarine provoque un ralentissement des contractions cardiaques ainsi que l'arrêt du cœur en diastole. Il y a donc lieu de croire que l'appareil inhibiteur du cœur est, chez le jeune chien, déjà apte à fonctionner. Pourquoi, quand cesse la respiration de l'animal, le cœur continue-t-il, longtemps à battre sous l'influence de toute excitation nouvelle ? On l'ignore ; le microscope n'a pas trouvé d'explication à cela.

Les fibres inhibitrices du cœur dans le nerf vague sont également stimulables chez le chien nouveau-né. Elles le sont moins avant le quatrième jour de la vie qu'à partir de ce jour, parce qu'il y a jusqu'alors beaucoup de fibres amyéliniques ; mais dès le quatrième jour le développement des fibres s'effectue.

Le centre inhibiteur bulbaire existe déjà chez le chien nouveau-né, mais dans le cours des deux premières semaines de la vie il ne jouit pas de l'excitabilité normale qu'il a ultérieurement. D'ailleurs

des centres inhibiteurs sont en général faiblement développés chez les chiens nouveau-nés ; ils n'ont presque pas de centres inhibiteurs corticaux.

Ainsi s'expliquent les particularités du cœur extrêmement excitable de l'enfant nouveau-né. P. KERAVAL.

LVI. Contribution à la pathologie du sentiment de l'impression consciente; par A. PICK (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903).

Volkelt prétend que toute perception à laquelle se rattache la cognition s'accompagne de l'impression immédiate de cette connaissance et que cette impression jouerait un rôle important dans le processus de commémoration. Ce n'est pas la clarté, la netteté des images commémoratives qui constitue l'élément grâce auquel on reconnaît les choses, c'est le sentiment qu'on a eu de la pénétration dans la conscience de leurs images, l'impression spéciale qui accompagne le phénomène de perception consciente. La conscience du souvenir n'est autre que l'expérience du passé qualifiée de souvenir.

Chez l'épileptique et assez souvent aussi chez l'hystérique, il se produit un état mental particulier pendant lequel, tout en restant maître de lui, le patient indique que tout lui paraît étrange; ce qui l'entoure n'est pas altéré, n'est pas modifié pour lui, mais il a l'impression de quelque chose d'étrange; il semble que ce qui l'entoure ne lui soit de rien, il éprouve une sensation bizarre vague. Cet état est dû à la déchéance de ce sentiment de la pénétration dans la conscience des perceptions, à la déchéance de la qualité du phénomène de la perception consciente (*Bekanntheitsgefuhl, Bekanntheitsqualitœt*).

En certains cas de désorientation qui surviennent chez les anxieux on retrouve cette perturbation en tant que phénomène primitif; ils reconnaissent difficilement leur entourage, et ce trouble tient à l'absence de la qualité du phénoméne de la connaissance, du sentiment de la pénétration consciente. Ce trouble d'emblée produit parfois un état d'angoisse assez fort.

M. Pick a retrouvé cet accident en un cas de neurasthénie sexuelle; le malade indique qu'il est parfois envahi d'un sentiment étrange ; il lui semble que, dans les rues qu'il connaît depuis longtemps, tout à coup tout lui est nouveau. Il a la sensation, malgré qu'il sache bien que la rue lui est familière depuis longtemps, de quelque chose de bizarre sur laquelle se développe un sentiment d'appréhension. P. KERAVAL.

LVII. De l'influence de la musique sur le travail musculaire; par I. SPIRTOW (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903).

Il faudrait consacrer plusieurs pages à mettre en relief l'extrême variété des expériences, et leur dispositif. Le résumé bref des con-

clusions générales de l'auteur exigerait lui-même beaucoup de place. M. Spirtow a expérimenté sur : — un fonctionnaire de trente-six ans (15 expériences); — un étudiant en médecine de vingt-deux ans (9 expériences) ; — un étudiant en mathématiques de vingt ans (6 expériences; — un fonctionnaire de trente-trois ans (11 expériences); — une jeune femme mariée de trente ans (14 expériences) ; — enfin une jeune fille de vingt-quatre ans (8 expériences); en tout 63 expériences.

L'examen de la quantité et du débit du travail effectué sous l'influence de la musique montre qu'elle n'agit pas toujours sur l'appareil moteur volontaire comme le voudrais la formule d'après laquelle une musique gaie augmenterait l'activité de cet appareil, tandis qu'une musique triste la diminuerait. Il s'en faut de beaucoup. Dans les cas mêmes où tout porte à croire que la musique va exciter l'appareil moteur volontaire, dans la danse par exemple, il ne faut pas du tout s'attendre à ce qu'il en soit ainsi. Pourquoi en effet supposer que chez tout homme une musique excitante gaie stimulera infailliblement, d'un seul coup, avant tout la portion de cet appareil qui doit être occupée au travail prescrit? Cela aura lieu chez quelques personnes; chez d'autres c'est moins le thème musical que l'association harmonique des sons aux conditions du travail qui imprimera à l'appareil musculaire une extrême activité. Il y a même des cas dans lesquels c'est un morceau mélancolique qui a présidé à l'augmentation du travail. Faut-il par suite penser que lorsqu'une musique gaie excite trop d'éléments, l'appareil moteur volontaire en pâtit, tandis que quand une musique triste affaiblit certains éléments, l'appareil moteur volontaire est susceptible de fournir une plus grande somme d'énergie? Sait-on au reste exactement l'étendue de la dépression dont une musique triste est capable sur les diverses parties de l'appareil moteur volontaire? En dehors même de la question des individus plus ou moins accessibles à l'influence des thèmes mélancoliques ou guerriers, est-ce que vraiment la musique triste contient en soi exclusivement des éléments d'influence déprimante? Ne possède-t-elle pas une association harmonique de sons agréable à l'organisme qui, par elle-même, indépendamment des émotions et des images éveillées plus ou moins, à un degré plus ou moins vif, dans le même instant, peut, à l'instar d'autres sensations agréables, agir jusqu'à un certain point par l'idée stimulante? On peut faire un raisonnement inverse pour les cas où les conditions du travail à accomplir étant comparativement faciles, la musique s'est traduite par une diminution du travail, tandis qu'elle a fait accomplir une plus grande somme de travail en des conditions où ce dernier était pénible.

P. KERAVAL.

LIX. **Monocéhromatopsie et achromatopsie**; par W. ALTER (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903).

Chez un paralytique général qui est très probablement hémiachromatopsique, se produisent plusieurs accès de monochromatopsie pour le vert. Trois de ces accès n'entraînent aucun inconvénient à leur suite. Pendant les deux autres, alors que la monochromatopsie rétrocède progressivement il se produit de l'achromatopsie. Nulle trace d'ailleurs d'érythropsie secondaire. M. ALTER tente l'explication du mécanisme de ces phénomènes par une théorie nouvelle d'une fonction bi-polaire attribuable au protoplasma des articles externes des cônes. La théorie de la fonction bi-polaire appartient à M. de KUNOWSKI; elle sera développée dans un autre travail; nous l'examinerons alors en même temps que l'application qu'en a faite M. Alter à la dualité du protoplasma en question. P. KERAVAL.

LX. **Du trouble de la marche de flanc chez les hémiplégiques**; par A. SCHÜLLER. (*Neurolog. Centralbl.* XXII, 1903.)

Pour marcher de flanc ou de côté en allant vers la droite, on commence par pencher le corps à gauche, on se balance sur la jambe gauche, on soulève la jambe droite que l'on porte plus loin vers la droite, puis on redresse le tronc, on place le pied droit sur le sol à une certaine distance de l'autre ; finalement on soulève la jambe gauche pour la placer auprès de la jambe droite. On a fait ainsi un pas à droite.

Chez l'hémiplégique la marche de flanc vers le côté paralysé ne se distingue pas essentiellement de la marche de flanc normale, tandis que la marche de côté vers le côté sain est défectueuse. Supposons un état spasmodique de l'extrémité droite, l'hémiplégique va normalement de côté vers la droite, tandis que pour aller vers la gauche il traîne le membre droit au moment où il doit le rapprocher du membre gauche. Cela tient à ce que la jambe spasmodique a subi un allongement dû à l'extension de toutes les articulations du membre inférieur (Mann). La jambe droite étant plus longue que la gauche, elle traîne sur le sol au moment où le patient doit l'attirer vers la jambe gauche; il n'en est pas ainsi quand il s'agit de rapprocher la jambe gauche de la jambe droite quand le malade marche de côté vers le côté droit paralysé. P. KERAVAL.

LXI. **Contribution à la psychophysiologie du négativisme**; par R. VOGT (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, XXV, N. F. XIV, 1903.)

Le négativisme ou délire d'opposition, est comme tous les autres symptômes catatoniques dû à l'exagération des impressions

corticales. Il est surtout dû à ce que les phénomènes de nutrition intracorticale qui correspondent à l'exécution d'un mouvement subsistent chez ces malades après l'exécution de ce mouvement et empêchent que les phénomènes de nutrition corticale propres au mouvement suivant ne se substituent à temps aux premiers.

Mais pourquoi cette persévérance du mécanisme psychomoteur d'un mouvement donné produit-elle un mouvement antagoniste ? Cela tient à ce que tout mouvement d'un groupe quelconque de muscles s'accompagne normalement de l'innervation des muscles antagonistes. Quand je fléchis l'avant bras sur le bras, mon biceps se tend aussi bien que mon triceps ; si j'accentue ce mouvement de flexion, la contraction du biceps augmente tandis que celle du triceps décroît, ce qui n'empêche que pendant tout ce temps ne subsiste une certaine tension du triceps; s'il n'en était pas ainsi je ne pourrais interrompre brusquement ce mouvement, ni le régulariser avec précision. Désignons la contraction du biceps par a, celle du triceps par b ; le processus psychomoteur du centre du biceps par a^1, celui du centre du triceps par b^1. Quand je dis au catatonique de continuer à fléchir l'avant-bras, il faut que la contraction du biceps augmente $(a + x)$, et que celle du triceps diminue $(b - y)$; il doit alors se produire dans le centre cortical du biceps $a^1 + x$, et dans le centre cortical du triceps $b^1 - y$. Or l'écorce étant déjà occupée par d'autres phénomènes corticaux qui ne sont pas encore effacés, le catatonique n'obtiendra pas d'emblée ni $a^1 + x$, ni $b^1 - y$; aussi le mouvement n'a-t-il pas lieu instantanément. Puis quand a lieu finalement une autre flexion de l'avant-bras, quand en somme la tension du triceps diminue $(b^1 - y)$, la forte tension du triceps demeure néanmoins aux aguets, de sorte que, pour un rien, elle reparaît et qu'alors c'est b qui revient et qui s'oppose à la flexion de l'avant-bras commencée ou en train.

Le catatonique ayant souvent éprouvé la difficulté mécanique qu'il ressent à obtempérer aux ordres reçus, à cause de l'intervention contre sa volonté de ses antagonistes, il se dit qu'il est inutile d'essayer, qu'il ne réussisra pas et il en est inquiet, anxieux. De là le cachet souvent psychique du négativisme. Le malade a l'air récalcitrant et de mauvaise humeur. Il peut être assiégé de toutes sortes de pensées sur le motif, le sens, le but, de cette sujétion motrice ; il s'y peut ajouter des idées délirantes, des hallucinations sensorielles qu'on prend pour la cause et qui ne sont que l'effet.

Est-ce que nos idées psychomotrices ne sont pas à nous-mêmes arrêtées régulièrement et au besoin contrôlées par des idées antagonistes ? En ce cas, il faudrait se représenter le négativisme catatonique comme on se représente le mécanisme des instincts et des phénomènes de la volonté supérieure. P. KERAVAL.

LXII. **Contribution à la connaissance des lésions corticales circonscrites de la région motrice chez l'homme** ; par H. Lévi. (*Neurologisches Centralbl.* XXII, 1903.)

Un homme de vingt-huit ans reçoit dans le pariétal droit un coup de couteau à 1 centimètre de la suture sagittale, obliquement dirigé en dehors et en avant sur une étendue de 2 centimètres ; la plaie occupe le plan vertical des deux apophyses mastoïdes. La lame a pénétré dans le cerveau de 4 centimètres. Il en résulte des accidents immédiats et consécutifs qui permettent de constituer la localisation des lésions (figure d'orientation correspondante). M. Lévi procède à une étude critique des symptômes qui d'ailleurs s'améliorent. Comparant ce cas particulier avec les observations des auteurs et des expérimentateurs, il arrive aux conclusions suivantes.

Les lésions corticales du centre de la jambe et les lésions sous-corticales du centre du bras se traduisent par des troubles de la motilité, des troubles de la sensibilité, de l'ataxie, de l'atrophie musculaire.

1. Les *troubles de la motilité* sont : *a*, une paralysie complète du membre supérieur lorsque le foyer se limite à la couronne rayonnante ; *b*, une parésie de la jambe lorsqu'il se produit une destruction modérément étendue de son centre cortical ; *c*, des accidents irritatifs et des spasmes susceptibles de rétrocéder.

2. En fait de *troubles de la sensibilité*, on constate : *a*, avant tout des perturbations du sens musculaire et du sens stéréognostique ; *b*, le malade ne peut localiser les sensations tactiles et thermiques ; il localise moins difficilement les impressions douloureuses. Les troubles de la sensibilité sont en somme tout aussi graves quand il y a lésion sous-corticale immédiate de la couronne rayonnante que quand il s'agit d'une lésion directe de l'écorce.

3. L'*ataxie* tend moins à rétrograder que les autres symptômes. Il se produit en l'espèce, ce qui a lieu chez l'enfant qui apprend à marcher, à se saisir des objets, à parler. Il faut, avant que les mouvements voulus se fassent convenablement, que se déposent dans les parties du cerveau appelées à remplacer la substance nerveuse détruite de nouvelles images commémoratives des mouvements.

4. Il se produit dans la jambe parétique une *atrophie musculaire* précoce qui dépend du foyer cérébral. P. Keraval.

LXIII. **L'imprégnation des cylindraxes à l'argent** ; par M. Bielschowsky. (*Neurolog. Centralblatt*, XXI, 1902). — **L'imprégnation à l'argent des neurofibrilles** ; par le même. (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903).

M. Bielschowsky fait connaître deux procédés :

PREMIER PROCÉDÉ. — Fixer préalablement les pièces dans une solution de formol à 10 p. 100; effectuer des coupes sur le microtome à congélation. Ces coupes sont remises dans la solution de formol à 10 p. 100. On les immerge alors dans une solution de nitrate d'argent ammoniacale préparée par l'addition à un volume quelconque de liqueur ammoniacale officinale de gouttes d'une solution à 10 p. 100 d'$Ag\,AzO^3$ suffisantes pour obtenir un précipité blanchâtre que l'on fait disparaître par une nouvelle addition d'$Az\,H^3$: l'odeur doit rester ammonicale. Les coupes sont ensuite placées dans le formol à 10 p. 100; on ajoute de l'eau alcaline, de façon à obtenir au bout d'un certain temps une couleur jaunâtre. Des immersions successives dans le nitrate et le formol servent à nuancer la teinte jusqu'à ce que la substance grise ait un ton brun jaunâtre. On lave alternativement et définitivement à l'eau distillée. A ce moment, tous les cylindraxes sont brun foncé ou noir, les cellules jaunâtres ou brunes, le reste des tissus forme un fond jaunâtre diffus d'un beau contraste. Il faut alors fixer à l'or ou au platine. (*Voir le mémoire*).

Par ce procédé, les cellules nerveuses témoignent fréquemment d'une structure nettement fibrillaire surtout dans les dendrites; les cylindraxes de calibre quelconque sont homogènes.

DEUXIÈME PROCÉDÉ. — Les coupes ne sont pas directement imprégnées de la solution argentique ammoniacale. On plonge les coupes imbibées de nitrate d'argent dans des solutions ammoniacales faibles. (Technique très compliquée à lire dans l'original.)

Cette nouvelle méthode fait apparaître les *fibrilles intra-cellulaires*, les *cylindraxes* et les *réseaux de Golgi* (figures). Les fibrilles intra-cellulaires ressemblent énormément à celles qu'a montrées Bethe. On peut souvent suivre les fibrilles de la portion de cellule vectrice du noyau à travers le cône originel jusque dans l'axone; on constate cependant qu'il n'y en a qu'une petite partie qui participe à la formation de l'axone. La structure péricellulaire apparaît sous forme de réseaux plus ou moins épais entourant le protoplasme cellulaire et les dendrites; cette disposition est identique à celle des réseaux de Golgi. Ces réseaux en certains types de petites cellules font le tour de la périphérie du corps de la cellule et des dendrites à l'état de larges raies noires, dépourvues de détails plus fins de structure : sont-elles constituées par de la neurokératine, ou par de la névroglie? Sont-ce les expansions terminales péricellulaires directes d'axones venus de loin ? On ne sait. Le procédé rend visible les cylindraxes des fibres nerveuses myéliniques ou amyéliniques.

Outre ces éléments fondamentaux de l'écorce du cerveau et du cervelet, il n'est pas rare de voir, surtout dans l'écorce cérébelleuse, des *grillles* tout à fait semblables à celles qu'Apâthy a décrites chez les invertébrés.

En dépit de ces perfectionnements, la méthode a pour inconvénients de colorer simultanément le tissu conjonctif fibrillaire intra et péri-vasculaire ou méningé ; les fibrilles de névroglie surtout quand la pièce a été plongée trop tôt dans la solution fixatrice de formol ; la substance chromophile des cellules, notamment quand on fait agir trop peu de temps l'ammoniaque sur les fibrilles. — Elle l'emporte sur la méthode de Golgi. Au point de vue de l'histhologie fine, elle lui est inférieure pour l'étude anatomique des fibres des organes centraux. P. KERAVAL.

LXIV. **Que sont les corpuscules de Nissl?** par C. CHENZINSKI. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903).

L'examen de *coupes longitudinales* (antéropostérieures ou transversales) des cellules des cornes antérieures de la moelle du bœuf traité par la méthode de Nissl (bleu de méthylène, bleu de toluidine ou thiolnine) montre l'absence complète des corpuscules de Nissl. Le protoplasma tout entier est rempli de raies et non de granulations, de mottes, d'amas sans ordre de substance colorée. Partout des fibres formant une touffe autour du noyau; les unes vont d'un prolongement à l'autre du même côté en dessinant un arc sensiblement parallèle au bord de la cellule, dont la convexité regarde le noyau ; les autres vont d'un pôle à l'autre en entourant le noyau qu'elles regardent par leur concavité. Ces raies sont d'ailleurs ondulées et non planes (figures). Chez l'homme les raies ont généralement l'aspect de chaines ; disposées comme chez le bœuf, elles sont formées de courts bâtonnets ou fuseaux qui présentent des intervalles non colorés ; il en est de même pour la moelle du lapin.

Ces dessins n'ont rien de commun avec les fibrilles de Bethe ou d'Apâthy d'ailleurs obtenues par un traitement chimique bien plus compliqué. Ils se rapprocheraient plutôt du feutrage des cellules nerveuses de la rétine décrit par Dogiel. Les raies paraissent formées des conglomérats de granulations signalés par de Quervain dans les corpuscules de Nissl. Et les mêmes cellules de la moelle soumise à des coupes horizontales et transversales révèlent bien les granulations et mottes de Nissl.

Les granules de Nissl sont donc la coupe optique horizontale des raies longitudinales (transverses et obliques) qu'on pourrait désigner sous le nom de fibres et qui semblent être les intégrantes absolues de la cellule nerveuse. P. KERAVAL.

LXV. **Les formes pathologiques de la rougeur émotive** ; par HARTEMBERG. (*Revue de médecine.* Août 1902.)

Trois observations. Dans deux de ces cas, la rougeur émotive, devenue une obsession pour le sujet, avait engendré un état syn-

dromique de phobie, avec angoisse, découragement, dégoût de la vie et même tendance au suicide.

LXVI. **De l'élément psychique dans l'hémianesthésie hystérique** ; par BERNHEIM. (*Revue de médecine*. Août 1902.)

Dans un article paru antérieurement dans la Revue de médecine (mars 1901), l'auteur a essayé d'établir que l'anesthésie hystérique n'est pas une anesthésie vraie, qu'il y a en réalité sensation perçue, mais qu'elle est aussitôt inhibée par suggestion et entre dans le domaine de l'inconscient, c'est-à-dire qu'il y a eu en réalité une amnésie.

Il rapporte dans un nouvel article deux observations d'hémianestésie d'origine organique, mais présentant les caractères cliniques des anesthésies hystériques ou psychiques. Ce fait peut s'expliquer par l'hypothèse qu'un élément psychique est venu se greffer sur l'élément organique prémonitoire, le malade exagérant son anesthésie par autosuggestion ; l'examen ultérieur vint confirmer cette hypothèse. M. H.

LXX. **Du réflexe carpophalangien** ; par W. de BECHTEREW. (*Obzoréniè psichiatrii*, VII, 1902.) — **Du réflexe carpométacarpien**, par *le même*. (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903.)

Même article en russe et en allemand. Ce réflexe s'observe surtout dans les cas d'hémiparésie, d'hémiplégie, et en général dans les paralysies de l'extrémité supérieure d'origine centrale. Prend-on la main du côté malade dans la sienne, le dos en haut et les troisième et seconde phalanges digitales pendantes, et frappe-t-on avec le marteau sur le carpe et les parties adjacentes du métacarpe, particulièrement sur le côté externe, il se produit des mouvements de flexion de toutes les phalanges, sauf du pouce. Quand l'hyperexcitabilité réflexe est très exagérée, ce même mouvement de flexion des phalanges des doigts peut être provoqué par l'excitation mécanique d'autres parties de la main, entre autres, des tendons des fléchisseurs.

Ce réflexe carpométacarpien provient de la transmission de l'excitation des tendons qui couvrent le dos de la main au niveau du carpe et de la racine du métacarpe aux fléchisseurs des phalanges digitales, entre autres aux interosseux. L'arc réflexe correspondant occupe le niveau de la première racine thoracique et des racines cervicales inférieures. Son apparition indique donc une lésion du neurone moteur central au-dessus du renflement cervical. On le trouve surtout dans les hémiparésies et hémiplégies organiques d'origine basale, capsulaire ou corticale. La percussion de la région du carpe et de la partie limitrophe du métacarpe en fait un réflexe périostique et non cutané.

P. KERAVAL.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXXI. **Discussion de quelques nouveaux travaux sur la surdité verbale** ; par H. Liepmann. — **De la localisation des diverses formes de la surdité verbale** ; par E. Bischoff. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXIV. N. F. XII. 1901.)

Ce sont les travaux de Déjerine et Sérieux (*Revue de psychiatrie*, 1898), de Bischoff (*Archiv f. psychiatrie*, t. XXXII, 1899), de Veraguth et Kast (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk*, t. XVII et XVIII, 1900), de Thomas (*La parole*, 1900), qui font les frais de cette étude critique. M. Bischoff critique à son tour la critique de M. Liepmann : il pense que l'existence de la surdité verbale pure dans le cas de lésion bilatérale du lobe temporal n'est pas prouvée, qu'elle est simplement possible. P. Keraval.

XXXII. **Une observation de myélite apoplectique** ; par G. Flatau. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXIV. N. F. XII. 1901.)

Il s'agit d'un homme de trente-six ans qui, à la fin de 1899, se plaignait de douleurs dans les jambes avec affaiblissement du bras et de la jambe gauches. Il racontait qu'à l'âge de quatorze à seize ans, il s'était beaucoup servi d'eau-forte, qu'il avait été maigre et délicat jusqu'à seize ans. Parents âgés de soixante et onze et soixante-douze ans. Pas d'hérédité nerveuse ni d'antécédents morbides. Il est marié et père de deux enfants dont l'aîné est bien portant et le plus jeune a eu une fois une affection pulmonaire (?). Sa femme a avorté deux fois.

A l'âge de seize ans, il a été atteint d'un abcès dentaire au niveau de la canine gauche : il soufflait alors dans des tubes de laiton qui étaient placés dans l'eau-forte. Il semble avoir eu, à la suite, un empyème de l'antre d'Highmore. Vingt et un jours après l'incision, il était guéri. Deux mois plus tard, un beau matin, sentiment d'engourdissement de la jambe droite avec paralysie du bras et de la jambe gauches ; pendant quatorze jours cathétérisme et lavements nécessaires ; épreintes vésicales durant quatorze jours encore. La jambe gauche se rétablit complètement en cinq mois ; la main gauche s'est simplement améliorée.

On constate actuellement de l'atrophie avec raccourcissement et raideur de la jambe gauche : le réflexe patellaire y est très exagéré, il existe du clonus podalique. Signe de Babinsky à gauche, point à droite. L'avant-bras gauche est fort maigre ; la sensibilité

thermique est diminuée, de même qu'à la main de ce côté. Les rayons de Roentgen témoignent d'un amoindrissement du squelette en ces deux organes. L'atrophie musculaire est des plus nette à la face antérieure de l'avant-bras et surtout à l'éminence thénar, dans les espaces interosseux. Les fléchisseurs du pouce et de l'index, qui ne fonctionnent pas, ont totalemeut perdu leur excitabilité électrique : les autres muscles, qui ne sont qu'affaiblis, ne l'ont pas complètement perdue. Myosis à gauche ; réaction des pupilles à la lumière normale des deux côtés.

On a donc sous les yeux les traces d'une affection spinale aiguë. L'atrophie de la jambe gauche, sans accidents paralytiques, tient à ce que l'affection est survenue pendant la période de développement du sujet. L'atrophie avec paralysie musculaire et réaction dégénérative de l'extrémité supérieure gauche indique une lésion des cellules des cornes antérieures. Le myosis gauche permet de croire qu'elle est descendue jusqu'à la huitième racine cervicale ou à la première racine dorsale. La paralysie motrice à gauche accompagnée d'un émoussement de la sensibilité à droite, montre, tout faible que soit ce syndrome de Brown-Séquard, que l'affection a dû au début être plutôt diffuse, qu'elle a, la vessie et le rectum ayant été pris, intéressé plus de la moitié de la coupe transverse. Les phénomènes spasmodiques et le signe de Babinsky témoignent de la participation de la substance des cordons latéraux des pyramides, et, par conséquent de l'atteinte de la substance blanche.

BIBLIOTHÈQUE DE LA SALPÊTRIÈRE ÉTUDES EN MÉDECINE

En somme un foyer de la substance grise de la moelle cervicale, de la corne antérieure, a occupé l'étendue comprise entre le septième segment cervical et le premier segment dorsal, et il a aussi dès l'origine affecté toute la substance blanche du côté gauche.

Quelle en était la nature ?

Il s'est manifesté une paralysie spinale aiguë portant sur l'appareil moteur du côté gauche, déterminant des troubles de la sensibilité de la jambe droite ainsi qu'une paralysie vésicale et rectale. Tout s'est rapidement résolu ; il n'est resté qu'une paralysie dégénérative de la main gauche et des traces de troubles sensitifs. Cela ressemble à une hématomyélie. Les phénomènes d'apoplexie spinale ont partiellement rétrocédé dès les premiers temps de l'affection, dès que la compression due à l'extravasat a cessé, et comme d'ordinaire, nous ne retrouvons que les résidus. Mais nous ne retrouvons aucune des causes occasionnelles nécessaires à cette hémorrhagie. Impossible de penser à la poliomyélite : il n'y a pas eu de stade prodromique fébrile ; le processus s'est étendu au delà du domaine de la substance grise. La rapidité de la marche exclut une myélite aiguë ordinaire.

L'idée d'une myélite apoplectique se justifie par l'abcès dentaire

compliqué de suppuration de l'antre d'Highmore. Ce foyer a pu infecter la molle et déterminer l'inflammation apoplectique, que les bactéries aient agi directement ou par leurs toxines. A l'appui les observations de Mayer (*Arbeit, aus d. Neurolog. Institut cah.*, VII, 1900), et les expériences de Homen et Laitinen, de Widal et Bezançon: l'inoculation de streptocoques a été suivie de paralysies soudaines mortelles avec lésions de la moelle ressemblant à celles de la myélite aiguë. P. KERAVAL.

XXXIII. **Des affections mentales et nerveuses à la période secondaire de la syphilis**; par M. SCHAIKEWITSCH. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

Etude parallèle de 3 observations, caractérisées par : de l'excitation maniaque, de la confusion mentale avec stupeur et catatonie, une paralysie faciale périphérique. Les deux premières sont évidemment, dit l'auteur, des psychoses syphilitiques secondaires. Elles se distinguent cliniquement peu des psychoses toxiques et autotoxiques. En attendant, les renseignements commémoratifs, la coexistence simultanée de tels et tels signes, et surtout le succès du traitement spécifique constituent les éléments les plus importants du diagnostic des troubles syphilitiques de la sphère nerveuse et mentale. P. KÉRAVAL.

XXXIV. **De l'ataxie cérébelleuse aiguë**; par W.-M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901. — *Neurologisch. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Schnitzer dans ses questions de médecine neuropsychique (*Voprossy Nervno-psichitscheskoi Meditziny*, 1901), publie un cas d'ataxie cérébelleuse aiguë, qui rappelle les observations de l'auteur (*Obozrénié psichiatrii*, 1900), avec cette différence qu'il y a dans ce cas non alcoolisme chronique, mais tare héréditaire et syphilis. La cause occasionnelle fut, en l'espèce, une intoxication par du poisson. Le facteur immédiat fût-il l'empoisonnement de l'organisme par les produits de la fermentation putride, ou un épanchement de sang dans le cervelet sous l'influence des efforts de vomissements? On ne sait.

En tout cas le syndrome ataxie cérébelleuse aiguë se développe non seulement chez les alcooliques, mais en d'autres conditions. Il y a des raisons de penser que la cause anatomique est une lésion du cervelet, très probablement d'origine vasculaire. Par suite toutes les causes et circonstances qui contribuent à léser les vaisseaux du cervelet, à produire des hémorrhagies, des thromboses, des embolies, etc., de cet organe, peuvent engendrer le syndrome en question. P. KERAVAL.

XXXV. **Observation remarquable d'hémicranie**; par G. Flatau (*Centralblatt f. Nervenheilkunde*, XXV. N. F. XIII. 1902). — **Remarquable complication d'un accès de migraine**; par L. Hœflmayr (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903).

L'observation de M. Flatau concerne un homme de quarante-huit ans, ayant eu, il y a vingt et un ans, une encéphalite infectieuse. Tares héréditaires. A l'âge de seize ans, sous l'influence du surmenage, il a son premier accès de *migraine ophthalmique*; celui-ci se complique parfois de paresthésie de la face et du membre supérieur du côté opposé à la céphalalgie. Finalement il s'y ajoute de l'*aphasie*; impossibilité de trouver les sons qui correspondent aux mots, d'assembler les images écrites, de les composer. Durée : près de dix jours; disparition graduelle rapide. Il y a lieu de penser à une altération ancienne de certains centres dont dépendent les phénomènes de contracture vasculaire; peut-être s'agit-il d'altérations fugitives des vaisseaux.

Deux espèces de complications dans l'observation de M. Hœflmayr. Chez une femme de cinquante-sept ans, atteinte de *migraine ophthalmique*, un beau jour, l'*hémiscotome survit* à la disparition de l'hémicranie et de tout symptôme cérébral, pendant vingt-six jours; le champ visuel normal ne se rétablit que graduellement.

Pendant tout ce temps intégrité du sensorium; rien d'hystérique; aucune simulation. Il est à croire qu'il s'est agi d'une *toxine* qui a lésé les cellules des couches nucléaires du nerf optique et leur parenchyme; l'organisme se réparant, les substances de préservation naturelle du sang reprirent leur empire, et les cellules des noyaux du nerf se remirent à fonctionner normalement.

Chez la même malade, une autre fois, un violent accès de migraine s'accompagne d'*inconscience totale* qui dure plus de dix jours pendant lesquels la patiente vit d'une existence mécanique (conservation des impressions et des réflexes), dépourvue de tout phénomène d'association intra-cérébral; amnésie absolue consécutive. Cette combinaison d'un accès de migraine avec un *épuisement neurasthénique du cerveau* émanait d'énormes soucis, d'émotions, de surmenage. Cette fois l'agent nocif, trouvant un cerveau remarquablement préparé, a déterminé sur l'écorce entière un trouble fonctionnel excessif; nerfs sensoriels, sphère psychomotrice et sensorielle ont été affectés, et, quand l'accès de migraine proprement dit eut cessé, il persista encore des symptômes d'excitation cérébrale. P. Keraval.

XXXVI. **Les états d'obnubilation psychique des hystériques et leur paralogie** ; par A. Westphal (*Neurolog, Centralblatt.*, XXII. 1903).

A la lumière de quatre observations, l'auteur établit que

la paralogie constitue un symptôme qui n'est pas du tout unitaire puisqu'on le rencontre à un degré très marqué en des troubles psychiques de diverses espèces, tels que : l'hystérie et la démence précoce. On le note encore comme prélude du stade d'agitation de la folie circulaire et, alors, il est produit non pas par une idéogénèse diminuée, défectueuse ou inexacte, mais par une exagération de l'idéation.

Le mécanisme en est du reste différent. Dans les *états d'obnubilation crépusculaire des hystériques*, les malades se donnent évidemment la peine de réfléchir, ils ont l'air obtus, confus, à demi-conscients, se fatiguent à répondre à de longues questions, parlent lentement comme s'ils sortaient d'un rêve. Ce symptôme est la suite ou l'escorte de certaines pertubations mentales de l'état hystérique dont la nature est pour nous tout aussi énigmatique que l'hystérie même.

Il en est tout autrement chez le *catatonique*. Ici pas de trouble de la conscience, pas de somniation, pas d'état crépusculaire ; les réponses absurdes sont extraordinairement rapides, elles partent comme des balles de pistolets, souvent avant que la question ait été complètement formulée. La réponse à côté s'accompagne très fréquemment de verbigération, certaines idées sont doublées de fusées rhytmiques de nombres ou de mots qui n'ont souvent qu'un rapport très éloigné, ou n'ont pas de rapport du tout avec la question. Les réponses absurdes ne tiennent pas à la perte permanente des connaissances et perceptions, elles ne dérivent pas directement du processus d'*abétissement* ; le symptôme est la manifestation du délire d'opposition (*négativisme*) de la catatonie.

P. Keraval.

XXXVII. **De la valeur diagnostique des irrégularités des bords des pupilles dans les maladies nerveuses dites organiques** ; par J. Piltz (*Neurolog. Centralblatt*, XII, 1903).

Nous ne pouvons donner que les conclusions des observations cliniques et des recherches expérimentales de ce mémoire qu'accompagnent d'édifiantes figures.

I. Le bord des pupilles est susceptible de présenter les altérations pathologiques suivantes. Ce sont : *a*. des irrégularités temporaires ou variables produites par une mobilité inégale, variable, de certains segments de l'iris ; *b*. des changements de positions de la pupille entière ; *c*. des irrégularités constantes du bord pupillaire. — II. Toutes ces altérations constituent des phénomènes très fréquents dans la paralysie générale, le tabès dorsal, la syphilis cérébrospinale. — III. Elles se montrent aussi dans le cours d'autres maladies mentales et nerveuses ; on ne les observe qu'exceptionnellement chez l'individu sain. — IV. On peut occa-

sionnellement voir survenir dans la catatonie la mobilité passagère, ou variable, inégale de certains segments de l'iris. — V. Les irrégularités du bord pupillaire ont une grosse valeur diagnostique incontestable, parce que parfois elles précèdent l'apparition du signe d'Argyll Robertson et peuvent constituer pour ainsi dire le stade initial de ce signe. — VI. Les altérations de forme de la pupille que nous produisons expérimentalement étant très semblables en somme aux irrégularités pathologiques du bord de la pupille, il y a lieu de supposer que ces dernières sont simplement l'expression d'un processus pathologique d'excitation, de parésie ou de paralysie de certains segments de l'iris, produit par des lésions pathologiques de certains filets des nerfs ciliaires courts ou longs, ou de leurs noyaux. — VII. L'inégale mobilité de certains segments de l'iris dépend d'une parésie du filet correspondant des nerfs ciliaires : *parésie partielle de l'iris*. — VIII. Les changements de position de la pupille entière sont l'expression de la combinaison d'états d'excitation, de parésie ou de paralysie des différents filets des nerfs ciliaires courts ou longs. — IX. Les irrégularités constantes du bord des pupilles sont l'expression d'une paralysie définitive de certains segments de l'iris : *iridoplégie partielle*. Elles sont, selon toutes probabilités, produites par des lésions pathologiques des filets pupillaires correspondants ou de leurs noyaux (atrophie des cellules nerveuses correspondantes). — X. Chez un enfant nouveau-né, j'ai vu la pupille présenter les formes les plus différentes se transformant les unes dans les autres; ce changement continuel de forme de la pupille prouve que chez le nouveau-né il n'existe parfois pas encore de synergie dans la mobilité des divers segments de l'iris, que cette synergie ne se développe que plus tard. P. KERAVAL.

XXXVIII. **L'attaque convulsive de toux hystérique**; par ABADIE ET GRENIER DE CARDENAL (*Revue de médecine*, Novembre 1902.)

Observations de trois jeunes filles chez qui la crainte d'une affection pulmonaire détermina des crises nerveuses alternant avec des crises de toux. L'absence de lésions pulmonaires, les stigmates hystériques évidents, l'aura précédant l'apparition de la toux permettent d'affirmer qu'il s'agit là d'une toux de nature hystérique. On retrouve dans ces attaques de toux les trois périodes : préconvulsive, convulsive, post-convulsive de la grande attaque d'hystérie : la période préconvulsive comprenant des auras sensitives (boule abdominale, gonflement thoracique, constriction laryngée) ; la deuxième période comprenant une phase tonique avec immobilisation du thorax, tétanisations des muscles inspiratoires, efforts d'inspirations avec bruits laryngés, et une phase clonique : convulsions thoraciques et abdominales avec expirations

longues et convulsives et toux explosive ; la troisième période enfin correspondant à la période post-convulsive et se terminant d'ordinaire brusquement. Sans hypnose ni délire, les malades passent sans transitions de l'état convulsif à l'état normal. M. H.

XXXIX. **Sur un cas de paramioclonus multiplex. — Etat psychique spécial**; par BERTRAND. (*Revue de médecine*. Novembre 1902.)
M. H.

XL. **Hérédosyphylis cérébrale tardive**; par L. HAUDRIX. (*Policlinique* de Bruxelles. Novembre 1902.)

Un cas d'hérédosyphilis chez un enfant de dix ans. Des symptômes fébriles persistant avaient fait croire à une fièvre typhoïde et ce n'est qu'un examen ultérieur qui permit d'attribuer les troubles à une lésion syphilitique de la base du crâne.

XLI. **Observation de catatonie en relation avec la première menstruation**; par H. MUCHA, (*Neurolog. Centralbl.* XXI. 1902.)

Il s'agit d'une fillette de quinze ans. Plusieurs jours d'agitation motrice avec délire terrifiant sont suivis de stupeur avec attitudes et mouvements stéréotypés, mutacisme, refus de nourriture, tension des muscles du corps, accès spasmodiques catatoniques interrompus par la rigidité habituelle. Verbigération quand la malade parle. L'auteur croit devoir rattacher ces accidents à la première menstruation, la jeune personne ne paraissant avoir aucune tare héréditaire, et, tout en étant modérément douée, semblant jouir d'un état mental normal jusqu'alors. L'âge constitue une rareté pour l'explosion de la catatonie. P. KERAVAL.

XLII. **De la sensibilité de l'arcade zygomatique, comme signe d'affection organique des parties essentielles du cerveau et des méninges**; par W.-M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.)

Ce signe aurait de la valeur dans les lésions syphilitiques à forme de méningo-encéphalite et dans les affections d'origine vasculaire. Parfois même les processus pathologiques anciens des parties essentielles du cerveau se trahissent par une sensibilité marquée de l'arcade zygomatique, très nette dans les cas plus récents. L'auteur affirme avoir découvert un processus pathologique en foyer par ce procédé, alors que les autres symptômes étaient en faveur d'un désordre diffus ou même fonctionnel. Cette sensibilité se peut expliquer par le trait d'union que forme l'arcade entre deux régions craniennes : quand on la frappe, elle ébranle une portion assez notable de la base des enveloppes du crâne. P. KERAVAL.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. **Manie transitoire alcoolique**; par E.-N. Iwanow. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

Il s'agit d'un soldat de vingt-cinq ans ayant brusquement présenté les symptômes de la manie avec fureur, le 19 mars 1899 de 11 heures du soir à 3 heures du matin; il s'endort ensuite d'un profond sommeil et se réveille sans rien se rappeler de ce qui s'est passé. A la fin de septembre de la même année, il se réveille à 11 heures du soir brusquement en criant qu'on lui donne à manger des concombres, des melons d'eau, déchire sa chemise, houspille son matelas; on est obligé de l'attacher et de le maintenir au lit; il se calme rapidement et s'endort. Le lendemain il dit ne se souvenir de rien. On le croit épileptique.

Une observation de trois mois démontre qu'il n'a jamais d'attaques, qu'il ne présente aucune anomalie psychique. C'est un buveur d'ancienne date, porteur de parésie du facial droit, de tremblements de la langue, des lèvres et des doigts, d'une déviation en crochet de la langue à droite. Il a bien eu des accès de manie furieuse instantanés et passagers avec obnubilation de la conscience, mais sans hallucinations; ce n'était donc pas le délire hallucinatoire aigu des buveurs. Il ne s'est pas manifesté d'accidents convulsifs; ce n'était pas de l'épilepsie alcoolique. Il n'était pas ivre à ce moment; il ne l'avait été ni le jour des accès, ni la veille. Il n'est pas épileptique. D'où le diagnostic.

P. Keraval.

II. **Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie de Basedow**: par L. Kedzior et J. Zanietowski. (*Neurolog. Centralb.* XX. 1901.

Filehne, Dunlafe et Bienfait ont provoqué chez le lapin les symptômes du goitre exophthalmique en sectionnant les corps restiformes. Voici une observation qui, de concert avec celle de Mendel (1895), montre une atrophie très accusée du corps restiforme gauche dans la maladie de Basedow. Les coupes faites au microtome à congélation ou à la main ont été plongées dans une solution d'acétate d'urane et d'azotate de potasse, puis colorées au carmin ammoniacal (solution de Bloch modifiée par Kadyj). Nulle altération du cerveau, du cervelet, de la moelle, sauf des foyers d'hémorrhagie récents et anciens. Notons qu'il s'agit d'une fillette de

dix-huit ans, non réglée, malade depuis quatre ans. Par contre, les parties supérieures du bulbe témoignent à un faible grossissement de la coloration rouge des faisceaux pyramidaux et des olives qui contraste avec la couleur jaunâtre des deux corps restiformes : le corps restiforme gauche a même une teinte cireuse. Ce dernier forme un petit ovale d'une dimension près de deux fois inférieure à celle du corps restiforme droit. A un fort grossissement, le raphé, les noyaux olivaires, les fibres arciformes se dessinent nettement en rouge foncé sur fonds rouge clair; on voit très bien les fibres du corps restiforme droit, tandis que celles du corps restiforme gauche sont clairsemées, si rares que l'on croirait qu'il s'agit de coupes pratiquées à la hauteur du calamus scriptorius, où les corps restiformes convergent en arrière, se rapprochent, où les fibres diminuent fortement. Le faisceau latéral du cervelet du côté gauche et le noyau gauche de la dixième paire paraissent aussi plus petits que du côté droit. Les portions moyennes et inférieures du bulbe sont également asymétriques à gauche, mais sans différences marquées dans le trajet des fibres.

P. KERAVAL.

III. **Convulsions myocloniques dans la paralysie générale progressive**; par J.-S. HERMANN. (*Neurolog. Centralb.* XX. 1901).

Il s'agit d'une observation de convulsions myocloniques qui n'étaient associées ni avec des attaques congestives épileptiformes, ni avec des attaques congestives apoplectiformes. Le diagnostic de paralysie générale ressort et du tableau clinique, et des lésions macroscopiques. Les convulsions portèrent plus fréquemment sur des muscles isolés que sur des groupes de muscles : d'abord unilatérales, elles ne devinrent que tardivement bilatérales. Le facial demeura indemne. A de certains moments les extrémités furent animées de mouvements involontaires rappelant au plus haut point les mouvements choréiques. La volonté et les émotions agissaient sur les convulsions de la même manière que sur la chorée. Ce n'étaient cependant point des mouvements choréiques; en effet la chorée se manifeste par des mouvements irréguliers, inopportuns, portant sur divers groupes musculaires en commun et donnant aux actes un caractère physiologique, avec cette seule différence qu'ils sont involontaires, irrésistibles. Les muscles du visage prennent aussi part aux mouvements choréiques, en déterminant les contorsions de la physionomie. Chez ce malade, au contraire, les convulsions occupaient surtout des muscles isolés qui, par eux-mêmes, n'exercent pas de fonction physiologique déterminée, tels le sternocléïdomastoïdien, certaines parties des muscles de l'abdomen, des tendons à part. Les convulsions étaient rapides comme des éclairs, tandis que les mouvements

choréiques sont beaucoup plus lents. Ce n'étaient pas non plus des convulsions post-apoplectiques.

La soudaineté de ces convulsions, leur individualisation musculaire, les rapprochent du type de Kemmler, mais elles n'étaient pas rhythmiques et synchrones aux pulsations du pouls. Elles n'avaient rien de l'athétose, de la sclérose en plaques : rien non plus du tic généralisé, la face étant intacte.

Il existait une dégénérescence kystique du rein gauche. Etaient-ce des convulsions urémiques? Elles n'étaient pas épileptiformes, ne s'accompagnaient pas de perte de connaissance, n'étaient pas suivies de coma; enfin, elles ont duré environ six semaines sans qu'il y ait eu la moindre perte de connaissance. On n'a observé ni vomissements, ni modifications du pouls et de la respiration. La longue persistance des convulsions d'un côté exclusivement, leur extension en rapport avec la localisation des centres des membres dans l'écorce, l'absence de convulsions faciales, plaident contre un trouble moteur toxique. On n'a pas examiné l'urine par la simple raison que le malade n'a jamais eu d'œdème ni aucun phénomène morbide pouvant faire supposer une affection des reins.

Est-ce de la myoclonie? Cela y ressemble. L'atteinte de muscles séparés, de certaines parties de muscles à part, de certains tendons isolément est en sa faveur. On voyait des contractions se produire sur le sternocléidomastoïdien, le droit de l'abdomen, tels adducteurs, tels tendons de tels doigts et de tels orteils. C'étaient des convulsions rapides, soudaines; même quand le malade était au repos, les faibles convulsions, qui survenaient alors, étaient, de temps à autre, interrompues par des mouvements brusques en éclair. Parfois on observait toute une série de secousses successives d'un muscle déterminé. Les convulsions faibles ne produisaient pas d'effet moteur; seules les convulsions fortes, s'étendant simultanément à beaucoup de muscles ou à des groupes musculaires entiers, faisaient mouvoir l'extrémité correspondante ou les membres; les mouvements étaient en ce cas uniformes, liés, c'est-à-dire que le même mouvement était exécuté plusieurs fois de suite. Cette particularité nous ramène au tic généralisé, et nous éloigne des convulsions choréiques. Les muscles de la face étant épargnés, l'affection côtoie la myoclonie de Friedreich. Ce sujet a aussi présenté des contractions spasmodiques en des muscles homonymes, mais ni synchrones, ni symétriques s'il arrivait que des convulsions bilatérales portassent sur des muscles homonymes, il y avait entre elles un certain retard. Des convulsions croisées et autres combinaisons ont été observées également. La volonté n'interrompait pas les phénomènes convulsifs, alors que les émotions les exagéraient. Ce qui est propre à la myoclonie, ce sont : les contractions en éclair, les convulsions de muscles isolés, de portions isolées de muscles, de tendons isolés, l'absence de symétrie et de

simultanéité des contractions. L'absence des réflexes patellaires tient à ce que la myoclonie est greffée sur la paralysie générale, qui s'accompagne très souvent de disparition de ces réflexes. Silvestrini a du reste décrit un cas de myoclonie pure où les réflexes patellaires faisaient défaut.

Les convulsions myocloniques ont été signalées en qualité d'épiphénomènes dans l'hystérie et la neurasthénie (Strümpell, Moebius, Lemoine, Unverricht), dans l'épilepsie (Unverritch, Homén, Seppilli, Krewer). Myoclonie, chorée, athétose peuvent donc compliquer d'autres maladies.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Friedreich et Unverricht imputent le paramyoclonus aux cellules nerveuses des cornes antérieures de la moelle. Unverritch attribue l'hémimyoclonus au cerveau. Minkowski, Grawitz, Krewer font de la myoclonie une affection cérébrale. Lorsqu'elle se produit dans l'épilepsie, elle est l'indice de la pénétration en profondeur du processus pathologique, de l'atteinte des grandes cellules nerveuses.

Chez ce malade la myoclonie fut très probablement d'origine cérébrale. En effet, d'abord unilatérales, les convulsions n'ont envahi l'autre côté que longtemps après; elles se sont effectuées graduellement d'abord sur le membre inférieur droit, puis, sur le membre supérieur droit, enfin, dans le même ordre, plus tard, à gauche, n'ayant atteint les autres muscles volontaires que bien longtemps après et à un moindre degré : cette marche correspond à la localisation des centres moteurs de l'écorce. Or, on a trouvé des kystes sous-arachnoïdiens dans la zone motrice corticale. Bechterew a déjà noté que les attaques congestives épileptiformes des paralytiques généraux coïncident fréquemment avec la présence de kystes sous arachnoïdiens sur les ascendantes.

P. Keraval.

IV. **Note sur la rétraction de l'aponévrose polinaire chez les aliénés** ; par Fexé et Francillon. (*Revue de médecine*. Juin 1902.)

La rétraction de l'aponévrose polinaire, déjà signalée dans quelques cas, a été étudiée sur 226 malades d'un service d'aliénés. Il en a été observé 14 cas, ce qui donne une proportion de 6,19 pour 100. Observée d'après les divers cas d'aliénation, c'est chez les paralytiques généraux que cette anomalie s'est présentée le moins souvent. Les délirants persécutés ont donné une proportion plus forte ; 14 p. 100 ; les épileptiques et les déments séniles ont donné également une proportion assez forte, environ 10 p. 100; les imbéciles, 4 et demi p. 100.

Il a été difficile d'établir un rapport entre la maladie mentale et le début de la rétraction de l'aponévrose. Toutefois la proportion est moins forte chez les paralytiques que chez les autres aliénés, et

cette considération que la rétraction aponévrotique se montre chez eux avant l'apparition des troubles trophiques qui leur sont propices peut amener à penser que cette anomalie n'est chez tous ces malades qu'une manifestation commune d'une tare congénitale.

M. H.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

III. **Traitement par le trional, et addition au même mémoire** : par Wolff. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIV., N. F. XII, 1901.)

Dans un premier travail l'auteur annonce un résultat étonnant du trional dans la confusion mentale aiguë primitive ou délire général hallucinatoire. Il administre le premier soir 2 grammes du médicament, le lendemain, matin et soir, encore 2 grammes, puis chaque matin et chaque soir de chaque jour 1 gramme au moins, de façon à rendre le malade somnolent ; on ne le tire de cette somnolence que pour manger et faire ses besoins. Si des hallucinations et de l'agitation surviennent, on élève de nouveau la dose à 2 grammes. Durée du traitement : douze jours environ. Le réveil a lieu graduellement en un ou deux jours. Calme, lucidité, souvenir de l'état morbide antérieur.

Dans l'appendice, l'auteur communique que la femme qui faisait l'objet de l'observation III est retombée malade : il est vrai qu'elle était albuminurique. Deux nouveaux cas traités par le même procédé comprennent une psychose à rechutes, simplement calmée, et une manie suivie de catatonie guérie. P. Keraval.

IV. **La photothérapie à Paris, Hambourg et Berlin**; par L.-M. Poussepe. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

1. C'est surtout à l'étranger que c'est propagé le traitement par la lumière et la chaleur conjointement. — 2. Ce traitement doit être nommé photothermothérapie, pour le distinguer de la photothérapie. — 3. La photothermothérapie est appliquée avec succès à un nombre énorme d'affections constitutionnelles, de troubles de la nutrition, de maladies nerveuses. — 4. La photothérapie est à l'étranger appliquée exclusivement par le professeur Finsen, en Danemark : sa méthode s'est comparativement peu répandue dans les autres pays. — 5. Les hôpitaux russes de photothérapie le cèdent aux hôpitaux étrangers en dimensions et en confort, mais ils surpassent ces derniers au point de vue de l'élaboration scrupuleuse des éléments scientifiques de la question.

P. Kekaval.

V. **Les principes de l'action thérapeutique de l'électricité statique (franklinisation)**; par S.-M. Schatzky. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901.)

1. L'accumulation d'électricité à la surface de l'organisme n'exerce aucune influence sur sa vitalité physiologique ou pathologique. — 2. La tension électrostatique des masses électriques qui s'accumulent à la surface de l'organisme n'agit pas non plus sur les fonctions de la peau. — 3. Toutes les méthodes de franklinisation, pratiquées en thérapeutique déterminent le passage des masses électriques au sein de l'organisme, parce que celui-ci est le meilleur conducteur, le plus court chemin par lequel elles arrivent aux points où elles se neutralisent. — 4. Le passage des masses électriques à travers les tissus et liquides de l'organisme s'accompagne fatalement de phénomènes électrolytiques et du développement de chaleur. — 5. Ces deux facteurs tiennent sous leur dépendance l'augmentation et l'accélération des échanges de la nutrition générale, et de ceux de la nutrition locale quand on se sert de l'étincelle et du souffle électriques. Telle est la base de tous les effets thérapeutiques de la franklinisation. P. Keraval.

VI. **Le traitement à l'acide cacodylique**; par H. Smidt. (*Neurolog. Centralblatt*, XXI, 1902.)

Revue des travaux correspondants. L'auteur adopte le jugemens que lui a transmis par lettre de Vincenti de Milan. « L'emploi hypodermique de ce médicament s'est propagé chez nous, parce que c'est un procédé commode, aisé à employer, inoffensif, à la condition qu'on prenne toutes les précautions aseptiques voulues, dans les cas d'*asthénie physique et psychique*. C'est en somme un traitement *neurotonique*. Il trouve son indication clinique en tant qu'adjuvant d'autres médications toniques et reconstituantes, pourvu, bien entendu, qu'on n'en attende pas des miracles. L'injection hypodermique a l'avantage de ne pas molester l'estomac ni l'intestin. Mais ce n'est pas un spécifique de quelque affection mentale : il faut pour que la substance agisse que la psychopathie soit greffée sur un fonds d'asthénie ou d'anémie. » P. Keraval.

VII. **Cas d'infantilisme pancréatique ; résultats du traitement**, par Byrom Bramwell (*The Scottish Medical and Surgical Journal*, vol. XIV, n° 4, avril 1904, p. 321).

A la réunion de la Société médico-chirurgicale, il y a deux ans (1902), je présentai un malade qui souffrait de ce que je croyais être jusqu'ici une maladie non décrite, que j'ai dénommée infantilisme pancréatique. A la réunion de mars de la Société, en 1904,

je présentai de nouveau le même malade. Un changement remarquable dans son état est résulté de l'administration d'extrait pancréatique.

Etat avant le traitement (27 décembre 1901). — Lorsqu'il fut présenté pour la première fois à la Société en février 1902, le malade était âgé de dix-huit ans et neuf mois, mais il ne semblait pas avoir plus de onze ans ; son développement corporel avait été évidemment arrêté à l'âge de onze ans ; il avait des formes parfaites et ne présentait aucun des changements physiques suggestifs de crétinisme sporadique ; au point de vue mental il était brillant et intelligent. Avant que le traitement pancréatique fût commencé, le 27 décembre, sa taille était de 4 pieds 4 1/8 pouces, et son poids 4 « stones » 7 1/2 livres. Pendant neuf ans avant qu'il n'attirât l'attention, il avait souffert de diarrhée chronique ; le nombre moyen des selles avant le traitement était de cinq ou six dans les vingt-quatre heures. L'abdomen était gonflé et tympanique. L'urine ne contenait pas de sucre. La *sécrétion pancréatique* fut montrée défectueuse ou complètement absente par trois méthodes distinctes de recherches, à savoir :

1° Les selles contenaient une quantité considérable de graisse non digérée ; cette graisse non digérée devint beaucoup moindre après l'administration d'extrait pancréatique.

2° Quand le malade était au régime lacté, le taux de l'acide phosphorique dans l'urine était considérablement au-dessous de la normale ; après l'administration d'extrait pancréatique, le taux de l'acide phosphorique fut accru d'une façon marquée.

Le médecin de ma maison, le Dr David Young, conduisit cette partie de l'enquête. Il dit que lorsqu'un malade est au régime lacté, le caséinogène est la source du phosphore de l'urine. Ce caséinogène est transformé dans l'estomac en paranucléine et une substance protéique. La paranucléine, qui contient 4 p. 100 de phosphore, est insoluble ; mais quand la paranucléine vient au contact du suc pancréatique, elle est décomposée en acide paranucléique et une albumose, qui est soluble. C'est là la source du phosphore (acide phosphorique) dans l'urine. Le Dr Young trouva que le total de l'acide phosphorique dans l'urine dans le cas présent lorsque le malade était au régime lacté, était extrêmement petit ; mais que pendant l'administration de l'extrait pancréatique il subissait un accroissement rapide et très marqué.

3° Par l'épreuve du professeur Sahli. Cette épreuve consiste en l'administration de capsules (inventées par le professeur Saldi de Berne), capsules contenant de l'iodoforme entouré d'une substance glutoïde, laquelle est insoluble dans la sécrétion gastrique et intestinale, mais est soluble dans la sécrétion pancréatique. Si la sécrétion pancréatique est active, la paroi glutoïde de la capsule est dissoute et l'iodoforme est mis en liberté ; l'iode, sous forme

d'iodites et d'iodates peut alors être mis en évidence dans la salive en faisant l'épreuve du chloroforme et de l'acide nitrique ; l'acide nitrique met en liberté l'iode, qui donne au chloroforme une couleur rose. Cette épreuve est une belle manière de démontrer : premièrement, la longueur du temps pendant lequel les aliments (c'est-à-dire la capsule) restent dans l'estomac, et, secondement, si la sécrétion pancréatique est active ou non. Si on n'obtient aucune réaction iodée dans la salive après l'administration de la capsule, on peut conclure, ou que la capsule n'a pas quitté l'estomac, ou que la sécrétion pancréatique est ajournée.

Dans le cas présent, après l'administration d'une capsule d'épreuve, l'iode ne put être découvert dans la salive. Que la capsule eût quitté l'estomac, cela fut cependant prouvé par ce fait qu'elle fut retrouvée non digérée dans les selles. L'expérience fut répétée plus d'une fois, et l'activité des capsules fut éprouvée par une expérience de contrôle. Ces capsules furent données à deux malades qui n'avaient aucune maladie gastrique ou intestinale ; dans les deux cas, on trouva l'iode dans la salive une heure et demie après qu'elles avaient été ingérées. Quand, cependant, on donna une capsule d'épreuve seule sans aliments, et une dose (deux drachmes) d'extrait pancréatique deux heures après, on trouva que la salive contenait de l'iode une heure après que l'extrait pancréatique avait été administré.

Ces trois méthodes d'investigation montraient que la sécrétion pancréatique était insuffisante ou entièrement absente. Il semblait probable, par conséquent, que le métabolisme défectueux de la partie supérieure du tractus gastro-intestinal, la diarrhée, et l'arrêt de développement (l'infantilisme) fussent dus à une sécrétion pancréatique défectueuse ou suspendue. Les résultats du traitement, — l'administration d'un extrait glycériné de pancréas, — ont confirmé cette vue.

Etat après le traitement (mars 1904). Le traitement pancréatique fut commencé le 27 décembre 1901, et a été continué plus ou moins régulièrement depuis cette date. Le résultat a été une amélioration remarquable à la fois en ce qui concerne la diarrhée et la croissance et le développement corporels. 1) Avant le traitement, il y avait en moyenne cinq ou six évacuations diarrhéiques par jour ; actuellement, il y a en moyenne deux évacuations par jour, dont l'une est moulée. 2) Avant le traitement, le malade dit qu'il n'avait pas grandi du tout pendant huit ans ; pendant les deux ans qui se sont écoulés depuis que le traitement a été commencé, il a grandi de 5 $\frac{3}{8}$ pouces, et il a augmenté en poids de 1 « stone » 8 livres. 3) Le développement sexuel qui, lorsque le malade attira l'attention, était tout à fait infantile, progresse maintenant d'une manière normale ; il y a eu une croissance de poils du pubis, et

TABLEAU

indiquant l'âge, la taille, le poids, etc., dans le cas d'infantilisme pancréatique décrit dans le texte, à différentes dates, avant et après le traitement.

DATE	AGE	TAILLE	AUGMENTATION de taille.	POIDS	AUGMENTATION de poids.	DÉVELOPPEMENT sexuel.	NOMBRE de selles par jour.
27 décem. 1901*.	18 1/8	4 pieds 4 1/8 pouces	»	4 stones 7 1/2 livres.	—	infantile.	4, 5 ou 6
2 février 1902.	18 9/12	4 — 4 —	1/4 pouce.	5 — 1/2 —	7 livres.	—	2 ou 3
22 octobre 1902.	19 5/12	4 — 6 —	1 7/8 —	5 — 2 —	8 1/2 —	—	3, 4 ou 5**
20 mai 1903.	20	4 — 8 1/2 pouces	4 3/8 —	5 — 7 —	13 1/2 —	commençant	2 (1 moulée)
2 mars 1904.	20 10/12	4 — 9 1/2 —	5 3/8 —	6 — 1 1/2 —	22 —	considérablement développé.	2 (1 moulée)

* Traitement commencé à cette date.

** Pendant les deux derniers mois il a négligé de prendre l'extrait pancréatique.

le pénis et les testicules se sont développés. 4) Le malade a l'air beaucoup plus vieux, et sa voix, qui était d'une tonalité élevée et aussi enfantine, est devenue rude et d'une tonalité basse.

On voit l'état du malade avant et après le traitement, sur les figures 1 et 2 de la planche XI, qui sont photographiées exactement sur la même échelle.

Remarques. — Je suis d'avis que ce cas est un type distinct d'infantilisme dû à la sécrétion pancréatique défectueuse ou abolie. Cette opinion est, je crois, prouvée par les observations faites sur la sécrétion pancréatique avant que le traitement ne soit commencé, et par l'amélioration extraordinaire qui a résulté de l'administration d'un extrait glycériné de pancréas. Je crois que cet état est une entité clinique distincte, — une nouvelle maladie qui n'a pas été jusqu'ici reconnue ; et, ce qui est même de plus d'importance, les résultats du traitement semblent montrer la manière par laquelle la maladie devrait être traitée et par laquelle elle peut être guérie. Comme je l'ai déjà dit, cet état est tout à fait distinct du crétinisme sporadique, avec lequel beaucoup de ces cas ont été sans aucun doute confondus. Le malade ne présentait aucun des caractères physiques ou mentaux du crétinisme sporadique — la forme infantile du myxœdème. Des radiographies furent prises lorsque le malade attira pour la première fois l'attention ; elles montrèrent que les lignes épiphysaires — qui devraient le souder entre la seizième et la dix-huitième année (Gray) — étaient alors, à l'âge de dix-huit ans neuf mois, non soudées, par conséquent que les os étaient capables de s'accroître encore. Le tableau suivant montre les résultats du traitement :

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance solennelle du 30 *mai.* — Présidence de M. Brunet.

Rapport de la Commission du Prix Esquirol.

M. Vigouroux donne lecture du rapport de la commission du Prix Esquirol.

Quatre mémoires ont été présentés :

1° Contribution à l'étude de l'évolution clinique et anatomo-pathologique des traumatismes du crâne guéris chirurgicalement.

2° Des rapports du paludisme et de l'aliénation mentale.

3° Contribution à l'étude des névroses et des délires paroxystiques.

4° Les incendiaires.

Le prix est décerné à M. Gimbol, auteur du mémoire n° 4 ; une mention honorable est accordée à M. Cornu, auteur du mémoire n° 3.

M. le secrétaire général prononce l'éloge de M. Lunier, ancien inspecteur général du service des aliénés et ancien président de la Société médico-psychologique. U. B.

Séance du 27 juin. — Présidence de M. Bonnet.

Suicide et paralysie générale; par MM. Marie et Viollet.

On peut dire que : le suicide rare chez les paralytiques généraux confirmés, peut cependant s'observer à la phase initiale de la maladie dans les formes dites des hôpitaux ou sans délire de Requin. Il peut, en effet, procéder tantôt d'un état dépressif délirant associé, tantôt d'une dépression légitime due à la compréhension de la gravité du mal chez les plus cultivés. A l'Asile on peut encore observer des réactions suicides à une période plus avancée, mais elles perdent de plus en plus de leur gravité en tant qu'effet.

On peut cependant observer exceptionnellement le suicide par conceptions mélancoliques ou de persécutions associées à la dernière et surtout le pseudo-suicide à une période avancée de la maladie : le malade se tuant sans le vouloir, par mégalomanie ou démence ; c'est à ce pseudo-suicide qu'appartient la mort du paralytique général sautant par la fenêtre avec la conviction qu'il vole, ou se noyant persuadé qu'il surnagera ; ce dernier cas a été observé à la colonie familiale de Gheel, où sont placés de nombreux paralytiques, mais où les autres formes de suicide n'ont pas été observées chez ces malades.

BIBLIOGRAPHIE.

La Neurasthénie (La Neurasthenia), par Luigi Cappeletti (de Ferrare), avec préface du Prof. Bonfigli. *Manuali Hoepli.* Milan, 1904.

Un petit format commode, une division très claire, un texte précis et d'une lecture agréable, suivi de mille cent trente et un indications bibliographiques, voici de quoi justifier le succès de cet élégant petit livre.

Tous les facteurs étiologiques de la neurasthénie sont passés en

revue à l'aide de nombreux matériaux et statistiques : civilisation, race, profession, hérédité, traumatismes, intoxications, etc. — Quant à la symptomatologie, elle est soigneusement décrite, appareil par appareil (troubles sensoriels, sensitifs, moteurs, circulatoires, respiratoires, digestifs, génito-urinaires, trophiques, sécrétoires, sématologiques, intellectuels). — Après avoir rappelé les stigmates, les asociations morbides, l'évolution, le pronostic et le diagnostic de cette affection, l'auteur étudie les diverses théories pathogéniques qui ont été proposées et les médications qui en découlent (hygiène prophylactique et thérapeutique ; cure physique, chirurgicale et pharmaceutique).

Toutes les théories pathogéniques sont rappelées par Cappeletti : théories de l'entéroptose (Franz Glénard), — de l'auto-intoxication (Bouchard), — de la neurasthénie envisagée comme maladie des échanges (Axenfeld et Huchard), — théorie de l'épuisement de la cellule nerveuse (Beard), théorie anatomique et vaso-motrice de Kaan (neurasthénie héréditaire, neurasthénie acquise par surmenage ou par insuffisance des matériaux nutritifs), — théorie mécanique de Maurice de Fleury (neurasthéniques à hypo ou à hyper-tension). D'autres auteurs ont encore voulu expliquer la neurasthénie par une action réflexe d'origine gastro-intestinale (Leven), — par les troubles vaso-moteurs (G. Dumas), — par un trouble intime dans la nutrition des éléments nerveux (Erb), etc. En ce qui le concerne, l'auteur pense que, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est dans un trouble primordial des éléments cellulaires nerveux qu'il faut chercher l'origine de la maladie.

Il insiste sur le régime psychique et somatique, sexuel, diététique, etc., qui convient à tous les neurasthéniques ; les différents moyens physicothérapiques (hydrothérapie sous toutes ses formes, électricité, bimérithérapie, etc.) sont étudiés avec précision, ainsi que les différents agents médicamenteux. — On voit donc que le petit manuel justifie amplement l'éloge du préfacier Bonfigli, promettant qu'il sera utile — et à celui qui sait, en tant que compendium excellent de toutes les connaissances sur la matière, — et à celui qui ne sait pas, en tant que guide facile et clair pour l'étude de la maladie la plus répandue de toutes les affections du système nerveux.

Pierre Roy.

VARIA.

Les aliénés en liberté.

Suicide d'un vieillard. — M. Charles Duvry, âgé de soixante-douze ans, cultivateur, en proie à des *troubles cérébraux*, s'est jeté dans la mare située dans sa cour. (*Semeur de l'Oise*, 27 mai.)

Suicide. — Hier matin, vers onze heures, M. le commissaire du deuxième arrondissement était prévenu qu'un suicide venait de se produire, rue de la Préfecture, 105. Ce magistrat se rendit au lieu indiqué et constata que M. X..., âgé de soixante-sept ans, s'était pendu. L'enquête a établi que cet homme, *malade depuis très longtemps*, ne jouissait plus depuis plusieurs mois de ses facultés et avait manifesté à plusieurs reprises l'intention de se donner la mort. (*Progrès de Lyon*, 31 juillet 1904).

Suicide d'un officier. — Le capitaine trésorier Creusat, du 40e régiment d'artillerie, s'est suicidé d'un coup de revolver à la tempe droite. Il survécut deux heures à ses horribles blessures. Il était, *depuis quelques temps*, atteint *du délire de la persécution*. Cet officier jouissait de l'estime générale dans son régiment. (*L'Aurore*, 7 septembre 1904.)

Un fou à la tête dure. — Un cercle de badauds se formait hier, vers midi, boulevard Richard-Lenoir, devant la porte d'un petit chalet de nécessité, écoutant un homme qui s'exprimait ainsi :

— Mesdames et messieurs, j'ai la tête très dure. Mon assertion ne suffit certainement pas à vous convaincre, et la toucher ne vous convaincrait pas davantage. Je ne vais pas casser des pierres avec ma tête, tout le monde fait cela aujourd'hui. J'ai un truc : je vais passer à travers la porte du châlet.

Un mouvement de curiosité se produisit parmi les curieux. Après avoir déposé deux sous devant la tenancière, notre homme s'enferma. Quelques secondes plus tard, un craquement se fit entendre et, ainsi qu'il l'avait annoncé, l'homme à la « tête dure » sortit par la brèche qu'il venait de faire dans le flanc du châlet. La préposée ne trouva pas, comme bien on pense, cette expérience de son goût, et elle appela les agents. Ceux-ci conduisirent l'homme au poste de police du quartier Saint-Ambroise. Il fit remarquer que son crâne était intact après le choc qu'il venait de supporter. — Je suis tombé une fois du premier étage sur la tête, ajouta-t-il, et je n'ai absolument rien ressenti. D'ailleurs, tenez... et, avant qu'on ait pu prévoir son geste, notre homme avait « traversé » la porte en bois qui donne dans le couloir conduisant au commissariat. — C'est pas plus malin que ça, déclarat-il en se frottant l'occiput.

M. Bottolier-Lasquin, commissaire de police a envoyé le monsieur à « la tête dure », François Duchemin, trente-deux ans, camelot, demeurant passage Raoul, à l'infirmerie spéciale pour le faire examiner au point de vue mentale. (*Le Journal*.)

Un fou mystique. — Depuis quelque temps, M. Emile Bonafoy, vingt-quatre ans, chaudronnier, 18, rue des Panoyaux, présentait quelques signes d'aliénation mentale, prétendant à qui voulait l'entendre, qu'il était amoureux fou d'une femme idéale qui était

venue le visiter en rêve. Naturellement les voisins du malheureux aliéné se gardaient bien de le contredire, et, ce genre de folie ne paraissant nullement dangereux, ils y attachaient peu d'importance.

Hier matin, vers dix heures, la concierge de l'immeuble où habitait le jeune homme, étonnée de ne pas l'avoir vue descendre à l'heure accoutumée, fit enfoncer la porte de la chambre occupée par Emile Bonafoy et recula d'horreur devant le spectacle qui se présentait à ses yeux. Complètement nu, le ventre ouvert et perdant ses entrailles, le malheureux fou gisait râlant sur son lit ensanglanté.

Immédiatement prévenu, M. Tirache, commissaire de police du Père-Lachaise, se rendit rue des Panoyaux où on lui remit une lettre laissée par le désespéré dans laquelle ce dernier déclarait au magistrat qu'il avait été contraint de s'ouvrir le ventre pour obéir aux injonctions de sa mystique maîtresse. Emile Bonafoy qui respirait encore, a été conduit en toute hâte à l'hôpital Tenon où il fut admis d'urgence dans un état désespéré. (*Le Journal*).

Evadé d'un hospice. — Un concierge assommé. — La compassion est évidemment un sentiment très digne, mais encore faut-il que le sujet qui en bénéficie soit véritablement intéressant, sans quoi l'on risque fort, tout en voulant faire du bien, d'aider à la perpétration de quelque forfait, ainsi que le prouvent, d'ailleurs, dit le *Journal*, les faits que nous allons raconter.

Il y a environ un an, M. Pierre Prat, âgé de quarante-cinq ans, ouvrier passementier, habitant rue des Amandiers, à la suite de scènes violentes auxquelles il se livrait vis-à-vis des siens, sous l'empire de crises alcooliques, était interné à l'hospice de Villejuif, sur la demande de sa femme.

Au mois de février dernier, Pierre Prat, trompant la surveillance de ses gardiens, réussissait à s'évader de la maison de santé et venait se réfugier chez un de ses cousins, Emile L..., rue de la Mare, déclarant hautement à qui voulait l'entendre qu'il avait été victime d'une *séquestration arbitraire* de la part de sa femme, qui voulait profiter de son internement pour se débarrasser de l'enfant que le passementier avait eu de son premier mariage.

Les dires de Pierre Prat, paraissaient assez exacts, puisque, durant l'absence de son mari, Mme Prat avait fait admettre son beau-fils à l'Assistance publique. Les voisins de M. Emile L... s'émurent de la situation de l'évadé de Villejuif et adressèrent à qui de droit une pétition attestant sa parfaite lucidité.

En présence de tant d'assertions, l'administration fit cesser les recherches qu'elle avait ordonnées en vue de retrouver Pierre Prat, et, il y a un mois, ce dernier, n'ayant désormais plus rien à craindre, réintégra le domicile conjugal, rempli, apparemment, des meilleures dispositions.

Pendant les quinze premiers jours que le passementier passa dans sa famille, rien de grave ne se produisit, et Pierre Prat paraissait définitivement guéri de sa fatale passion, lorsqu'il rencontra quelques anciens amis, qui l'entraînèrent au cabaret.

Dès lors, tout changea : l'ouvrier passementier reprit ses habitudes d'intempérance et, derechef, des scènes violentes eurent lieu dans le ménage. Chaque jour, l'alcoolique, furieux, au cours de ses accès, brutalisait sa malheureuse femme.

Hier après-midi, les cris de Mme Prat, prirent une telle intensité que la concierge de l'immeuble, Mme Baumain, quarante ans, aidée de quelques voisins, enfonça la porte du logement, et arriva à temps pour délivrer la pauvre femme, que son mari s'apprêtait à étrangler. Voyant sa victime lui échapper, Pierre Prat, se saisit d'un énorme gourdin qui se trouvait dans un coin de la pièce et s'élançant sur Mme Baumain, lui en assénait plusieurs coup sur le sommet du crâne.

Gravement blessée, la concierge s'affaissa, ensanglantée, pendant que les témoins de cette scène, après une lutte terrible, réussissaient à s'emparer du forcené, qu'ils conduisirent au commissariat de police du quartier du Père-Lachaise, d'où il a été dirigé sur le Dépôt. Quant à Mme Baumain, dont l'état est grave, elle a été transportée à l'hôpital Tenon.

Un assassin de huit ans. — Le parquet du Havre vient d'ouvrir une enquête sur la mort d'une fillette de six ans, Yvonne Garrivet, qui avait disparu lundi dernier de chez ses parents et qu'on retrouva le lendemain noyée, près de la digue Saint-Jean. On avait cru d'abord que l'enfant s'était tuée accidentellement; mais des propos échappés à un gamin de huit ans, nommé André Tréguilly, firent supposer que celui-ci avait jeté la fillette à l'eau. C'est sur l'aveu que, pressé de questions, il aurait fait à un parent d'Yvonne Garrivet, que les magistrats ont ouvert leur enquête. (*Le Temps*, 11 septembre.)

Hôpitaux pour aliénés militaires

Notre confrère Granjux imprimait, il y a quelques jours dans « le Caducée », le vœu de voir organiser des hôpitaux pour aliénés dans les lignes d'arrière des armées en campagne. Le transport à longue distance des militaires frappés d'accidents mentaux présente, en effet, de tristes inconvénients, surtout au point de vue du traitement. Nous lisons à ce sujet dans les journaux politiques :

« Trois hôpitaux militaires pour les aliénés vont être organisés à Irkoust, Kharbin et Tchita pour faire face aux cas, toujours croissants, de folie qui surgissent actuellement dans l'armée russe en Extrême-Orient, par suite des conditions climatériques, des excès de fatigues, des privations et autres causes. (Le *Scalpel* du 21 août 1904.)

Institut de médecine légale et de psychiatrie.

A la suite des épreuves subies en fin d'année par les élèves ayant suivi les cours de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie créé l'année dernière sous la direction de MM. les professeurs **Brouardel** et Jeoffroy, ont été diplômés : MM. Bachetta, Bounet, Dabaux, Fulco, Lande, Laurent, Logez, Pierreson, Pergola, Pachéco, Rochau, Hamaide, Schunda, Wassilian, Labrousse.

Fédération générale des instituteurs belges

Congrès international de l'enseignement primaire. — La Fédération Générale des Instituteurs belges a décidé de porter à l'ordre du jour du Congrès International de l'Enseignement, organisé sous ses auspices à l'occasion de l'exposition de Liège en 1905, diverses questions relatives à l'*Education des enfants arriérés* et *anormaux*. Une section spéciale étudiera et discutera ces questions. D'autres congrès vers la même époque s'occuperont des œuvres sociales relatives à l'enfance anormale, mais il appartient à notre Congrès, essentiellement pédagogique, d'examiner particulièrement les problèmes nombreux et complexes qui sont à résoudre pendant la période de scolarité de ces petits déshérités.

Questions proposées : — 1° Organisation d'enseignement spécial ; A) Pour arriérés pédagogiques. B) Pour arriérés médicaux ; 2° Où et quand doit se faire l'éducation professionnelle des enfants anormaux ? 3° Formation du personnel de l'enseignement spécial ; 4° Quel est le rôle du médecin ? A) Dans les écoles pour arriérés pédagogiques. B) Dans les écoles pour arriérés médicaux ; 5° Dans quelle mesure les expériences et les observations faites dans l'enseignement spécial peuvent-elles profiter au développement des sciences pédagogiques ?

Adresser toute correspondance à M. Tobie Jockheere, premier secrétaire adjoint de la Société Protectrice de l'Enfance anormale, rue de la Senne 64, à Bruxelles (à partir du 1er octobre 1904, rue de la Buanderie, 36 Bruxelles) ou à M. P. Cnudde, Secrétaire général du Comité organisateur pour le Congrès International de Liège, instituteur à Syngem (Belgique).

Aux amateurs d'absinthe. — Méthode hygiénique de la préparer

Versez avec lenteur l'absinthe dans le verre
Deux doigts, pas davantage ; ensuite saisissez
Une carafe d'eau bien fraîche, et puis versez,
Versez tout doucement d'une façon légère.
Que petit à petit votre main accélère
La verte infusion ; puis augmentez, pressez
Le volume de l'eau. Mais croyez-moi, cessez
Quand vous aurez jugé la liqueur assez claire

Laissez-là reposer une minute encor.
Couvez-là d'un regard comme on couve un trésor.
Respirez son parfum qui donne le bien-être.
Enfin pour couronner tant de soins inouïs
Bien délicatement, prenez le verre, et puis.....
Lancez sans hésiter, le tout par la fenêtre.

?

FAITS DIVERS.

Asile public d'aliénés de Lesvellec (près Vannes).—Une place d'interne titulaire en médecine et deux places d'interne provisoire sont actuellement vacantes à l'Asile public d'Aliénés de Lesvellec. Les candidats sont invités à produire à l'appui de leur demande : 1° un extrait de naissance ; 2° un certificat d'inscriptions de Doctorat au nombre de douze au moins ; 3° un certificat des examens subis et, s'il y a lieu, du stage qu'ils ont pu faire dans un Asile (cette dernière condition n'est pas indispensable). Les internes sont nommés par M. le Préfet du Morbihan, sur la présentation du Directeur, pour une durée de trois ans. Ils auront, pendant la durée de leur internat, toutes facilités pour se présenter aux examens du doctorat auxquels ils seront astreints. Les avantages consistent en : nourriture (table de première classe du régime des Asiles) logement, éclairage, chauffage, blanchissage et une indemnité annuelle de 700 francs. Les Docteurs en médecine peuvent poser leur candidature à l'internat. Les internes, devenus docteurs, continuent leurs fonctions s'ils le désirent. Les internes provisoires remplacent, en cas d'absence ou d'empêchement, les titulaires avec tous les avantages. Les demandes doivent être adressées à M. le Directeur de l'Asile de Lesvellec (Morbihan.)

Asile d'aliénés de villejuif. — M. Monteil (Edgard), préfet de la Haute-Vienne, est nommé directeur de l'asile public d'aliénés de Villejuif, en remplacement de M. Lucipia, décédé. M. Monteil est compris dans la classe exceptionnelle du cadre et recevra, en conséquence, à partir du jour de son installation, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 8.000 francs déterminé par les décrets susvisés de 6 juin 1863 et 19 octobre 1893.

Asile d'Alençon. — Une place d'interne sera vacante le 1er octobre 1904 à l'Asile public d'aliénés d'Alençon. Minimum de scolarité : 12 inscriptions de doctorat. Avantages : 800 francs, loge-

ments, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage. — Laboratoire et bibliothèque. Adresser les demandes à M. le Dr Charuel, directeur, médecin en chef.

Un meurtrier de seize ans alcoolique. — Un meurtre a été commis au château de Beaulieu, près Sainte-Foy-la-Gironde, dans les circonstances suivantes. « Deux individus pris de boisson, et faisant partie d'une troupe de vendangeurs, se sont pris de querelle pour un motif futile et en sont venus aux mains. Le nommé Lallivein, quarante-cinq ans, a reçu un coup de couteau dans la région du cœur et est mort sur le coup. Son meurtrier, nommé Brousse, *seize ans*, a pris la fuite. (*L'Aurore*, du 14 septembre 1904).

Ces jours derniers, une ménagère de Senlis, Mme Pasquier, s'est pendue dans son grenier. Le Dr Pauthier, médecin légiste, a fait les constatations d'usage. La mort remontait à plusieurs heures. Cette malheureuse ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales. (*Semeur de l'Oise*, 14 septembre 1904).

Pari mortel. — *Un buveur d'absinthe.* — Dans un débit de la rue Marc-Seguin, Isidore Miquel, quarante ans, charron, avait parié de boire douze absinthes pendant les douze coups de midi. Il est tombé mort à la septième. (*Bonhomme Normand*, 26 août, 1er septembre 1904.)

Mutilation par un enfant. — Une fillette de deux ans, demeurant chez ses parents, à Kerlouan (Finistère), a, d'un coup de couteau, coupé le nez à son petit frère, âgé de 4 mois. (*Bonhomme Normand*, 26 août, 1er septembre 1904.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire de l'Internat en Médecine des asiles publics d'aliénés du département de la Seine. 1 vol. in-16 de 104 pages. Librairie Vigot, frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 2 francs.

Disposizioni sui maniconïi e sugli alienati. In-8° de 8 pages. Ditta Editrice, à Milano, 1904.

Jolivel (Mme A.). — *Bicêtre autrefois et aujourd'hui.* In-16 de 52 pages. Imp. Baudry. Vesoul, 1904.

Ugolotti (Ferdinando). — *Sulla forma del palatto negli alienati.* In-8° de 8 pages. Riv. sperimentale de frenatria.

E. Weil (Antonin-Clerc). — *La leucocytose en clinique*, vol. in-8° de 182 pages avec 4 figures hors texte, librairie Joanin et Cie, 24, rue de Condé.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 9-1904.

Vol. XVIII. Novembre 1904. N° 107.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

BIBLIOTHÈQUE DES SALPÊTRIÈRE PUBLICATIONS EN MÉDECINE

Epilepsie, pathogénie et indications thérapeutiques.

SECONDE PARTIE : TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE.

PAR

LE Dr ALEXANDRE PARIS

Médecin de l'Asile de Maréville,
Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Nancy[1].

GÉNÉRALITÉS. — Le prédisposé à l'épilepsie naît avec un système nerveux spécialement impressionnable; c'est donc à diminuer cette impressionnabilité, à modérer l'excitabilité méningo-encéphalique qu'il faudra tout d'abord s'attacher. Cela pourra suffire quelquefois, mais il n'en sera pas ainsi dans un trop grand nombre de cas; nous avons vu, en effet, qu'il y a encore quelque chose au-dessus de cette impressionnabilité spéciale, ce qui la met en jeu, et la preuve que l'action sur le terrain méningo-encéphalique n'est pas toujours suffisante pour prévenir l'attaque d'épilepsie nous est fournie par l'action même du bromure de potassium, considéré à juste titre comme le médicament le plus efficace jusqu'à ces derniers temps : l'insuccès du bromure de potassium dans beaucoup de cas (la majorité de nos épileptiques des asiles d'aliénés ont été, sans résultat favorable, saturés de bromure de potassium avant l'admission dans nos services et même par nous), — son succès relatif dans un certain nombre de cas, — son efficacité définitive dans un petit nombre de cas, — viennent complètement à l'appui de notre

[1] Voir 1904, n° 98, p. 97; n° 99, p. 206.

interprétation. Ils prouvent que le bromure de potassium ne combat qu'un seul des deux principaux facteurs étiologiques, qu'il ne modifie que le terrain nerveux préparé ou par organisation congénitale ou par influence particulière sous l'action du corps thyroïde. Son principal effet, diminution de l'impressionnabilité de l'encéphale, notamment des régions méningo-corticales du cerveau, et, consécutivement, de l'irritabilité ou plutôt de l'irritation du bulbe, n'est manifeste qu'à la condition que la cause des excitences, qui émane le plus généralement du corps thyroïde, n'agisse pas elle-même de façon très intense. S'il en était autrement, le bromure guérirait toujours; or nous savons que des doses colossales, de même que des doses moyennes fort longtemps continuées, ont été prescrites sans succès sérieux et que, au contraire, une action favorable du bromure a été parfois promptement obtenue chez des épileptiques affectés d'une altération sérieuse du corps thyroïde et chez lesquels, d'après ce que nous apprend la physiologie du corps thyroïde, l'impressionnabilité méningo-encéphalique est diminuée du fait même de la diminution de la fonction de la glande thyroïde. C'est donc que le bromure ne peut pas atteindre toutes les causes principales de l'épilepsie ; nous le voyons remède curatif en quelque sorte dans l'épilepsie légère, alors que le terrain nerveux épileptogène ne reçoit pas de fortes excitences, mais seulement remède adjuvant, certainement très précieux, dans le traitement de l'épilepsie déterminée par des excitences méningo-encéphaliques intenses. La place de ce médicament n'en reste pas moins bien marquée dans tout traitement complet de l'épilepsie.

Si nous ne pouvons pas encore agir avec une force suffisamment intense et soutenue sur l'organe d'où partent habituellement les excitences principales qui mettent en jeu l'impressionnabilité méningo-encéphalique spéciale, nous pouvons cependant assez fréquemment, nos observations cliniques nous permettraient presque de dire toujours, modérer l'activité fonctionnelle de cet organe, surtout lorsque, par exemple, elle est stimulée par d'autres organes sur lesquels une action est plus facile (glandes génitales), et nous pouvons presque toujours prévenir ou diminuer l'accumulation de secreta (agents d'excitences) dans le sang, soit

par un traitement qui aura pour but une sorte de lavage du sang, soit par une régularisation de l'activité de tous les organes d'excrétion, glandes sudoripares, reins, excrétions intestinales, etc.

Quant aux causes secondaires d'excitences, que nous avons vues, circonstances aggravantes, dans la pathogénie de l'épilepsie, toxines d'origine alimentaires ou autres, elles sont, en général, assez faciles à combattre. Nous pourrons donc instituer désormais un traitement rationnel de chacune des causes de l'épilepsie ; il nous reste à discuter les moyens thérapeutiques ou hygiéniques à choisir. Avant de parler du traitement d'une maladie, il faut s'occuper d'abord de prévenir cette maladie ; nous commencerons donc par une étude de la prophylaxie de l'épilepsie.

Prophylaxie. — L'hérédité de l'épilepsie est aujourd'hui affirmée par tous les auteurs ; un grand nombre des 60 épileptiques de notre service sont filles ou petites-filles d'épileptiques (j'ai connu ici, en vingt-cinq ans, de véritables familles d'épileptiques), la plupart des autres descendent d'ivrognes ou d'alcooliques, comme beaucoup d'aïeules des premières, du reste. Cela connu, il semble que l'on devrait accorder à l'enfant qui naît et même à l'enfant qui va naître d'épileptique ou d'alcooliques, une attention et une sollicitude absolument spéciales afin qu'il ne soit que le moins possible victime de la tare que lui a infligée au moins un de ses ascendants. Eh bien, auteurs et praticiens négligent à cet égard toute prophylaxie rationnelle.

Une prophylaxie efficace peut cependant être instituée même avant la naissance de l'enfant ; je le montrerai en prenant comme exemple le fœtus dont le père ou la mère sont épileptiques. Cet enfant est évidemment menacé des convulsions qui éclatent peu après la naissance et qui font de nos jours encore tant de victimes, soit qu'elles tuent, soit qu'elles laissent des altérations indélébiles qui font des idiots ou des imbéciles ou des arriérés. Tout nous indique que nous pouvons et que nous devons faire quelque chose pour l'en préserver. « L'incubation de l'œuf humain, pour évoluer dans de bonnes conditions, doit se faire dans le calme et dans la quiétude..... Et s'il est bon pour tout citoyen de posséder un casier judiciaire vide, il n'est pas

moins utile de posséder pour bien agir dans la vie un casier utérin vierge de tout accident », nous dit M. le professeur Pinard[1]. Il est de la plus élémentaire prudence de donner à la femme enceinte, épileptique ou non, dont le fœtus est menacé d'épilepsie en raison de son ascendance, un régime spécial et toutes les mesures prophylactiques que nous prescririons pour un adulte manifestement menacé d'épilepsie et dont nous parlerons plus loin. Cette précaution, dont l'utilité est incontestable, est cependant habituellement négligée ; les ouvrages classiques n'en disent, du reste, pas un mot ; on ne pense au traitement du fœtus par traitement de la mère que lorsqu'il y a crainte de syphilis.

L'enfant nait d'un père ou d'une mère épileptique, on ne se préoccupe généralement pas spécialement de la question « nourrice » ; on le laisse nourrir par la mère si elle a du lait, on lui donne une nourrice si elle n'a pas de lait ou si elle craint de se déformer et on ne s'attache pas plus au choix de la nourrice que s'il s'agissait d'un nourrisson normal, né de parents absolument sains. Il est cependant démontré, de façon absolument indiscutable, par M. le professeur Budin[2] notamment, que les moindres troubles nerveux chez les nourrices ont un retentissement immédiat sur les nourrissons. On voit ainsi avec quelle facilité éclateront les convulsions infantiles chez un sujet né avec une tare épileptique et dont la nourrice peut être exposée ou sujette elle-même à des troubles nerveux.

Si la mère est épileptique, il est donc évidemment indiqué de l'empêcher de nourrir ; en ne le faisant pas (on fait plus généralement le contraire, dans les campagnes au moins), on expose non seulement l'enfant aux convulsions infantiles, à l'épilepsie précoce, mais la mère à une aggravation de l'épilepsie dont elle est atteinte ou à l'aliénation mentale qui se développe si facilement chez les nourrices prédisposées.

Si la nourrice n'est pas épileptique, il faut lui imposer néanmoins un régime analogue à celui que nous donnerions à une prédisposée, afin de diminuer son impressionnabilité et d'éviter ainsi le plus possible toutes les causes

[1] *Revue d'hygiène*, janvier 1897.

[2] *Société obstétricale de France*, Séance du 11 avril 1896.

d'excitances anormales du système nerveux de l'enfant.

Il importe de donner à cet enfant prédisposé, plus encore qu'à tout autre, une nourrice saine, peu émotive, non irritable, déterminée à accepter un régime spécial duquel seront exclus boissons alcooliques et, en général, tous aliments excitants. A défaut de nourrice se prêtant à ces conditions, mieux vaut, à mon avis, recourir au biberon.

J'insiste à dessein sur cette question du traitement prophylactique de l'épilepsie à instituer, pour ainsi dire, dès les premiers temps de la vie intra-utérine, car je suis persuadé, comme je le disais à propos de la pathogénie des épilepsies dites secondaires, que les convulsions infantiles, dont le nombre des victimes est colossal, n'éclatent le plus souvent que parce que l'enfant a reçu de ses ascendants une tare que l'on a négligée, que l'on a laissée exposée aux excitances les plus variées en ne s'occupant pas du régime et du traitement de la mère ou de la nourrice, ou en prenant une nourrice au hasard.

Les convulsions de l'enfance ne sont pas autre chose que de l'épilepsie vraie, dans la grande majorité des cas ; il suffit pour s'en convaincre de faire une enquête sur les antécédents de l'enfant au point de vue de l'hérédité et l'on trouvera le plus souvent, dans son ascendance ou de l'épilepsie ou de l'alcoolisme et l'on sait avec certitude que plus de moitié des cas d'épilepsie se rencontrent chez des descendants d'ivrognes ou d'alcooliques.

En instituant le traitement dès la vie intra-utérine, non seulement on peut prévenir dans beaucoup de cas les convulsions de l'enfance et tous les accidents qui en résultent, mais on place le système nerveux de l'enfant dans de meilleures conditions pour supporter les excitances de plus en plus nombreuses et variées auxquelles il sera de plus en plus exposé à mesure qu'il avancera en âge ; c'est donc une atténuation de longue durée que l'on apportera déjà à sa tare.

Lorsque l'enfant a acquis un certain développement, qu'il peut quitter le régime lacté complet, on doit maintenir néanmoins un régime un peu spécial dans lequel le laitage et les œufs auront la plus grande place, car les excitances du système nerveux se multiplient à mesure que le développement physique et intellectuel progresse.

C'est aussi pour prévenir le plus possible les causes secondaires d'accroissement de ces excitances que l'on assurera par des soins de propreté minutieux les fonctions normales de la peau, que l'on devra veiller à la régularité des évacuations intestinales, rénales, etc., que l'on remédiera sans retard aux troubles mêmes les plus légers qui éclateraient du côté des voies digestives.

Les moindres crises d'irritabilité, les moindres variations d'humeur non motivées, annonçant déjà quelque chose de la mentalité spéciale qui constitue chez l'adulte le caractère épileptique, en quelque sorte première manifestation bruyante de l'épilepsie (que l'on a tort, à notre avis, de négliger dans les ouvrages classiques), seront l'indice de la nécessité d'un traitement préventif plus attentif qu'il sera prudent de compléter par quelques doses de bromure de potassium (suivant âge), des laxatifs (manne), etc. Des vermifuges seront évidemment prescrits si quelques symptômes semblent accuser l'existence dans le tube digestif d'oxyures, de lombrics, etc.

Le travail intellectuel, qui devra rester toujours modéré, au moins jusqu'après la puberté, sera permis mais surveillé de façon à ce qu'il ne soit augmenté que d'une manière lentement progressive, en raison des progrès de l'âge, et qu'il soit interrompu à la plus légère apparition de signes de fatigue cérébrale ou d'obtusion intellectuelle.

L'exercice physique, utile au développement et au jeu régulier des organes, sera évidemment recommandé, mais à la condition que l'on interdira tous les exercices qui congestionnent spécialement les centres nerveux ou qui exposent à des chutes sur la tête ou à des trépidations [1] pouvant avoir une action facheuse sur le système nerveux, trapèze, sauts, équitation par exemple.

En raison de l'irritabilité spéciale du système nerveux de l'enfant prédisposé à l'épilepsie, de l'impressionnabilité congénitale qui le porte à la poltronnerie, on éloignera autant que possible toutes les causes de taquineries, de frayeurs; c'est assez dire que l'on surveillera attentivement ses relations avec ses camarades, que l'on veillera même sur son

[1] C'est à ce titre que je proscrirais l'usage de la voiturette pour promener l'enfant prédisposé.

sommeil, de façon à ne pas le laisser, s'il rêve, trop longtemps en proie à un cauchemar. Ses écarts de caractère ou de conduite devront être réprimés, mais avec intelligence, sans brusquerie ni physique ni surtout morale, la répétition de chocs moraux pouvant avoir des conséquences aussi fâcheuses, sinon plus, que la répétition de chocs physiques, surtout sur un cerveau prédisposé et en voie de développement et qui reçoit déjà d'autres excitences dont on combat l'exagération possible par maintes précautions.

Si le traitement prophylactique a été bien surveillé chez l'enfant, la puberté se passera plus facilement sans accidents graves.

La puberté, outre les mesures prophylactiques que nous venons de citer, prescrit des obligations préventives plus sérieuses en raison de l'éclosion d'une activité fonctionnelle spéciale que nous avons vue susceptible d'exercer une influence très fâcheuse sur la prédisposition comme sur l'épilepsie.

A l'approche de la puberté, et pendant quelque temps, il sera prudent d'atténuer l'impressionnabilité par des doses plus régulières et plus soutenues de bromure de potassium, de détourner un peu de l'activité fonctionnelle des glandes génitales et thyroïde par une stimulation des fonctions d'autres glandes pouvant aussi assurer l'élimination plus rapide de sécrétions excitantes, glandes sudoripares, rénales, intestinales, etc.....; c'est alors que l'on ajoutera utilement au bromure les frictions cutanées, frictions sèches matin et soir, les laxatifs, le régime lacté un peu plus sévère, surtout chez la jeune fille et même un peu de benzoate de lithine dont nous montrerons l'utilité plus loin.

Il importera de prévenir aussi toutes les causes d'irritations ou d'excitation qui peuvent résulter pour les organes génitaux de la malpropreté, de fermentations, de parasites, de la masturbation, etc....

Tant que cette époque particulièrement dangereuse n'est pas nettement franchie, que le système nerveux ne semble pas arrivé à une activite ferme et régulière, qu'il ne paraît pas avoir une orientation fonctionnelle bien nette, il est prudent de ne rien abandonner des mesures préventives. Le *travail intellectuel* sera modéré, autant pour prévenir un surcroît d'irritation méningo-cérébrale directe que pour éviter

les conséquences de la vie sédentaire. Le *camphre* administré, de temps en temps, chez le garçon ; chaque mois à l'approche de l'époque présumée des règles, et pendant une huitaine au moins, chez la jeune fille, contribuera heureusement à diminuer l'éréthisme des organes génitaux et du corps thyroïde, surtout s'il est associé à un hypnotique selon la pratique de Ricord. Les *bains* un peu prolongée, par leur action dépressive, peuvent rendre quelques services, mais je proscrirais absolument la douche froide dont les effets ne sont pas constants.

Peu à peu, lorsque l'adolescent prédisposé approchera de l'âge adulte, qu'il ne sera plus exposé à se laisser aller à une folle désespérance, ce dont on s'assurera préalablement autant que possible, on commencera à l'éclairer sur la nécessité de continuer à observer une certaine réglementation hygiénique, qui, du reste, lui pèsera d'autant moins qu'elle aura été instituée plus tôt. Il est, en effet, extrêmement utile, à tous égards, de faire pour le prédisposé à l'épilepsie, et même pour l'épileptique, ce que M. le professeur Brouardel conseille de faire à l'égard du tuberculeux non voué à une mort certaine, c'est-à-dire de lui montrer la nécessité d'une hygiène rigoureuse en lui exposant les conséquences possibles de la négligence, du défaut de précautions, et pour lui-même et pour son entourage et pour la société et pour sa descendance ; on le déterminera facilement à suivre une thérapeutique hygiénique en lui montrant les conditions du succès assuré.

En lui faisant connaître le caractère habituel de l'épileptique [1], en appelant son attention sur l'instabilité des manifestations psychiques ou de sensibilité de l'épileptique, en lui montrant ce qu'il présente lui-même de commun avec ce caractère, en appelant son attention sur les accès d'irritabilité qu'il déplore souvent lui-même, dont il reconnaît le peu de logique, on l'amène à une hygiène qui le met en garde contre bien des ennuis qui ne résultent généralement que d'une irritabilité qu'il chercherait à atténuer, à laquelle il céderait moins facilement, s'il en connaissait l'origine, s'il se considérait comme un candidat à la maladie ou comme un malade ordinaire.

[1] Caractère qu'il faut, par conséquent, décrire avec soin dans les ouvrages classiques.

Mettre l'épileptique, ou le prédisposé, en état de se mieux connaître d'apprécier lui-même son caractère, et c'est parce qu'on ne le fait jamais que j'insiste, c'est évidemment le déterminer à veiller davantage et sur lui-même et sur sa descendance, à suivre plus attentivement le traitement qui atténue l'épilepsie ou la tare épileptique, c'est lui permettre de mieux protéger sa descendance, de donner à ses enfants tous les soins que nous venons de voir utiles, d'imprimer à leur éducation une direction, un développement plus en rapport avac leur constitution originelle. Cette connaissance de soi-même donnera certainement d'excellents résultats au point de vue individuel comme au point de vue familial ou social. C'est ainsi que j'ai pu rendre quelques services en dessillant les yeux à des malades ou à de simples prédisposés qui ne s'expliquaient pas les violences et les emportements auxquels ils se laissaient aller sans mesure pour des futilités et qui rendaient malheureuses toutes les personnes obligées de vivre avec eux.

Quant au *régime alimentaire* du prédisposé adulte, il peut être un peu moins rigoureusement ordonnancé, l'épilepsie éclatant surtout dans l'enfance et l'adolescence, mais les écarts de régime ne pourraient cependant avoir que des conséquences nuisibles, ne serait-ce que par un effet secondaire et passager de renforcement des excitences habituelles, se traduisant par une exaltation momentanée de la mentalité caractéristique.

Il est évident que le régime devra être d'autant plus sévèrement établi que la prédisposition s'accusera davantage et qu'il sera utile de donner de temps en temps bromure de potassium, trional[1], si des bizarreries de caractère, une augmentation de l'irritabilité ou de la sensiblerie, accusant ou une impressionnabilité plus grande du système nerveux ou des excitences plus intenses exercées sur le système nerveux, viennent indiquer que la prédisposition s'aggrave, que l'épilepsie menace de se manifester par ses grands symptômes classiques.

Pour la femme, il sera extrêmement important d'assurer la régularité du retour des époques menstruelles, car cette

[1] Dont nous verrons plus loin l'action.

périodicité régulière permettra d'instituer avec plus de succès, de mieux ordonnancer le traitement préventif de l'exaltation momentanée de la tare épileptique qui crée un danger spécial d'évolution de la prédisposition; cette exaltation est bien accusée par la plus grande fréquence des attaques au moment des règles chez les épileptiques, et l'on sait aussi que la première attaque d'épilepsie éclate presque toujours à une époque menstruelle, double raison pour mieux veiller aux époques menstruelles sur les femmes seulement prédisposées. C'est un point thérapeutique qui a toujours été négligé jusqu'à ce jour et qui mériterait cependant une grande attention. Ne serait il pas naturel de renforcer le traitement préventif ou le traitement curatif à l'approche et pendant toute la durée de la période menstruelle, c'est-à-dire pendant huit à dix jours par mois, ce que l'on ne fait jamais. Au traitement habituel de la prédisposition ou de l'épilepsie, il serait utile, d'après la pathogénie que nous avons indiquée, d'ajouter quelquefois des agents d'élimination ou de destruction des toxines qui peuvent se produire dans le tube digestif plus à ce moment qu'en temps ordinaire. Je dois dire cependant que l'on a beaucoup exagéré, dans ces derniers temps, le rôle de ces toxines; n'est-on pas allé jusqu'à les considérer, par exemple, comme une des plus grandes causes d'épilepsie en se basant précisément sur ce que les troubles digestifs sont assez fréquents chez la femme au moment de l'écoulement des règles et sur la plus grande fréquence des attaques au même moment? — Mais on oublie, en faisant cette déduction, que les troubles gastriques sont aussi très fréquents à la ménopause, ce qui n'empêche pas l'épilepsie de s'atténuer, parfois même d'une façon absolument surprenante, on oublie que certaines maladies infectieuses, dans lesquelles prédominent des troubles gastro-intestinaux, comme la fièvre typhoïde, suspendent l'épilepsie pendant leurs phases d'ascension et d'état, on oublie que la castration ovarique, qui supprime ces troubles gastro-intestinaux périodiques, n'atténue pas toujours bien sensiblement l'épilepsie grave, ce qui suffirait déjà à montrer la nécessité de chercher d'autres causes principales à l'épilepsie. Nous avons, du reste, parlé déjà un peu de cette question, dans la première partie de notre travail. Le *traitement* curatif général que nous instituons actuellement, et dont nous parlerons plus loin, répond

suffisamment à toutes les indications secondaires auxquelles nous venons de faire allusion.

Les *relations sexuelles* du prédisposé, comme de l'épileptique, doivent être régulièrement modérées; toutes les causes de stimulation anormale des organes génitaux sont à éviter, mais il est utile de céder aux sollicitations naturelles, spontanées, la continence imposée pouvant, comme nous l'avons dit, avoir des conséquences plutôt fâcheuses, une série d'incitations nuisibles sur l'encéphale ainsi que semblent l'attester les rêves érotiques qui, chez le continent, précèdent des pollutions nocturnes, qui, chez des épileptiques continents, constituent un signe avant-coureur d'une attaque d'épilepsie.

Les bains un peu prolongés, l'exercice physique, la marche surtout, exerceront sur le système nerveux et sur les organes génitaux une action dépressive utile. Faut-il dire après cela qu'une profession sédentaire, le décubitus prolongé, le tabac, les plaisirs de la table ne peuvent qu'être nuisibles au prédisposé comme à l'épileptique. Le mariage a quelquefois une influence favorable sur l'épilepsie, et qui confirme ce que nous avons dit de la continence ou des excès génésiques, mais il n'est pas à recommander cependant, en raison de l'intérêt social.

Je me suis étendu un peu longuement sur le traitement prophylactique applicable à la prédisposition, à l'épilepsie, surtout pour faire ressortir l'importance de s'occuper davantage d'un certain nombre de circonstances aggravantes que l'on néglige habituellement et dont le traitement compléterait heureusement le traitement curatif de l'épilepsie qui, jusqu'à ce jour, ne tendait guère qu'à la suppression de l'attaque convulsive. On oublie trop qu'il y a, à côté de l'attaque convulsive, avant elle, des troubles de l'intelligence et de la sensibilité, une irritabilité, une sensiblerie, un caractère spécial qui méritent de retenir l'attention, car ils peuvent avoir de graves conséquences non seulement pour le prédisposé ou le malade mais pour sa famille, pour les personnes qui sont tenues de vivre avec lui et pour la société. Que l'on se préoccupe donc, par exemple, autant de l'enfant menacé d'épilepsie que l'on prend cure de l'enfant pour lequel on

redoute des accidents de nature syphilitique et l'on rendra, certes, au moins autant de services au point de vue individuel et au point de vue social, car l'épileptique ne mérite pas seulement notre sollicitude comme tout malade, nous la lui devons aussi dans l'intérêt même de la société à laquelle il fait courir des dangers que les médecins aliénistes ont trop souvent l'occasion de constater. J'arrive au traitement curatif de l'épilepsie :

Traitement curatif. — Tout ce que je viens de dire de la prophylaxie doit nécessairement servir de base au traitement curatif, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte épileptique, toutes les prescriptions prophylactiques que nous venons d'étudier doivent être appliquées rigoureusement suivant les indications que nous avons signalées. Mieux elles seront suivies, plus certaine et plus prompte sera l'efficacité du traitement curatif.

Ce traitement doit répondre pour l'adolescent et l'adulte aux quatre indications principales : 1° Diminution de l'impressionnabilité méningo-encéphalique; 2° Modération de l'activité fonctionnelle du corps thyroïde et des glandes génitales ; 3° élimination régulière de leurs sécrétions; 4° Ecart de toutes les causes complémentaires d'excitence méningo-encéphalique, développement ou accumulations accidentels de toxines, etc.....

Les indications sont moins étendues pour le traitement curatif de l'épilepsie chez l'enfant; chez lui, en effet, on ne peut songer à modérer sérieusement l'activité fonctionnelle de la glande tyroïde sans nuire à son développement physique et intellectuel. Du reste les causes d'excitation méningo-corticale du cerveau sont relativement faibles lorsque l'on impose le traitement prophylactique que nous avons indiqué et l'on obtiendra un résultat satisfaisant en complétant ce traitement par un agent susceptible de diminuer seulement l'impressionnabilité encéphalique; le bromure de potassium répondra suffisamment à cette indication. S'il ne donnait pas les résultats attendus, on pourrait évidemment étendre un peu le traitement curatif en s'inspirant de ce que nous allons dire du traitement complet de l'épilepsie chez l'adulte.

Chez l'adolescent et chez l'adulte, l'impressionnabilité

méningo encéphalique est avantageusement combattue par le bromure de potassium, comme nous l'avons vu et ainsi que l'attestent les cas déjà assez nombreux où il a suffi pour faire disparaître les grandes attaques d'épilepsie. Mais il ne donne parfois que des résultats incomplets ou insignifiants, ainsi que le prouve la présence dans les asiles d'aliénés de tant d'épileptiques qui ont été saturés cependant de bromure de potassium avant d'arriver à l'aliénation mentale. Chez de tels malades nous avons obtenu des résultats encourageants, quelques-uns relativement bons, en complétant l'action du bromure de potassium, donné à chacun des trois principaux repas, par du trional à la dose de un à deux grammes, suivant les indications individuelles (excitation cérébrale, insomnie, instabilité simple, etc...), dose administrée en deux fois à douze heures d'intervalle, moitié à huit heures et demie ou neuf heures du soir, moitié le matin à la même heure.

On peut, dans quelques cas, lorsque le bromure occasionne des accidents cutanés, par exemple, substituer le trional au bromure de potassium sans compromettre les résultats du traitement, comme nous avons pu le constater quelquefois ; mais le trional sera toujours un synergique précieux en cas d'insuffisance d'action de bromure de potassium ; ainsi B..., jeune épileptique, confiée à une gouvernante et une bonne, rationnellement traitée depuis longtemps par le bromure de potassium ou les bromures associés, n'en voit pas moins son affection s'aggraver à tel point que, en *janvier 1900*, un ami de la famille m'écrit : « l'état de la malade a empiré, « elle devient méchante, elle jette à la tête des gens ce qui « se trouve sous sa main ; et cela arrive surtout quand elle « n'a pas de crise. De plus elle mouille son lit et ses vête- « ments, passe plusieurs jours sans vouloir se lever, et, « enfin, elle en est arrivée à ne plus pouvoir prononcer que « quelques mots » ; la gouvernante et la bonne allaient cesser leurs services. Je conseillai d'ajouter au traitement, outre quelques laxatifs, trional un gramme à un gramme cinquante centigrammes, trois à quatre heures après le repas du soir pour compléter l'effet du bromure. Quelques semaines après j'apprenais que la malade s'était trouvée très bien de cette addition, que gouvernante et bonne continuaient volontiers leurs services. Ce moyen thérapeutique

complémentaire utilisé par elles chaque fois que de l'excitation se produit la jugule immédiatement.

Il m'a, du reste, permis, dans la même année 1900, de rendre promptement à sa famille une jeune fille dont l'épilepsie s'était aggravée malgré un long traitement par le bromure de potassium. Aux symptômes classiques de l'épilepsie s'ajoutaient depuis quelque temps de violents accès d'agitation avec idées de suicide et même tentatives de suicide. Je fis prendre du trional en plus du bromure de potassium, tantôt trois heures après le repas du soir, tantôt soir et matin, de douze en douze heures, et, bientôt, non seulement les grandes attaques d'épilepsie devenaient plus rares, mais les troubles psychiques, les idées de suicide et l'excitation se dissipaient totalement et la jeune fille rentrait dans sa famille fin mai 1900. Il est quelquefois utile de faire alterner le bromure de potassium et le trional dans l'ordonnancement général du traitement curatif. Les bains un peu prolongés sont quelquefois aussi des adjuvants utiles.

Quant à la seconde indication « modération de l'activité fonctionnelle du corps thyroïde et des glandes génitales », elle paraît, au premier abord, assez difficile à remplir; comment, en effet, modérer, en l'état actuel de nos connaissances, la fonction du corps thyroïde. — Nous avons pensé résoudre la question, autant que possible actuellement, en usant de l'action que nous savons pouvoir excercer sur des organes dont l'activité est en rapport intime avec celle de la glande thyroïde, les glandes génitales, par exemple; en modérant l'excitation des organes génitaux, l'activité des glandes génitales, on doit évidemment modérer dans une certaine mesure l'activité fonctionnelle du corps thyroïde, car nous avons vu que les modifications physiologues des premières s'accompagnent de modifications analogues de la seconde (hyperactivité ovarique et hyperactivité thyroïdienne des époques menstruelles; — hypoactivité thyroïdienne et hypoactivité génitale du myxœdémateux; — corps thyroïde rudimentaire et ovaires ou testicules rudimentaires du crétin complet). Le camphre, le lupulin, les bains un peu prolongés, les diurétiques et les laxatifs rempliraient en partie l'indication à la condition que la prophylaxie que nous avons recommandée soit rigoureusement suivie (et

surtout, par la femme, aux époques menstruelles). Je donne la préférence au camphre associé à un hypnotique selon la pratique de Ricord (pilules camphre et thridace âa dix à quinze centigrammes pour une pilule). Pour bien remplir l'indication, les pilules devront être données, chez la femme, au moins quelques jours avant l'époque présumée des règles. pendant la période menstruelle et quelques jours après ; elles peuvent sans inconvénients être prescrites chez l'homme, au moins une quinzaine de jours par mois.

Comme l'épileptique est bien souvent arthritique, que son irritabilité, ses variations de sensibilité ressemblent parfois un peu à celles de l'arthritique, je me suis basé sur ce rapprochement pour rechercher une médication capable de prévenir l'accumulation dans le sang de sécrétions glandulaires, qui, trop abondantes, ont une action particulièrement nuisible sur le terrain épileptogène.

J'ai fixé mon choix sur le benzoate de lithine, afin d'unir les effets, tous particulièrement à rechercher ici, de l'acide benzoïque et de la lithine, l'acide benzoïque stimulant, diurétique, diaphorétique, diminuant les sécrétions bronchiques (et peut-être bien aussi, par relation de voisinage, les sécrétions thyroïdiennes), et la lithine ayant une action diurétique puissante. Ce choix me semble assurer la régularité des excrétions cutanées et rénales, et peut-être modère-t-il en même temps les sécrétions thyroïdiennes? Il paraît, du reste, ratifié par les résultats cliniques que j'ai obtenus. Donné dans une certaine quantité de liquide, eau, infusion de houblon ou de queues de cerises, ce sel assure une sorte de lavage du sang qui prévient l'accumulation dans le sang de produits de sécrétion de la glande thyroïde.

La régularité des fonctions de tous les appareils ou organes d'épuration ou d'excrétion étant indispensable, on prescrira utilement l'usage de laxatifs.

Les antiseptiques du tube digestif seront utiles si le régime alimentaire n'est pas rationnellement établi, comme nous l'avons indiqué plus haut, si le régime convenable n'est pas accepté par le malade pour un motif quelconque (goût ou situation professionnelle, etc.). Du reste le camphre que l'on fera prendre de temps en temps, joint à son action dépressive sur les organes génitaux une certaine action antiseptique dont bénéficie un peu le tube digestif.

Les améliorations obtenues grâce au régime préconisé par MM. Richet et Toulouse sont évidemment dues à la suppression des causes adjuvantes dont nous parlons, à l'atténuation de circonstances aggravantes ; le traitement préconisé par ces auteurs remplit ainsi une partie des indications plutôt secondaires que nous révèle la pathogénie de l'épilepsie. Il ne sera pas toujours facile de faire accepter un tel régime dans la pratique courante.

Les injections de sérum, qui donnent à M. Maurice de Fleury des résultats favorables, agissent aussi contre une partie des causes de l'épilepsie, contre les causes secondaires surtout. Mais ces modes de traitement adjuvant, à recommander dans un service hospitalier, ne peuvent guère rendre de services dans la pratique ordinaire de la médecine. Le traitement par injections de sérum ne serait pas toujours accepté bien longtemps par les malades ; il peut occasionner des accidents, généralement peu graves, je le veux bien, mais qui suffiront pour le faire rejeter par le malade (ainsi qui j'ai pu le constater), et auxquels il est inutile d'exposer un malade quand on peut faire autrement ; enfin c'est un traitement qui ne peut pas être renouvelé indéfiniment et qui est peu pratique pour le médecin dont la clientèle est un peu étendue.

J'estime que nous sommes suffisamment documentés sur la pathogénie de l'épilepsie pour la rayer du cadre des névroses, et pour la combattre efficacement, surtout si nous nous attachons enfin à soigner les adultes en les instruisant, en leur faisant connaître toutes les phases que peut parcourir leur affection et en les amenant non seulement à accepter toutes les prescriptions mais à donner à leur descendance dès l'âge le plus tendre, dès la vie inta-utérine même, les soins dont nous connaissons l'efficacité réelle.

Un meurtrier de quatorze ans. — *Lectoure.* — Deux jeunes garçons de quatorze ans, s'étant pris de querelle dans la soirée d'hier, l'un d'eux, nommé Moga, s'arma d'un couteau et en porta un coup violent à son adversaire, nommé Victor Pujos, qui fut grièvement blessé au côté droit. Le jeune meurtrier a pris la fuite. (*L'Aurore* du 29 septembre.)

PHYSIOLOGIE.

Contribution à l'étude des fonctions de la couche optique.

Par le Dr BENAKY
Médecin de l'hôpital Saint-Charalambe, à Smyrne.

De récents travaux, se basant sur des faits immédiatement observés et contrôlés par l'autopsie ou simplement déduits de l'observation clinique et de l'expérimentation, ont établi que les mouvements mimiques de la face sont sous la dépendance de la couche optique. C'est à ce titre que nous publions l'observation suivante de tumeur de l'encéphale. Bien que cette tumeur eût envahi plusieurs organes de l'encéphale, certains symptômes, néanmoins, ont présenté un tel caractère qu'il serait impossible de ne pas les attribuer à une lésion de la couche optique.

A... L..., âgée de cinquante-cinq ans, est entrée à l'hôpital, salle Saint-Pantaléon n° 17, le 15 janvier 1903. Archives de l'hôpital, feuille d'admission n° 1733. Antécédents personnels ou héréditaires inconnus. — La malade garde le décubitus dorsal. Torpeur intellectuelle très prononcée, dont elle sort avec peine. Elle donne alors des réponses qui ne paraissent nullement claires. Ptosis de la paupière droite avec parésie de tous les muscles innervés par l'oculo-moteur commun et léger strabisme divergent. Le membre supérieur droit est animé de mouvements spasmodiques beaucoup plus marqués dans la position assise de la malade. Membres inférieurs paralysés. La malade peut avec beaucoup de peine se tenir debout quand on la soutient ; si non elle a de la tendance à tomber en arrière. Réflexes augmentés.

L'examen ophtalmoscopique montre de l'étranglement de la papille avec œdème péripapillaire et plaques atrophiques sur la papille. Congestion veineuse très accentuée. Petites hémorrhagies le long des veines dans la partie avoisinant la papille. La malade ne peut, vu son état intellectuel rien prendre de la main et l'on est obligé de la nourrir à la cuiller. Le réflexe de la déglutition

est conservé. Elle ne se salit pas. A son agitation seulement on comprend qu'elle se sent le besoin d'uriner.

Cet état a duré pendant six jours, puis les symptômes se sont aggravés. La torpeur intellectuelle s'accentuait de plus en plus. La malade ne faisait que déchoir et finalement elle entra dans le coma. Elle eut alors de l'incontinence des urines et des matières fécales. Le réflexe de la déglutition était cependant conservé et l'on pouvait lui faire prendre du lait à la cuiller. La mort eut lieu dans le coma le 11 février 1903.

Cette malade a présenté un symptôme très curieux. Elle proférait constamment des menaces, soit quand on lui prenait la main, soit quand on essayait de la faire marcher ou pendant qu'on procédait à l'examen ophtalmoscopique. Bien souvent même quand simplement on lui parlait. Elle répétait alors à chaque moment : *je vous frapperai*; menace qu'elle réaliserait si l'on ne prenait pas garde de lui tenir les mains. Quand on la laissait libre, en effet, elle levait la main comme pour frapper à la figure. Elle accompagnait alors ce mouvement d'un sourire forcé et presque moqueur, accentué de plus par le ptosis de la paupière et le strabisme externe qui lui donnaient une physionomie toute particulière.

Autopsie. *Glio-sarcome* ayant envahi tout le lobe pariétal droit et arrivant jusqu'aux méninges sur lesquelles il adhère fortement. La tumeur se prolonge dans l'intérieur du lobe frontal au-dessous du ventricule latéral. Cette partie a la forme d'un fuseau qui s'arrête en avant à trois centimètres de l'extrémité antérieure du lobe frontal et en arrière au niveau d'une ligne passant par les tubercules quadrijumeaux postérieurs et a envahi le corps strié, la partie postérieure de la couche optique, toute la capsule interne, le noyau lenticulaire et une partie de la capsule externe.

Les dégâts causés par la tumeur nous rendent bien compte des symptômes présentés par la malade tels que les divers troubles de motilité. Mais il est un symptôme qui attire spécialement notre attention dans l'histoire de cette malade : c'est la menace perpétuelle de celle-ci de frapper, menace qu'elle accompagnait du geste et de la parole pendant que sa physionomie prenait une expression étrange en dessinant ce sourire forcé et presque moqueur, phénomènes qui sont tous du domaine de la mimique. Or, il résulte des travaux

de plusieurs observateurs que les mouvements de la mimique sont sous la dépendance de la couche optique.

Romberg[1] cite une observation de Stromeyer, où pour employer ses propres termes, il y avait « conservation des mouvements des muscles innervés par le facial tandis que ceux qui résultent des émotions étaient suspendus ». Mais c'est Nothnagel[2] qui, le premier, a attiré l'attention sur cette question. Cet auteur a observé un cas avec paralysie de la mimique du nerf facial gauche. L'homme en question pouvait faire contracter volontairement les muscles de la face mais il ne pouvait pas rire. Pendant le rire, c'est-à-dire les muscles de la face qui produisent cet acte de la mimique ne se contractaient pas chez lui. L'autopsie avait montré une tumeur de la couche optique droite avec destruction de celle-ci.

Il existe cependant dans la littérature médicale quelques observations, où l'on a noté une tendance irrésistible au rire (abstraction faite des autres états pathologiques de l'encéphale qui peuvent présenter ce symptôme). La première de ces observatiens est due à Oppenheim[3]. Les symptômes présentés dans le cas décrit par cet auteur montraient l'existence d'altérations dans la région de la couche optique. Il y avait en même temps tendance irrésistible au rire.

Westphal[4], qui a observé un cas semblable s'exprime ainsi : « La gaieté et le bavardage du malade font l'impression d'un état pathologique. Cependant le rire continuel et exagéré était le symptôme qui nous a le plus frappé ». Oppenheim et Eisenlohr[5] expliquent ce phénomène comme une conséquence d'irritation de la couche optique,

Bechterew[6] a également publié un cas de rire forcé qu'il avait observé chez une fille de quinze ans. Cet auteur analysant

[1] Cité par Nothnagel, in *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale*, traduit par Kéraval, p. 226.

[2] *Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie*, von Hermann Nothnagel. IX. Band. *die Geschwülste des Gehirne*, von Oppenheim. p. 111.

[3] *Ibid.*

[4] *Ibid.*

[5] *Ibid.*

[6] Cité par Yimoucopoulo.

les phénomènes présentés par la malade et prenant en considération le symptôme concomitant du rire forcé conclue que la lésion devait siéger vers la partie postérieure de la couche optique. A côté de ces observations où l'autopsie n'a pu être faite, il y a deux observations où l'autopsie avait démontré des altérations limitées dans la couche optique.

La première de ces observations est due à Gowers[1]. Il s'agit d'une femme de quarante et un ans ayant éprouvé, il y a six mois une attaque apoplectique à la suite de laquelle la jambe et le bras demeurèrent paralysés du côté droit pendant des mois. Au moment de son admission il existe encore une légère paralysie du segment inférieur de la face pour l'expression motrice des émotions, mais non pour les mouvements volontaires. Voici ce que démontrait l'autopsie : la couche optique gauche présente à sa surface en avant du tubercule postérieur (pulvinar) une dépression à direction transversale. La section transverse montre qu'il s'agit d'un foyer gros comme la moitié d'une noix, plein d'un contenu jaune ocreux ; il occupe presque le milieu de la couche optique s'étendant en dedans et en arrière jusqu'au tubercule quadrijumeau antérieur ; en dehors il ne va pas au delà des limites de la couche optique.

La deuxième observation est due à Yimoucopoulo[2], médecin de la Section des aliénés à l'hôpital Saint-Charalambe. Le malade en question, cultivateur, âgé de trente ans, avait présenté les symptômes suivants : Nerf facial droit atteint de parésie en même temps que de mouvements spasmodiques. Langue déviée à droite. Membre supérieur droit paralysé, atrophié et atteint de mouvements spasmodiques, principalement dans l'articulation du carpe. Membre inférieur droit parésié, œdématié. Phénomènes réflexes augmentés. Clonus du pied. Signe de Romberg positif. Intelligence obtuse. Le malade a presenté dans les six ou sept derniers mois de sa vie un rire continuel. La mort survint accidentellement à la suite d'une entérite aiguë. Diagnostic posé : Polio-encéphalite infantile.

Autopsie. Crâne de microcéphale. Méninges œdématiées. Hémisphère cérébral gauche atrophié. La plus grande partie du centre semi-lunaire détruite et occupé par un kyste rempli de liquide et

[1] Cité par Nothnagel in *Traité clinique*, etc., p. 201.

[2] Communication faite au 2e Congrès médical panhellénique (1903). Ce travail a été publié dans la *Revue psychiatrique et neurologique* d'Athènes (novembre 1903). On peut également lire un résumé de ce travail dans la *Grèce médicale*, 1-15 oct. 1903.

communiquant avec le ventricule latéral droit. Dans la couche optique gauche, tumeur de la grosseur d'une aveline située dans l'angle formé par la surface supérieure et interne de la couche optique. Cette tumeur faisait une légère saillie dans le troisième ventricule.

Ces faits semblent en contradiction avec les cas précédemment décrits de Nothnagel et de Gowers qui ont observé la paralysie des muscles mimiques de la face à la suite d'altérations pathologiques de la couche optique. Cette contradiction, cependant ne serait qu'apparente et due simplement à la diversité des symptômes que présentent d'une manière générale les tumeurs encéphaliques. Ceux-ci, en effet, peuvent être ou bien des symptômes d'abolition des fonctions de la partie encéphalique qui en est le siège ou bien des symptômes d'irritation. « La tumeur de la couche optique (dit Yimoucopoulo) décrite par Nothnagel a, par son grand volume occasionné une paralysie des muscles de la face, soit des phénomènes d'abolition. La tumeur par contre que nous avons observée, a, par sa petitesse, occasionné des phénomènes d'irritation, d'où contraction irrésistible des muscles de la mimique de la face. Il n'est cependant pas douteux que si le malade restait encore en vie, la tumeur se développant davantage, aurait occasionné des symptômes de destruction de la couche optique. »

Il en fut de même de notre malade. La tumeur tout en ayant envahi la couche optique n'en avait détruit que la partie postérieure seulement. Les lésions qu'elle avait provoquées dans ce ganglion central n'avaient ainsi produit que des symptômes d'irritation, qui, en une période ultérieure, auraient fait place à des symptômes d'abolition des fonctions de la couche optique par l'envahissement total de celle-ci par la tumeur.

Ces faits prouvent que des processus irritatifs de la couche optique, quelle qu'en soit la nature, peuvent déterminer des contractions des muscles mimiques de la face. A ce titre, cette observation pourrait servir de contribution à l'étude de la physiologie pathologique de la couche optique.

RECUEIL DE FAITS.

Deux cas de mérycisme;

PAR LES DOCTEURS

RAVIART, Médecin-Adjoint. ET CAUDRON, Interne.

à l'asile d'Armentières.

Les cas de mérycisme sont-ils rares, les observateurs dédaignent-ils de les recueillir ; toujours est-il que la littérature médicale de ces dernières années ne comprend qu'un fort petit nombre d'études consacrées à ce phénomène. C'est à peine si, depuis qu'il est étudié en France, on en a publié plus de deux cents cas, dont les plus connus sont les auto-observations de Percy, de Laurent, de Cambay, de Raphaël Blanchard et ceux rapportés par Bourneville et Séglas dans la si remarquable « Etude Critique », qu'ils ont en 1883-84 consacrée au mérycisme dans les *Archives de Neurologie*. Rappelons également le cas observé par Duvivier, dans le service de M. le professeur Combemale et publié dans l'*Echo Médical du Nord* (1900, n° 8, p. 90).

Nos observations sont celles de deux mérycoles aliénés, seuls malades de l'Asile d'Armentières qui, à notre connaissance, aient présenté ce trouble sur près d'un millier de pensionnaires. Cette fréquence, on le voit, est loin d'atteindre celle constatée par Bouchaud en 1883 à l'asile de Lommelet, où, sur 571 malades, il comptait 14 mérycoles dont 11 étaient des idiots. Notre première observation est celle d'un adulte ; la seconde, celle d'une fillette de dix-neuf ans, seule mérycole sur environ cent enfants idiots ou épileptiques.

Observation I. — D. B... est né en 1861, de parents sur lesquels nous n'avons que peu de renseignements, qui, en tout cas, ne sont pas mérycoles. Il ne présente rien d'anormal du côté de ses facultés intellectuelles jusqu'au moment où, étant au régiment, appa-

raissent des idées délirantes de persécution, sous l'empire desquelles, il se livre à des voies de fait contre un supérieur ; conduit alors au cachot, il met le feu à la paille, se livre à de nombreuses excentricités; il est réformé peu après.

Sitôt admis à l'asile, on pose chez lui le diagnostic de mélancolie avec idées de persécution basées sur des hallucinations de l'ouïe. Son état ne s'améliore pas, toujours triste, taciturne, inactif, aussi incohérent dans ses propos que dans ses actes, répondant d'une façon absurde aux questions qu'on lui pose, parfois troublé au point de déchirer ses vêtements, malpropre, sans être cependant gâteux, il finit par tomber dans l'état démentiel où il se trouve actuellement.

En 1884, lors de son arrivée à l'asile, D. B... n'était pas mérycole, ses dents étaient en excellent état, les digestions paraissaient s'accomplir normalement. Ce n'est qu'au bout de quelques années que les troubles survinrent, et à en croire l'entourage, ils seraient apparus à la suite d'excès commis par le malade; devenu glouton, le repas terminé, il allait dérober des aliments qu'il avalait avec voracité ; des régurgitations s'en suivirent, le mérycisme apparut, et, tel il se montra, tel il est depuis environ quinze ans.

La rumination s'est toujours accomplie de la même façon, quotidiennement et après chaque repas. Toujours aussi glouton, D. B... ne mâche pas ses aliments, les avale presque aussitôt portés à la bouche, et c'est un spectacle curieux de le voir, en peu d'instants dévorer le contenu de plusieurs assiettes dans lesquelles pain, viande et légumes sont amoncelés.

Après un laps de temps variant de quelques minutes à deux ou trois heures, très peu de temps après le repas le plus souvent, la rumination commence : elle se produit sans effort, la paroi abdominale ne semble pas intervenir, une inspiration assez forte marque simplement le début du phénomène.

D. B... peut à volonté, quand les aliments sont remontés dans le pharynx, les introduire dans la bouche ou les avaler de nouveau. Si c'est à la première alternative qu'il s'arrête, il manifeste, dès que le bol arrive dans la bouche, les signes du contentement le plus évident, il passe la langue entre ses lèvres comme s'il dégustait et nous déclare ensuite : « Quand j'ai fini de manger, je remange parce que j'ai du plaisir. » Au moment où il parle, quelques éructations se produisent, puis il continue tranquillement sa rumination. Plus rarement et lorsqu'il ne se croit pas surveillé, il va contre un mur, rejette ses aliments dans sa main, se met à rire et les réingurgite.

D'autres fois, le phénomène ne se produit pas aussi facilement, notre malade se tire alors la langue avec la main, tousse et fait, comme il le dit, « repasser le manger. » Le nombre des régurgitations est variable, et nous avons remarqué qu'il est en rapport

avec la nature des aliments ingérés : c'est ainsi que les haricots, par exemple, sont ruminés plus longuement que les pommes de terre.

Tous les aliments liquides ou solides ainsi ruminés, sont bons au dire du malade. Leur goût n'est pas modifié, et nous avons pu nous assurer qu'aucune odeur désagréable ne s'en dégage et qu'ils n'ont rien de commun avec les matières rejetées brusquement de l'estomac après un commencement de digestion. D. B... rumine toute la journée et ce n'est qu'aux approches du repas que le phénomène se ralentit.

La mastication et l'insalivation sont accomplies imparfaitement chez lui. On peut, du reste, constater l'insuffisance de son système dentaire ; il n'existe plus de dents au maxillaire supérieur, et, à la mâchoire inférieure, on ne compte plus que quatre incisives, une canine et deux molaires. Il a fort peu de salive, les aliments n'en sont guère imprégnés, et, après les repas, on peut constater la sécheresse de la langue.

Les joues sont pendantes, et, au moment du repas, elles permettent au malade d'y loger momentanément ce qu'il ne peut avaler de suite. Le réflexe pharyngien est aboli. L'estomac fait une légère saillie à l'épigastre, il est du reste dilaté et la percussion montre qu'il s'étend jusqu'à l'ombilic ; il est le siège d'un bruit de gargouillement qu'il est possible d'entendre à une certaine distance.

L'intestin paraît fonctionner normalement et les selles du malade sont du reste à peu près normales.

Ce n'est pas à dire cependant qu'il n'existe pas de troubles digestifs chez lui. La quantité d'aliments qu'il ingère, est telle que des phénomènes d'intolérance doivent se produire, aussi peut-on le voir, tandis qu'il se promène dans la cour, rejeter parfois sur le sol une quantité plus ou moins grande d'aliments incomplètement digérés et dégageant une odeur désagréable, il est fréquent aussi de retrouver, le matin, son vase de nuit rempli de matières vomies, nauséabondes, dans lesquels se retrouvent souvent intacts des aliments provenant de l'avant-dernier repas.

Très probablement des troubles du chimisme stomacal existent chez ce malade dont l'estomac est dilaté, l'indocilité du sujet ne nous a malheureusement pas permis de nous en assurer par des recherches spéciales. Quoi qu'il en soit, l'état général est bon. D. B... ne souffre pas de son mérycisme ; ruminer est peut-être même pour ce malheureux la seule satisfaction qu'il soit encore capable d'éprouver.

Observation II. — Elle concerne une petite malade entrée à l'asile en 1893 et morte l'année dernière de tuberculose pulmonaire. C'était une fillette de dix-neuf ans, appartenant à une

famille fortement entachée d'hérédité névropathique, mais dans laquelle on n'a jamais observé le mérycisme. Elle-même était atteinte d'idiotie consécutive à des convulsions de l'enfance, elle était, en outre, sujette à de nombreuses attaques d'épilepsie.

Ce n'est que cinq ou six ans après son entrée que le mérycisme fut observé chez elle. Nous ne pouvons dire à la suite de quelles circonstances le phénomène apparut, mais nous savons que A. D... était devenue à cette époque beaucoup plus gloutonne qu'au début: elle avalait les aliments sans les mâcher et elle entrait dans de violentes colères lorsqu'on ne les lui présentait pas assez vite. De plus, on devait la surveiller d'une façon toute particulière pour l'empêcher de dérober aux autres malades la viande dont elle était extrêmement friande. Elle buvait fort peu.

Le mérycisme apparaissait chez elle après chaque repas. Il débutait sitôt après que les aliments étaient ingérés et il durait presque jusqu'au repas suivant. A toute heure de la journée, on voyait la malade mâcher ses aliments et on pouvait lire sur son visage tout le plaisir qu'elle y prenait. Elle allongeait le cou, provoquait une éructation et les aliments remontaient dans la bouche avec un bruit de glou-glou. Tantôt A. D... se bornait à les faire revenir dans la bouche, tantôt elle les rendait dans sa main ou sur le sol, où elle les reprenait ensuite. Si on essayait alors de les lui retirer, elle se fâchait.

Les aliments ainsi ruminés revenaient secs et avec leur apparence première; elle ruminait surtout la viande qu'elle préférait du reste à toute autre chose. Elle ruminait peu la purée de pois qu'elle n'aimait pas ou bien elle la rejetait au lieu de la soumettre à la mastication.

Notons ici qu'à son retour dans la bouche, le bol alimentaire ne dégageait aucune odeur désagréable. Les liquides étaient également ruminés et alors que la malade était au régime lacté absolu, le mérycisme se produisait. La paroi abdominale ne présentait pas de contraction appréciable lors du début du phénomène. A. D... ruminait aussi bien debout et assise que couchée. On n'a jamais remarqué qu'elle ruminât la nuit.

Comme nous le disions au début de cette observation, elle présentait certains jours de nombreuses attaques d'épilepsie; il nous paraît intéressant de dire ici quelques mots de l'influence de ces attaques sur le mérycisme. Au moment même de l'attaque, tout phénomène était naturellement suspendu, mais peu de temps après sa fin, alors même que la malade étendue à terre était à peine sortie de la période de torpeur consécutive à la crise, la rumination recommençait.

Enfin, la tuberculose pulmonaire à laquelle elle succomba n'eut aucune action sur le mérycisme que l'on put observer jusqu'à la fin. La toux, si fréquente à ce moment, n'apportait aucun déran-

gement dans la rumination et ne déterminait pas de vomissements.

Comme chez bon nombre de mérycoles, le système dentaire était en mauvais état ; de nombreuses dents étaient gâtées, il manquait quelques molaires. L'estomac était dilaté, fréquemment le siège d'un bruit de clapotage que l'on entendait à distance et l'ingestion des liquides était accompagnée d'un glou-glou caractéristique.

La digestion paraissait s'accomplir assez régulièrement, toutefois on retrouvait dans les salles des pois verts et des haricots non modifiés par les sucs digestifs, nous avons déjà dit que notre malade n'aimait pas ces aliments.

En résumé : chez un aliéné sans antécédents héréditaires connus et chez une idiote épileptique présentant des antécédents héréditaires d'ordre névropathique, le mérycisme, non observé chez les ascendants, apparaît chez le premier vers vingt-huit ans, chez la seconde vers quinze ans, très vraisemblablement à la suite d'indigestions dues à leur voracité, favorisées par le mauvais état de leur appareil dentaire. Le phénomène se montra avec ses caractères ordinaires, se produisant sans efforts, agréable aux malades. Il n'était, chez notre petite malade, influencé ni par les crises d'épilepsie, ni par l'évolution de la tuberculose pulmonaire ; la toux n'y apportait aucune modification.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

LXVIII. **Doigts en valgus** ; par PAULY. (*Revue de médecine*. Décembre 1902.) M. H.

LXIX. **Un cas de langue double** ; par LEITZ. (*Médical Record*. Mars 1902.)

LXX. **Difformité congénitale observée chez un enfant de cinq ans.**

LXXI. **De l'influence de l'écorce du cerveau et des ganglions sous-corticaux sur la contraction de l'utérus de la lapine** ; par N. M. PLOKHINSKY. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.)

Après avoir introduit dans la matrice l'appareil nécessaire à enregistrer les contractions de l'organe (voir le manuel opératoire

dans le texte), l'auteur excite le cerveau. Il s'agit de lapines multipares, à matrice développée, et même grosses.

I. Il existe dans *l'écorce* une région utéromotrice située à la 1/2 postérieure de la zone motrice, en dedans, près du bord de l'hémisphère, de la scissure interhémisphérique, ou sur ce bord même, quelquefois un peu en dehors.

L'excitation de cette région renforce les contractions utérines indépendantes antérieures, en provoque et les rend rhythmiques, surtout quand on répète l'excitation. Un faible courant électrique peut rester inactif, mais il agit si on le renforce. De même, dans les cas où il n'y a pas de mouvements utérins spontanés, si l'on excite l'écorce d'arrière en avant, on obtient, juste au moment où les électrodes touchent la région indiquée, des contractions rhythmiques alternatives. L'excitation réitérée peut entretenir l'intensité des contractions utérines, augmenter la tonicité générale de l'organe, etc. L'action du centre d'un hémisphère est indépendante de celle de l'autre.

II. La *couche optique* est utéromotrice, mais il faut que les électrodes pénètrent dans la profondeur, sur les confins de la portion antérieure, ou un peu en arrière, entre les parties antérieure et moyenne : alors l'utérus se contracte énergiquement, plus vivement que lorsqu'on excite l'écorce.

Si l'on tient compte que l'excitation de la couche optique a toujours lieu après celle de l'écorce, c'est-à-dire quand l'organe expérimenté est un peu fatigué, et que néanmoins les contractions obtenues sont plus énergiques, il s'ensuit que *la couche optique renferme un centre plus puissant que l'écorce*. Quelques expériences semblent démontrer *dans la partie antérieure de la couche optique* l'existence d'*un centre d'arrêt des contractions utérines*.

III. L'excitation des tubercules quadrijumeaux postérieurs a donné des contractions moins vives que celle de la couche optique. Celle du noyau caudé et du cervelet est demeurée sans résultat. Celle du sciatique a par action réflexe fait vivement contracter l'utérus. Celle du bout central du nerf vague, sectionné au cou, a aussi agi, mais point l'excitation du bout périphérique. Le plexus hypogastrique agit également.

Les centres automatiques de l'utérus sont donc subordonnés aux centres supérieurs *cérébrospinaux* qui peuvent en renforcer ou en entraver les contractions, mais par l'intermédiaire des centres propres de cet organe. P. KERAVAL.

LXXII. **Contribution à la localisation de l'hémianesthésie cérébrale**; par K. SCHAFFER. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Un malade atteint d'hémiplégie typique avec hémianesthésie très marquée, présente dans l'hémisphère droit un ramollissement

des lèvres de la scissure de Sylvius qui plonge et occupe la tête et le corps du noyau caudé, le segment antérieur et le genou de la capsule interne. De là, altérations consécutives en deux directions: atrophie marquée de la couche optique, dégénérescence descendante des pyramides jusque dans la protubérance, le bulbe et le côté opposé de la moelle. L'atrophie de la couche optique porte principalement sur son noyau externe, ou postéro-externe ; elle tient à l'interruption de la communication entre l'écorce et cet organe. La couche optique n'est pas directement lésée, car le ramollissement ne s'étend que jusqu'à la couche réticulée ou grillagée d'Arnold. Comme il appert que la lésion n'atteignait guère, en sus du segment antérieur et du genou de la capsule interne, que la moitié antérieure de son segment postérieur, et qu'elle a respecté la portion postérieure de ce segment postérieur, seule la partie motrice de la capsule interne est anéantie; il faut donc croire, le patient ayant été hémiplégique et hémianesthésique, qu'aux fibres motrices sont mélangées des fibres sensitives, celles de la sensibilité cutanée. (Déjerine, E. Long). Figures à l'appui.

P. KERAVAL.

LXXIII. **Existe-t-il une régénération autogène des fibres nerveuses? Contribution à la théorie du neurone**; par E. MUENZER. (*Neurolog. Centralblatt.* XXI, 1902). — **Contribution à la question de la régénération autogène des nerfs**; par A. BETHE. — Id. **Réplique à Bethe**; par E. MUENZER. (*Neurolog. Centralbl.* XXII, 1903.)

Au 72e Congrès des Naturalistes et Médecins allemands, Verworn a soutenu que le corps de la cellule avec son prolongement nerveux et ses dendrites constitue une unité. Nissl a dit le contraire : la substance fibrillaire serait autonome, indépendante des cellules nerveuses. M. Muenzer pense que toutes les fibres qui proviennent d'une cellule nerveuse appartiennent à un neurone; le neurone comprend toutes les fibres nerveuses sous la dépendance trophique d'un protoplaste. Au 26e Congrès des Neurologistes et Aliénistes allemands du Sud-Ouest, de juin 1901 (Bade), Bethe combat la genèse des fibres nerveuses du neuroblaste, soutient la genèse multicellulaire du cylindraxe, et communique des expériences d'après lesquelles le bout périphérique du sciatique sectionné et tout à fait séparé du bout central se serait régénéré et aurait recouvré sa fonction. D'après les mêmes expériences de Muenzer, les fibres nerveuses néoformées constatées dans le bout périphérique en question tiennent au *rétablissement de la continuité, par l'intermédiaire de la cicatrice*, entre le bout périphérique et les parties centrales, les cellules nerveuses. Il n'existe pas de régénération autogène des fibres nerveuses. Du tout, répond Bethe, ces anastomoses extérieures au nerf, je les évite; c'est bien dans le

bout périphérique même isolé du centre que je trouve des fibres régénérées composées de manchons de myéline et de cylindraxes. Ces fibres régénérées ne sont pas entrées du dehors dans le bout du nerf; ce ne sont pas non plus des fibres venues du bout central dans le bout périphérique. Je n'ai pas dit cela, termine Muenzer; j'ai simplement constaté le rétablissemeni par la cicatrice de la continuité avec les centres nerveux expliquant les fibres néoformées, et sauvegardant la théorie du neurone. La question en est là. Les détails de la polémique sont à lire dans le mémoire de Muenzer. (Fig.); et les controverses aussi. P. KERAVAL.

LXXIV. **De la genèse sous-corticale de spasmes musculaires isolés. Contribution à la clinique des tumeurs des tubercules quadrijumeaux, avec remarques sur le trajet du faisceau central de la calotte**; par J. SORGO. (*Neurol. Centralbl*, XXI, 1902, 14, 15, 16, 17.)

Observation clinique accompagnée d'étude anatomique et histologique très minutieusement analysée et discutée. Figures.

Cette observation, conclut l'auteur, permettrait d'attribuer aux foyers sous-corticaux, c'est-à-dire aux centres sous-corticaux, la faculté de provoquer des convulsions isolées de certains groupes de muscles, et de croire que ces convulsions, parties de ces centres, se puissent propager de groupes en groupes musculaires, voire de muscles en muscles, pour finalement se généraliser suivant les lois de l'épilepsie Jacksonienne.

Nous possédons en outre assez de points de repère pour supposer qu'il existe dans la région des tubercules quadrijumeaux, non seulement des faisceaux moteurs, mais des centres moteurs qui commandent aux muscles des membres, à l'intérieur desquels (et cette opinion s'impose en présence de faits tels que celui-ci), chaque muscle, chaque groupe de muscles est tout aussi distinctement représenté que dans l'écorce.

Il est pour le moment impossible de dire si l'excitation de ces centres donne directement naissance aux convulsions de groupes musculaires isolés, ou si elle actionne, par mécanisme réflexe, les centres corticaux. Mais nos connaissances physiologiques actuelles, édifiées sur l'expérimentation et l'observation clinique relatives aux formes convulsives en rapport avec les diverses parties du cerveau, permettent d'exprimer l'opinion que voici.

On sait que l'excitation des centres de l'écorce engendre des convulsions qui surviennent par accès et se généralisent selon des lois déterminées, tandis que les convulsions permanentes, la chorée, l'athétose, les différentes formes de tremblements, émanent non de l'excitation des contingents corticaux du système moteur, mais de celle de ses contingents subcorticaux. Les exceptions à cette

règle, très rares, s'expliquent d'ailleurs d'une autre manière. De là l'idée que, *dans les foyers de la région des tubercules quadrijumeaux, l'excitation directe des centres moteurs qui occupent cette région est susceptible de déchaîner des convulsions de muscles et groupes musculaires isolés à forme d'accès ou continues, et que ces convulsions se peuvent généraliser sous l'action directe de ces centres sous-corticaux ou par excitation réflexe des centres corticaux..*

Il y a lieu de croire à l'*intervention réflexe de l'écorce* dans la généralisation des convulsions quand les accès, procédant exactement d'après les lois de l'épilepsie Jacksonienne, *co-intéressent le facial et l'hypoglosse* : si ces deux territoires sont épargnés, comme dans le cas présent, l'excitation sous-corticale suffit à expliquer la généralisation convulsive.

Les deux observations publiées par Eisenlohr (Jahrb. d. Hamburger Staatskrankenanstalten. 1900-1901) et par l'auteur permettraient, en l'absence de tout foyer cortical, d'appliquer l'apparition de convulsions musculaires isolées au diagnostic d'un foyer siégeant dans la région des tubercules quadrijumeaux, ce qui ne veut pas dire que le processus pathologique doive relever des tubercules quadrijumeaux mêmes. L'essentiel est de savoir que le foyer affecte la région sise en avant des tubercules quadrijumeaux, ce que peut faire aussi une tumeur originaire de la couche optique.

P. KERAVAL.

LXXV. **Des relations du faisceau longitudinal inférieur avec le ruban de Reil et d'un nouveau système moteur de couronne rayonnante** ; par H. SCHUETZ. (*Neurolog. Centralbl*, XXI, 1902.)

Un idiot privé de la presque totalité de son lobe temporal et de son lobe occipital a cependant conservé son faisceau longitudinal inférieur : il est facile de voir qu'il va du pôle occipital, non au lobe temporal, comme le prétendent les auteurs qui en font un faisceau d'association, mais au cerveau moyen. Flechsig d'ailleurs le fait partir de la couche optique. De recherches par M. Schütz sur des fœtus à partir du septième mois et sur l'enfant âgé de six semaines, il résulterait ce qui suit.

Le faisceau longitudinal inférieur a son plus gros volume au niveau à peu près du corps genouillé externe ; il circonscrit la corne postérieure du ventricule latéral en laissant entre lui et le ventricule la place nécessaire à la radiation optique de Gratiolet et au tapetum, se dirige, à la partie supérieure de l'arc qu'il décrit, de dedans en dehors, à la partie externe du même arc, d'avant en arrière, enfin, à sa partie inférieure, de dehors en dedans vers la corne d'Ammon qu'il n'atteint pas; il s'en rapproche à mesure qu'il gagne la région occipitale, pour n'aboutir à l'écorce que dans le gyrus lingual, Il envoie aussi des fibres au

coin. Les autres circonvolutions du lobe occipital ne sont munies de fibres myéliques que lorsque la radiation optique de Gratiolet est myélinisée.

Dans la région du corps genouillé externe, ce faisceau se compose de deux espèces de fibres. 1° En dehors de cet organe, il reçoit des fibres du nerf optique. 2° Il en reçoit du ruban de Reil. Ces fibres-ci se séparent de la portion externe du ruban de Reil médian, au niveau environ du corps genouillé externe, pour se diriger en dehors; juste au niveau de celui-ci, et immédiatement au-dessus, elles forment un éventail. Cet éventail affecte quatre directions : *a*) celle du faisceau longitudinal inférieur avec lequel il se confond ; *b*) celle du tiers antérieur de la première temporale ; *c*) celle des ascendantes ; *d*) celle du bord externe du noyau lenticulaire. Des détails de la description il résulte que la partie externe du ruban de Reil projette un faisceau rayonnant qui s'épanouit dans le noyau amygdalien ou la corne d'Ammon, dans les parties les plus antérieures de la lèvre temporale, dans les ascendantes, le gyrus lingual, le coin. Ce faisceau, identique aux faisceaux protubérantiels de Schlesinger, ou au faisceau moteur du Ruban de Reil de Hoche, émané des centres olfactifs, optiques, auditifs, sensitifs du cerveau, est un *faisceau primaire moteur rayonnant*.

P. KERAVAL.

LXXVI. **Du poids de l'encéphale et de quelques-unes de ses parties chez le nourrisson et les enfants plus âgés**; par H. PFISTER. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903.)

Etude de 302 encéphales, 161 de garçons, 141 de filles, dont 228 ont été soumis à des pesées partielles (121 pour les garçons, 107 pour les filles) les enfants sont morts aux âges de une semaine à quatorze années. Voici les principales conclusions :

I. Le poids moyen de l'*encéphale* est, quelque soit l'âge, plus élevé chez les garçons que chez les filles, cette différence, relativement faible au début de la vie, s'accroît plus tard. Ce poids s'accroît au cours du développement chez les deux sexes ; le premier tiers de l'accroissement pondéral est atteint à la fin du huitième mois de la vie, le second tiers, dans la première moitié de la troisième année. Le poids total se chiffre chez les garçons par 1350 à 1400 grammes et plus à cinq ans ; il est chez les filles de 1280 grammes et plus à trois ans et dépasse chez elles 1300 grammes à sept ans. A tous les âges le poids total est infiniment variable selon les individus.

II. Le *cervelet*, quel que soit l'âge, pèse moins chez la fille que chez le garçon. Au cours du développement, il s'accroît davantage chez les garçons. Chez les enfants du même âge et du même sexe on relève de remarquables variations dans le poids absolu et même

relatif de cet organe. Chez les nouveau-nés normaux le poids moyen est de 20 grammes; chez l'adulte il atteint environ 135 grammes pour la femme, presque 150 grammes pour l'homme; son accroissement moyen est donc, au cours du développement, de près de 120 à 130 grammes. Le cervelet croit donc proportionnellement plus vite que l'ensemble de l'encéphale et même que le cerveau; il acquiert le premier et le deuxième tiers de son accroissement total plus rapidement que l'encéphale et même que le cerveau. Il septuple pendant la vie extra-utérine son poids initial; il augmente donc bien plus notablement de poids (et de volume) que les autres parties de l'encéphale, voire que l'encéphale entier. Le cervelet étant chez le nouveau-né à peu près les 5,5 p. 100 de tout l'encéphale, il atteint chez l'adulte presque les 11 p. 100 de ce dernier; il double donc dans le cours de la vie son chiffre pondéral relatif.

III. Le poids moyen du *cerveau* des garçons l'emporte en tout temps sur celui des filles. Cette différence est chez les enfants âgés (et chez les adultes) de 50 à 100 grammes et davantage; d'abord notablement moindre (elle n'est chez le nouveau-né que de 6 à 10 grammes), elle atteint au second mois de la vie 20 à 30 grammes. Son accroissement moyen total est de 910 grammes au plus pour les garçons, et de 840 grammes au maximum pour les filles. Il atteint un peu plus lentement son premier tiers que ne le fait l'encéphale entier. Par suite, la somme totale du poids des hémisphères cérébraux n'est devenue pour les garçons supérieure à 303 grammes, pour les filles supérieure à 280 grammes, qu'à l'âge de neuf à dix mois. A partir de là, l'accroissement ultérieur est tel que le second tiers n'en est acquis, à peu près au milieu de la troisième année, que peu de temps après l'augmentation correspondante du poids total de l'encéphale. Le poids du cerveau est aussi très variable suivant les individus de même âge et de même sexe. Il n'y a pas dans l'enfance de différence constante de grosseur en faveur d'une moitié déterminée. Mais on trouve presque toujours des différences de poids entre l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche, ce dernier pesant le plus souvent cinq à six grammes de plus que l'autre.

IV. Le *reste de l'encéphale* (bulbe, protubérance, tubercules quadrijumeaux) qui est de 5 ^{gr} 5 chez le nouveau-né, atteint à peu près 27 à 28 grammes. La moyenne en est plus forte chez les garçons. La différence de poids entre les deux sexes paraît presque la même avant la puberté, à tous les âges. L'accroissement par tiers s'effectue dans les deux sexes à peu près comme celui de l'ensemble de l'encéphale. Tandis que le poids du cervelet qui, chez le nouveau-né est à peu près 5,5 p. 100 du poids total de l'encéphale, atteint presque 11 p. 100 du poids de ce dernier chez l'adulte,

tandis que le reste de l'encéphale qui n'était d'abord par rapport à l'encéphale que de 1,6 p. 100 atteint 2 p. 100, le poids relatif du cerveau proprement dit diminue; il représentait au début 93 p. 100 du poids encéphalique total; il n'en est plus finalement que les 87,5 p. 100. P. KERAVAL.

LXXVII. **De l'action des rayons du radium sur l'excitabilité des centres psychomoteurs**; par M. N. JOUKOWSKY. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903, novembre.)

Après avoir mis a nu l'une des circonvolutions sigmoïdes du chien et déterminé l'écartement des bobines de l'appareil du Bois Reymond qui correspond au courant minimum propre à faire mouvoir le moins possible le membre antérieur ou le membre postérieur, on expose avec toutes les précautions voulues la région psychomotrice à l'action de 10 ou de 15 milligrammes de bromure de radium. On soumet ensuite la région au courant inducteur et l'on note quel est alors l'écartement des bobines qui correspond au courant minimum propre à déterminer les mêmes mouvements.

Six expériences et une expérience-étalon sont minutieusement décrites.

L'auteur conclut que les rayons du radium augmentent l'excitabilité électrique des centres psychomoteurs. Il faut, après l'action du radium sur la région, un courant moindre pour obtenir les mêmes mouvements qu'avant l'action du radium. L'intensité de cette augmentation et sa durée dépendent de la quantité de radium qu'on a fait agir, et, évidemment, de sa radio-activité. Après avoir duré un temps plus ou moins long cette hyperexcitabilité tombe graduellement; elle tombe quelquefois au-dessous du degré initial de l'excitabilité antérieur au début de l'action du radium, il arrive aussi que tout en tombant elle reste cependant supérieure à l'affaiblissement de l'excitabilité de l'expérience-étalon qui suit normalement l'électrisation répétée de l'écorce motrice sans action à aucun moment du radium. P. KERAVAL.

LXXVIII. **Quelques expériences sur l'action du calcium sur l'écorce cérébrale**; par le Dr RONCORONI (*Riv. Sp. di fren.* 1903, fasc. 1, t. II). J. S.

LXXIX. **La psycholepsie de Janet et la théorie de Storch-Foerster**; par le Dr DE BUCK. (*Journal de Neurologie*, 1904, n° 9.)

On sait que certains psychopathes se plaignent assez souvent que tout autour d'eux est mort, que rien n'existe plus, que tout est voilé, obscur, que les objets n'ont plus de relief, qu'ils sont drôles, étranges, etc. Janet qui a fait de ces états une étude particulière prétend qu'ils sont dus à une seule et même cause la perte du sen-

timent du réel. Les malades, dit-il, ont la perception du monde extérieur, mais ils ont perdu le sentiment de réalité qui est inséparable de cette perception. Cet auteur regarde le sentiment du réel comme une faculté psychique spéciale, mais sans expliquer sur quoi celle-ci repose. Il mentionne en outre que ces malades ne sentent souvent plus leur propre personne, se croient morts, etc. Le doute de l'existence personnelle provient simplement, d'après Janet, de la perte de la faculté psychique susdite.

Foerster soutient au contraire que les troubles de la conscience personnelle sont primaires et dérivent de l'utilisation insuffisante des sensations d'organes et que vu le rôle important que ces sensations jouent dans la perception réelle du monde extérieur, il se produit aussi des troubles dans l'appréciation de ce dernier. Storch interprète aussi ce manque de perception du monde extérieur par la dissociation de la myopsyche et de la pathopsyche, c'est-à-dire par la dissociation du contenu sensoriel spécifique de la perception et des sensations organiques correspondantes.

C'est à cette théorie de Foerster-Storch que se rallie l'auteur du travail que nous analysons, tout en admettant qu'il y a également une part de vérité dans celle de M. Janet. A côté en effet, ou plutôt au-dessus de la conscience perceptive, il existerait une conscience aperceptive, siège des facultés volontaires et morales, et c'est celle-ci qui serait troublée dans les cas de psychasthénie ou de psycholepsie visés par Janet.

Quant aux phénomènes d'ordre secondaire qui accompagnent habituellement la perte du sentiment du réel, ils relèveraient également les uns des troubles de la perception proprement dite (obsession de se souvenir, névrose d'angoisse, névrose cérébro-cardiaque), les autres de ceux de l'aperception (obsessions de doute, de scrupule, etc.). G. D.

LXXX. Quelques déductions pratiques de la réfutation du neurone; par le Dr Debray. (*Journal de Neurologie*, 1904, n° 6.)

Après avoir rappelé que la théorie du neurone ne peut plus se concilier avec les nouvelles données de l'histologie, de la physiologie et de la pathologie nerveuse, l'auteur tire de ces nouvelles données quelques déductions pratiques intéressantes au point de vue notamment de la suppléance plus facile des conducteurs nerveux détruits, de l'intégrité mieux assurée des centres, de la régénération plus complète des nerfs sectionnés et de la restauration fonctionnelle des cellules ou des extrémités nerveuses altérées par une infection ou une intoxication, etc. G. D.

LXXXI. Dégénérescence et régénération des terminaisons motrices des nerfs coupés; par MM. Odier et Herzen. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1904, n° 7.)

On admet en général, malgré certains faits contradictoires, que les filaments terminaux d'un nerf moteur séparé des centres dégénèrent jusqu'à leur dernière terminaison. D'après l'examen de nombreuses préparations provenant de divers cobayes auxquels ils avaient pratiqué la section du nerf sciatique avec arrachement du bout central, les auteurs estiment que chez les animaux adultes la régénération et la néoformation de la presque totalité des organes moteurs terminaux, après section du tronc nerveux, se font avec le concours et la participation du tissu musculaire.

G. D.

LXXXII. **Nouvelles recherches sur les localisations spinales**, par le Dr Parchon et Mme Parchon. (*Journal de Neurologie*, 1904, nos 12 et 13.)

Bien qu'on ne soit pas encore en droit d'affirmer qu'à chaque muscle corresponde un centre spécial dans la moelle, les recherches exposées dans ce travail viennent confirmer la théorie de Sano d'après laquelle les localisations spinales sont *musculaires*. Cette théorie, d'après les auteurs, se confondrait du reste avec celle des localisations *fonctionnelles*. Si on trouve plusieurs muscles pour telle ou telle fonction, c'est parce que celle-ci n'est que la résultante de plusieurs actions élémentaires qui, elles, sont l'expression de la fonction d'un muscle isolé. Donc, toutes réserves faites sur les résultats que peuvent donner de nouvelles recherches, on peut d'ores et déjà admettre que c'est la fonction qui détermine la disposition des cellules en groupements principaux et les sous-divisions de ceux-ci en groupements secondaires, et par conséquent que les localisations sont fonctionnelles.

Ainsi se trouve vérifiée une fois de plus cette loi fondamentale de neurologie générale que la fonction fait l'organe. G. D.

LXXXIII. **A propos de l'anatomie pathologique de la paralysie générale**; par le Dr Mahaim (*Journal de Neurologie*, 1904, n° 24.)

Après s'être défendu d'avoir jamais prétendu que les lésions des vaisseaux de l'écorce cérébrale étaient toujours *primitives* dans la paralysie générale, l'auteur déclare que de ses recherches il résulte seulement que ces lésions vasculaires sont celles qui s'observent le plus constamment. Il ajoute que jusqu'ici on n'a pas encore publié un seul cas de paralysie générale indiscutable avec intégrité des vaisseaux de l'écorce, et d'autre part que si on rencontre parfois cette lésion dans d'autres phychoses, c'est qu'il s'agit d'anciens syphilitiques. G. D.

LXXXIV. **L'anatomie pathologique de l'idiotie**; par Alzheimer. (*Congrès des médecins aliénistes Bavarois*, 24 mai 1904, à Ansbach), (*Psych. neur. Wochensch.* 9 juillet 1904).

Il est démontré actuellement que, sous le nom d'*idiotie*, on réunit des processus pathologiques très différents qui ont affecté le cerveau avant la naissance ou pendant les premières années. Mais on est moins avancé touchant la différenciation des diverses maladies qui déterminent les états d'idiotie.

On connaît bien, grâce à l'observation clinique, le crétinisme et l'idiotie myxœdémateuse qui relèvent des maladies de la nutrition, par suppression des fonctions du corps thyroïde. Il n'en est pas de même au point de vue de la description clinique des autres états d'idiotie. Au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut se baser, pour la séparation d'espèces nosologiques, sur les résultats macroscopiques des autopsies : la macroencéphalie et la microencéphalie, la macrogyrie et la microgyrie, la porencéphalie et l'hydrocéphalie ne sont pas des maladies spéciales, mais le résultat de divers processus pathologiques, et ne peuvent donc servir à la détermination d'espèces morbides naturelles. On peut présentement distinguer :

1° La paralysie générale. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer dans les asiles d'idiots des cas de paralysie générale juvénile, et surtout chez des sujets primitivement débiles. Doivent être rangés dans cette catégorie, certains cas d'*idiotie méningitique* de Bourneville en tant que leur début et leur terminaison ne s'opposent pas à leur rattachement à la paralysie juvénile.

2° L'*idiotie amaurotique*. La cause semble en être des processus dégénératifs (et non inflammatoires) portant plus particulièrement sur certains systèmes de faisceaux. Par l'époque de son apparition, son aspect clinique général, sa marche foudroyante, son caractère familial, l'idiotie amaurotique a des traits bien particuliers.

3° La sclérose hypertrophique tubéreuse.

4° L'idiotie consécutive aux lésions circonscrites du cerveau (par encéphalite, hémorragies traumatiques, blessures du cerveau, endartérites syphilitiques, embolies, tumeurs).

5° Les arrêts de développement. Plus rares qu'on ne l'a dit, ils sont observés dans la microencéphalie (aspect embryonnaire des circonvolutions, microgyrie), dans certains cerveaux rappelant ceux des singes ou des carnivores.

6° Processus dégénératifs étendus de diverse nature, mal étudiés encore. Enfin certains cas peuvent, peut-être, être rattachées à l'hébéphrénie (Kraepelin) [1].

Paul SÉRIEUX.

(1) On trouvera dans le compte rendu du service des enfants de Bicêtre (1880-1903), de nombreux documents avec figures et planches sur l'anatomie pathologique des idiots. L'auteur aurait pu parler de l'idiotie mongolienne qui forme un groupe très distinct. (B.)

LXXXV. **La rage expérimentale à virus fixe et ses lésions histologiques**; par le Dr LADAME. (*Journ. de Neurologie*, 1904, nos 4 et 5).

Des nombreuses expériences faites par l'auteur il ressort : 1° que la rage expérimentale à virus fixe ne produit pas de lésions spéciales; 2° que le nodule rabique du ganglion est une manifestation particulière de l'inflammation de cet organe; 3° que ni le siège, ni l'intensité des lésions de la rage des laboratoires ne permettent de faire le diagnostic *post mortem* de la maladie; 4° que l'anatomie pathologique de la rage due au virus fixe est l'ensemble de toutes les lésions des enveloppes et de la substance nerveuse de tout le névraxe; 5° que le mode d'introduction du virus fixe dans l'organisme n'a pas d'influence sur l'intensité et le siège des lésions rabiques; 6° que les légères lésions visibles de la rage expérimentale doivent être attribuées au fait que l'animal meurt sidéré avant que ces alternatives aient eu le temps d'évoluer.

G. D.

LXXXVI. **Sur le réflexe du fascia lata**; par MM. DIDE et CHÉNAIS. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 14.)

De l'examen de l'état du réflexe du fascia lata dans 12 cas de lésions du cerveau ou des méninges, les auteurs déclarent n'avoir pu tirer des conclusions bien nettes. Les particularités dignes d'être notées, c'est que le réflexe du fascia lata était aboli dans deux cas de compression du cerveau sans altération de l'écorce, et, dans un autre, où le faisceau sensitivo-moteur était complètement détruit. Il semble donc que les lésions du faisceau moteur seul n'exercent sur la production de ce réflexe qu'une influence assez restreinte se traduisent souvent par de la diminution; que les lésions destructives du faisceau sensoriel peuvent anéantir ce réflexe et enfin que la corticalité comprimée peut exercer un pouvoir d'inhibition sur sa production.

Par contre, dans la démence précoce, les auteurs ont constaté une diminution ou une abolition du réflexe du fascia lata avec conservation des réflexes cutanés, c'est-à-dire un syndrome qui serait l'inverse du phénomène de Brissaud, et de l'ensemble de leurs recherches, ils sont portés à croire que, dans les affections aussi bien corticales que cérébro-spinales, le réflexe du fascia lata suit une marche tout à fait parallèle à celle de la sensibilité douloureuse, alors que le phénomène des orteils semble être absolument indépendant des troubles sensitifs. G. D.

LXXXVII. **Hémimélie et dégénérescence mentale**; par L. LARUELLE. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, juin 1902.)

Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, qui a fait à l'asile

d'aliénés de Volières un séjour d'un mois pour une affection mentale aigue et qui présentait depuis sa naissance une absence complète du troisième segment du membre supérieur gauche, en même temps qu'un certain nombre de stigmates de dégénérescence physique. L'origine de la malformation du membre est attribuée par le malade à ce que sa mère, étant enceinte, fut appelée auprès d'une femme qu'on lui avait dit être simplement malade et qui en réalité venait d'être amputée du bras. La coexistence de désordres mentaux et de malformations physiques attribuables à une impression maternelle pendant la grossesse, a été confirmée récemment par Bourneville.

Cette théorie pathogénique est adoptée par l'auteur, qui n'hésite pas à rattacher à une dégénérescence acquise *ab utero* les troubles mentaux et les anomalies physiques de son malade.

G. D.

LXXXVIII. **Théorie physiologique de l'hystérie** ; par le Dr Sollier. (*Journ. de Neurologie*, 1904, nº 1.)

Dans une conférence faite à la Société belge de neurologie, le Dr Sollier, après avoir critiqué les théories psychologiques de l'hystérie, expose la conception physiologique qui porte son nom et qui consiste, comme on le sait, à considérer cette névrose comme le résultat d'un phénomène d'arrêt, d'inhibition ou de sommeil des centres cérébraux. L'anesthésie est la marque, le sigillum de cet arrêt des centres corticaux ; elle disparaît lorsque ces centres reprennent leur activité pour réapparaître dès que ceux-ci cessent de fonctionner. Pour réveiller un hystérique c'est-à-dire pour ramener ses centres cérébraux à l'activité, il faut agir directement sur eux par injonction, avec ou sans hypnose, soit indirectement par restauration de la sensibilité au moyen d'excitations mécaniques périphériques.

Au moment où le réveil se produit, le sujet passe brusquement de l'état de personnalité où il était au moment où il s'est endormi à celui où il aurait été s'il n'avait jamais été vigilambule.

En même temps se produit un autre phénomène caractéristique, le retour au sommeil normal, lequel était disparu depuis que les malades étaient plongés dans une sorte de sommeil pathologique.

L'auteur réfute ensuite les objections qui ont été faites à sa théorie, notamment celles qui attribuent à la suggestion ou à l'auto-suggestion, les réactions présentées par les sujets qui se réveillent et il termine en signalant quelques-uns des faits nouveaux, tant au point de vue physiologique que psychologique, que sa théorie permet de mettre en évidence (existence d'une cénesthésie cérébrale, détermination de centres viscéraux, etc.) G. Deny.

LXXXIX. **Les syndromes solaires expérimentaux**; par M. LAIGNEL-LAVASTINE. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 8.)

Sous le nom de syndromes solaires, l'auteur désigne l'ensemble des perturbations viscérales résultant de l'arrachement ou de l'excitation du plexus solaire. Il distingue expérimentalement un certain nombre de syndromes solaires de paralysie, d'excitation ou d'irradiation, et montre que le premier est réalisé surtout en clinique dans les péritonites, le second dans la colique de plomb et le troisième, dans l'arrêt du cœur en diastole au cours des coliques hépatiques ou néphrétiques. Il paraît donc légitime maintenant, en clinique, en présence de certains syndromes, d'émettre au moins l'hypothèse d'une localisation solaire. G. DENY.

XC. **Régénération autogène chez l'homme et la théorie du neurone**; par G. DURANTE (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 8.)

A l'autopsie d'une femme atteinte d'un neurone du poignet qui avait subi cinq ans avant de mourir une résection du nerf médian depuis la paume de la main jusqu'au tiers supérieur de l'avant-bras, l'auteur a constaté que les deux bouts du nerf, distants de plus de vingt centimètres se terminaient tous deux par un volumineux névrome d'ampulation ; ces deux bouts, absolument libres, n'étaient réunis aux tissus voisins que par un lâche tissu cellulo-adipeux.

L'examen histologique a montré en outre dans le bout périphérique des tubes nerveux indiscutables dont le nombre augmentait à mesure qu'on s'éloignait du névrome terminal. Cet exemple de régénération autogène chez l'homme vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui ont combattu dans ces derniers temps la théorie du neurone qui devient d'après eux un organisme pluri-cellulaire, dont chaque élément conserve une indépendance relative, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique. G. DENY.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

IV. **Les psychoses des vagabonds**; par K. WILMANNS (*Ceentralblatt für Nervenheilkund*, XXV. N. F. XIII, 1902.

Etude du vagabond comme individu et des relations entre ses lacunes congénitales ou acquises et sa conduite antisociale.

Cent vingt-sept sujets, la plupart du sexe masculin ; douze femmes seulement ; vingt-deux n'avaient jusqu'ici subi aucune

condamnation correctionnelle. L'ivrognerie acquiert chez eux un développement inouï.

La plupart d'entre eux sont des *imbéciles éréthiques* qui, moins bêtes que les imbéciles torpides, forment avec les criminels par habitude une grande famille : c'est pendant les premières années de leur vie nomade qu'ils manifestent des tendances criminelles; à la longue ils arrivent à être des vagabonds proprement dits. Il faut accuser la faiblesse de leur volonté exagérée par l'alcoolisme chronique. La même pathogénie s'applique à *certains hystériques* ayant maints points communs avec l'imbécile éréthique. Il existe, par contre, des hystériques intelligents qui errent sans travail, souvent sans ressources, sans compter ceux qui, atteints de syndromes fréquents et graves, côtoient la correctionnelle à laquelle ils n'échappent qu'à la faveur de leurs épisodes pathologiques; à peine sortis des hôpitaux ou des asiles, ils vivent de mendicité, pour réintégrer à chaque instant les maisons hospitalières.

L'impulsion migratrice est fonction de toutes les *agitations psychomotrices*; quand les ressources viennent à manquer, ces malades deviennent des mendiants et des vagabonds. Cela se voit dans la démence précoce, la paralysie générale, la folie circulaire ou périodique. Exemples à l'appui : 4 maniaques, 4 paralytiques.

Soixante-six cas de *démence précoce*, parmi lesquels six prostituées. Trois groupes : 1° personnalités saines et sédentaires à l'origine, très ordonnées jusqu'au jour où, entre vingt et trente ans, se produit une psychose aiguë grave suivie d'incomplète guérison, et de vagabondage; — 2° au début parfaite santé; puis soudain, ou graduellement, sans cause appréciable, mobilité, instabilité, irrégularité de la vie, vagabondage; — 3° tares pathologiques originelles; dès la prime jeunesse, lacunes morales et intellectuelles; instruction incomplète; impossibilité d'apprendre un métier, d'où le vagabondage. Etude détaillée.

Rien qui prédispose plus au vagabondage que l'*épilepsie*, par l'intermédiaire de la débilité mentale, des fréquents accès convulsifs ou syndromes psychiques; dix-neuf cas.

L'ensemble des espèces précédentes constitue un total de 110. Reste donc dix vagabonds. Chez cinq d'entre eux, il fut impossible de trouver des éléments cliniques clairs. Les cinq autres se décomposent en : une affection syphilitique des vaisseaux du cerveau; une psychose de détention; un cas d'imbécile souteneur et coupable d'effraction; un cas de criminel-né non aliéné; un cas de crétin très débile. P. KERAVAL.

V. **Contribution à la casuistique de la réaction biologique des cheveux chez les aliénés**; par W. HEINICKE (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903).

Il s'agit d'une démente précoce de vingt et un ans chez qui

chaque épisode d'exaltation psychique était, une ou deux heures auparavant, précédé de la canitie d'une mèche de cheveux dirigée du haut du front vers le pariétal gauche. Elle devenait blanc d'argent. De sorte que ce phénomène permettait de prédire avec certitude l'agitation imminente. La couleur blanche persistait pendant la phase entière, atteignait son maximum à la période d'acmé de cette dernière et disparaissait ensuite rapidement, parfois dans les quelques heures qui suivaient la résolution de l'agitation. Pendant l'agitation les pupilles étaient dilatées. Nulle autre anomalie du cheveu. Pas d'anomalies unguéales non plus.

Cette blancheur passagère du cheveu est due à un excès d'air dans la gaine médullaire. Il y a lieu de croire que le poison fauteur à la démence précoce irrite les nerfs trophiques des cheveux, car à ce moment le cuir chevelu de la région est hyperalgésié. L'irritation des nerfs trophiques en modifiant la circulation sanguine et lymphatique des cheveux, en chasse la lymphe ; les cellules s'y rétractent, principalement les cellules dentelées de la gaine médullaire, et forment ainsi des fentes par lesquelles pénètre une quantité plus considérable d'air atmosphérique. Dès que cesse l'irritation, les cellules reprennent leur forme primitive, la gaine médullaire se rétrécit, l'excès d'air est chassé, voire résorbé, le cheveu reprend sa coloration normale. Pourquoi ce processus s'est-il limité à une seule mèche ? On l'ignore. P. KERAVAL.

VI. **De la pathogénie du délire spécifique du paralytique, contribution aux recherches de pathologie expérimentale sur la démence paralytique** ; par A. WIZEL (*Neurolog. Centralbl*, XXII, 1903).

Le délire du paralytique général est un monstre. Tandis que le délirant systématique, indemne de lacunes intellectuelles, adapte son délire à la provision d'idées et de notions enregistrées dans son intelligence, l'accommode aux idées de temps et d'espace intactes chez lui, le paralytique qui a perdu quantité d'idées concrètes ou abstraites, spéciales ou générales, qui n'a plus la notion du temps et de l'espace, émet les conceptions délirantes les plus exagérées, les plus monstrueuses. D'ailleurs, le paralytique est incapable de rien estimer à sa juste valeur, pas plus les propriétés objectives de la matière que les choses de l'esprit. Rien ne l'arrête. La monstruosité du délire de chaque paralytique dépend des lacunes de son intelligence, de la perte de telles ou telles idées ou notions. P. KERAVAL.

VIII. **De l'angoisse** ; par LONDE. (*Revue de médecine*. Août et octobre 1902.)

Etude séméiologique faite dans le service de M. le professeur Brissaud : L'angoisse, sauf dans l'angospection, jusqu'ici n'a guère

retenu que l'attention des psychiâtres ; l'auteur a eu l'idée de l'étudier dans les diverses maladies. L'angoisse s'observe : dans les diverses affections du système nerveux ; dans les affections des voies respiratoires ; dans les maladies du cœur, les affections abdominales, les intoxications et auto-intoxications.

Dans les maladies du système nerveux, l'angoisse a été observée : dans les paralysies bulbaires, les lésions méningo-encéphaliques basilaires, les affections médullaires, du cervelet, dans la paralysie générale, dans les névroses, vertige mental, vertige de Ménière, névrose d'angoisse, goitre exophtalmique, etc.

Pour les maladies de l'appareil respiratoire, l'angoisse a été notée dans les lésions des pneumogastriques, la coqueluche, l'asthme, la névralgie phrénique ; l'angoisse est aussi un des éléments du syndrome de la respiration de Cheyne Stokes, l'angoisse laryngée, l'angoisse d'origine pleurale sont des phénomènes fréquents.

L'angoisse est un symptôme classique de l'angine de poitrine ; toutes les affections cardio-aortiques peuvent donner lieu à des variétés d'angoisses assez diverses. Elle accompagne aussi certains troubles abdominaux, la colique hépatique ou néphrétique, la dyspepsie. La plupart des intoxications ou auto-intoxications s'accompagnent d'angoisse, ainsi que les affections qui intéressent le sympathique.

De cette étude générale l'auteur fait ressortir que l'angoisse peut apparaître dans deux cas : 1° Quand les centres nerveux qui commandent ce syndrome sont directement atteints : 2° Quand une affection quelconque retentit par influence sur ces mêmes centres.

Au point de vue du diagnostic, il est intéressant de rechercher le point de départ de l'angoisse et principalement de savoir si elle est d'origine somatique ou psychique ; elle peut souvent mettre sur la voie d'un trouble somatique. L'angoisse peut revêtir différentes formes, elle peut être complète, telle qu'on l'a classiquement définie ; « Un sentiment de resserrement à la région épigastrique accompagné d'une grande difficulté de respirer et d'une tristesse excessive, » ou bien elle peut apparaître à l'état fruste. Etat de peur, irritabilité, indécision, insomnie, épigastralgie, oppression, lypothymie, etc., peuvent être des signes d'angoisse fruste. Au point de vue physico-pathologique on peut dire que le bulbe semble être la région qui produit le phénomène de l'angoisse, au moins objectivement. La sensation d'angoisse a sans doute son point de départ dans l'écorce, mais le phénomène objectif semble un phénomène bulbaire, et il y aurait lieu de rechercher si certaines angoisses larvées dont le sujet n'a qu'une conscience vague, mais qui se manifestent par des signes objectifs frustes de l'angoisse, ne sont pas des angoisses réflexes où le bulbe seul est intéressé.

Les localisations subjectives de l'angoisse : respiratoire, car-

diaque et pulmonaire, semblent indiquer qu'à ce point de vue c'est le nerf pneumogastrique qui joue le rôle principal. En considérant ses ramifications avec le sympathique, et l'expansion de ses prolongements peut-être le long des artères des membres et qui expliquerait l'angoisse d'origine périphérique, ne pourrait-on pas émettre cette hypothèse que l'angoisse est « l'expression de la souffrance du neurone pneumo-gastrique sensitif » ? Quant au pronostic de l'angoisse, il n'a qu'une valeur relative ; toutefois on peut dire qu'en général les maladies organiques mortelles qui donnent de l'angoisse sont celles qui peuvent se terminer par la mort subite.

Le traitement de l'angoisse est symptomatique de la lésion qui l'a produite ; dans l'angoisse des neurasthéniques, par exemple, il y a lieu de traiter d'abord les lésions somatiques qui peuvent la déterminer. M. H.

IX. **L'image mentale morbide** ; par Vaschide et Vurpas. (*Revue de médecine*. Novembre et décembre 1902.)

Les auteurs font ressortir dans cet article l'influence de l'image mentale dans l'éclosion du délire des malades classés comme dégénérés. L'image mentale peut avoir une intensité telle qu'elle s'impose à la conscience, arrêtant le libre jeu de toutes les autres images et finissant par régner en maîtresse chez l'individu.

Le rôle de cette image avec son coefficient représentatif et émotif a été longuement analysé dans les processus psychiques des états dégénératifs. Il est étudié successivement chez les tiqueurs, les obsédés, les invertis sexuels et aussi dans les délires propres aux dégénérés.

Cette image mentale doit sa physionomie morbide à sa spontanéité d'apparition et à l'autonomie propre qu'elle revêt ensuite dans le cours du délire. Quant à expliquer cette soudaineté d'apparition aucune loi psychologique ne peut encore le faire. Elle peut s'implanter avec son allure spéciale au milieu d'une activité mentale, qui peut rester par ailleurs très bien ordonnée. Ce sont les sujets qu'on a appelé dégénérés supérieurs, en donnant le nom à ces états émotifs de stigmates de dégénérescence. Mais c'est peut-être trop d'exclusivisme de ranger, d'après ces troubles, des intelligences de premier ordre avec de simples dégénérés. Pour le moment on ne peut guère ranger ces états émotifs que parmi les psychopathies qui ne relèvent encore d'aucune classification spéciale. M. H.

X. **Hystérie à forme de paralysie générale** ; par Collet et Lepine. (*Revue de médecine*. Décembre 1902.) M. H.

XI. **La craniométrie chez les aliénés**; par I.-W. Portougalow. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902.

Revue fort complète dont nous résumons les conclusions. Les progrès de l'anthropologie doivent se réfléchir sur la psychiatrie. Les mensurations craniennes peuvent dans l'avenir apporter à la biologie et à la sociologie des éléments conclusifs d'ordre scientifique. Mais il faut consolider les bases de la craniométrie. A l'étude géométrique de la tête il convient d'associer la méthode morphologique de Sergi. La céphalométrie de l'aliéné et ses mensurations craniennes doivent acquérir un sens clinique, diagnostique et anatomopathologique, voire pathogénétique. Il est indispensable de distinguer exactement les mesures utiles à la céphalométrie, de celles qui conviennent à la craniométrie. L'expérience clinique devra déterminer les diamètres et autres mesures favorables à la céphalométrie psychopathologique et ceux qui ressortissent à l'anthropologie spéciale. Il faut pour la craniométrie des aliénés s'entendre au préalable sur le nombre des mensurations, les méthodes, la technique d'examen, la manière de se servir des matériaux céphalométriques, les conditions de fixation des index mathématiques, etc. Aux dérivés immédiats des mensurations et calculs, par la méthode linéaire, il serait désirable de comparer les résultats des données d'autres méthodes. La craniométrie des aliénés, notamment des dégénérés, épileptiques, imbéciles, idiots, se trouverait bien de l'adjonction aux diamètres antéro-postérieurs et transverses, des mesures obliques de Bechterew. Il serait bon que dans les asiles on mensurât systématiquement le crâne des aliénés, et qu'on dressât la statistique céphalométrique par formes mentales, tailles, sexes, âges, poids, etc.

P. Keraval.

XII. **Des phobies professionnelles. Phobie du Saint-Sacrement, chez les prêtres**; par W.-M. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii*. VII. 1902.) *Centralblatt für Nervenheilkunde*. XXVI. N. F. XIV. 1903).

Il s'agit d'un prêtre qui appréhende de ne pas porter le Saint-Sacrement avec la prudence voulue et de le heurter, ou de laisser choir quelque objet du service sacré que, dans le rite grec, il est, pendant la messe, obligé de prendre et de tenir en disant la prière pour la famille impériale. Pendant tout ce temps, il est inquiet, ressent du tremblement dans les membres, éprouve l'idée fixe d'une anomalie dans sa personne, et quelque démangeaison. Cela dure 5 à 6 minutes. Aucune autre cérémonie ne lui cause cette obsession, qu'il n'avait pas il y a dix ans. Il a dû cesser de dire la messe bien que l'obsession ne vienne qu'à propos de cette pratique.

Il ne s'est pas amélioré néanmoins, car l'idée seule qu'il doit effectuer ce cérémonial le plonge dans une crainte irrésistible. Il a actuellement soixante ans, et ne présente qu'une artériosclérose légère. Aucune tare héréditaire.

Ce genre de phobie chez des prêtres ne semble pas rare. Le remède consiste à faire cesser les pratiques rituelles qui causent cette émotivité ; on y joindra, au besoin, un repos professionnel prolongé, l'hydrothérapie, les agents médicamenteux qui calment l'excitabilité nerveuse, la suggestion hypnotique, l'autosuggestion. Mais cette affection semble assez résistante. P. KERAVAL.

XIII. **La folie hallucinatoire qui se développe à l'occasion d'une affection commune de l'ouïe** ; par W.-M. BECHTEREW (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903.)

Entre toutes affections des organes des sens, celles de l'ouïe présentent un terrain particulièrement favorable au développement de troubles mentaux. Ceux-ci, caractérisés par des hallucinations auditives abondantes, se compliquent ultérieurement d'hallucinations sensorielles en d'autres organes au moins à l'état épisodique. Les malades de ce genre, le plus ordinairement prédisposés plus ou moins, conservent souvent la faculté d'apprécier la nature morbide de leurs hallucinations. Mais en certains cas, ils délirent vraiment et attribuent à leurs hallucinations une origine étrangère. Dans les quatre observations rapportées à l'appui de l'excellente description nosographique, il s'agit d'otites moyennes ; M. Bechterew nous fait assister à l'évolution et au mécanisme des conceptions délirantes ; le téléphone, l'électricité, la transmission télépathique des pensées et des sensations auditives ou autres interprétations analogues y jouent un grand rôle. Si l'affection de l'ouïe ne guérit pas, si les hallucinations qu'elle engendre ne disparaissent pas, le délire se perpétue d'ordinaire pendant de longues anneés ; le processus pathologique se complique-t-il, il subit une autre phase de développement. La guérison dépend du sort des lésions de l'oreille ; il s'en faut malheureusement de beaucoup qu'elles se puissent améliorer ou guérir.

P. KERAVAL.

XIV. **Troubles de la sensibilité dans les états neurasthéniques et mélancoliques** ; par M. DUBOIS (de Berne). (*Journal de Neurologie*, 1904, n° 9.)

On a attaché dans ces dernières années une grande importance pour le diagnostic de la paralysie générale à la constatation de certains troubles de la sensibilité, notamment d'une hyperesthésie dans le domaine de la huitième racine cervicale et de la première dorsale. L'auteur estime qu'il y a là une grosse erreur et à

l'appui de son opinion il rapporte trois cas de psycho-névrose simple dans lesquels on a constaté une fois un effacement du sillon nasolabial avec hypoesthésie des deux pieds, une autre fois une anesthésie à la face interne du bras et de l'avant-bras avec diminution du réflexe cutané plantaire, et dans le troisième une hypoesthésie limitée à la face interne des deux bras et à une moitié des doigts et des orteils. G. D.

XV. **Un cas d'association du tabes à la paraysie générale** ; par MM. Joffroy et Rabaud.

Si les lésions médullaires postérieures de la paralysie générale sont d'ordinaire différentes de celles du tabes classique, il n'est pas impossible qu'à la paralysie générale frappant uniquement le cerveau, vienne s'associer le tabes proprement dit. Cette association pour peu fréquente qu'elle soit, existe parfois ; les circonstances permettent aux auteurs d'en citer un cas démonstratif et de conclure une fois de plus que si le plus ordinairement les dégénérescences postérieures de la moelle dans la paralysie générale affectent un type spécial s'éloignant plus ou moins du tabes vulgaire, il est des cas, néanmoins, où concurremment à la paralysie générale, évolue un tabes légitime. Dans le premier cas, c'est la même maladie qui envahit l'ensemble de l'axe cérébro-spinal ; dans le second cas, la paralysie générale du cerveau est purement et simplement associée au tabes classique de la moelle. (*Revue neurologique*, novembre 1903.) E. B.

XVI. **Constitution idéo-obsessive comme forme psycho-pathologique autonome** ; par le Dr Soukhanof.

L'auteur décrit l'état mental des sujets obsédés. Il étudie les rapports de cet état morbide avec les délires et avec le syndrome neurasthénique. (*Revue neurologique*, juin 1903). E. B.

XVII. **Délire hypocondriaque de zoopathie interne chez un débile tabétique, hystérique et gastropathe** ; par MM. E. Dupré et Léopold Lévi.

Intéressante observation d'un héréditaire présentant à la fois : la débilité mentale, l'hystérie, la neurasthénie avec gastropathie et des signes de tabes. L'apport à la conscience des incitations cénesthésiques les plus variées, détermine chez ce prédisposé l'apparition d'un délire hypocondriaque avec idées de possession et que, par analogie avec les démonopathies, on peut dénommer un délire de *zoopathie interne*. (*Revue neurologique*, septembre 1903.)

E. B.

XVIII. **Tics des lèvres, cheilophagie et cheilophobie**; par H. MEIGE. (*Journal de Neurologie*, 1903, n° 20.)

En dehors des tics proprement dits qui se distinguent par leur caractère convulsif, les lèvres sont comme l'occasion et le siège d'habitudes motrices intempestives dont la plus fréquente est la *cheilophagie*. Ces habitudes vicieuses peuvent avoir une origine mentale ainsi que le prouve l'observation, rapportée dans ce travail, d'un jeune homme né de parents tiqueurs et tiqueur lui-même, chez lequel la peur de maintenir les lèvres rapprochées par suite d'une véritable cheilophobie et l'habitude de renverser la lèvre inférieure, ont eu pour conséquences la détrication et finalement l'apparition au niveau de la lèvre inférieure de petites squames, lesquelles ne laissèrent pas que de lui causer pendant de longues années les plus grandes inquiétudes. Il suffit de donner au malade le conseil de rapprocher fréquemment ses lèvres l'une de l'autre et même de les mouiller avec la pointe de la langue pour le débarrasser de la légère infirmité et en même temps de sa cheilophobie [1]. G. D.

XIX. **29e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes du S.-O. de l'Allemagne** (28-29 mai 1904, Baden-Baden) **Gerhardt** (Erlangen). *La ponction lombaire au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.*

La ponction lombaire est avant tout utile pour résoudre le problème de l'existence d'une méningite et de sa nature (tuberculeuse, épidémique, métastatique); elle rend des services au diagnostic et au pronostic dans le typhus, la pneumonie, etc. accompagné de symptômes cérébraux graves et dans les cas d'abcès cérébraux susceptibles d'une intervention chirurgicale. Elle est utile encore pour distinguer la syphilis cérébrale des autres maladies du cerveau et de la moelle (à l'exception du tabes), pour différencier la paralysie générale des psychoses simples.

Au point de vue thérapeutique la ponction lombaire est employée dans les cas aigus et subaigus de méningite séreuse, dans la céphalée des syphilitiques; les résultats sont moins favorables dans l'hydrocéphalie, les méningites, les tumeurs du cerveau.

Les dangers de la ponction lombaire ne sont pas considérables (bien qu'on ait publié 26 cas de mort), à condition de régler l'écoulement du liquide, de n'en extraire que quelques centimètres cubes et de ne pas pratiquer la ponction dans les cas de tumeur cérébrale.

[1] Voir l'observation que nous avons publiée dans le *Compte rendu* de Bicêtre pour 1902, p. 206.

Discussion :

Erb signale l'importance de la ponction lombaire dans les cas douteux au point de vue de l'étiologie syphilitique.

Schultze a constaté des résultats dans deux cas de méningite.

Hoche annonce la publication prochaine d'un mémoire sur la question dû à la Clinique de Fribourg.

Nonne a vu une guérison dans un cas d'hydrocéphalie traumatique après des ponctions répétées. Il met en garde (ainsi que Schultze) contre le danger de la ponction dans le cas de tumeur cérébrale.

Schönborn a ponctionné 100 malades à la clinique de Heidelberg. Chez 25 tabétiques il a trouvé de la lymphocytose dans tous les cas ; de même dans 13 cas de méningite, et sur 5 cas de sclérose multiple dans 3 cas. Résultats négatifs dans le tétanos, la carie des vertèbres, les tumeurs cérébrales, les névroses. Il a fait dans 20 cas la cryoscopie du liquide, sans résultats constants.

Tobler (Heidelberg). *La ponction lombaire chez les enfants.* — L'auteur a fait 120 ponctions. Il préfère, chez l'enfant comme chez l'adulte, la position couchée. L'opération est bien supportée en général, surtout chez les jeunes enfants. On a pu enlever 100 centimètres cubes de liquide dans la méningite épidémique, 650 centimètres cubes de liquide dans l'hydrocéphalie. Dans les cas où l'on supposait qu'il n'existait pas une augmentation de la quantité du liquide céphalo-rachidien on a été plus prudent ; on observe en effet, même après l'évacuation d'une petite quantité de liquide, des symptômes de méningisme.

Au point de vue thérapeutique, on a eu de bons résultats dans la compression cérébrale, dans l'idiotie post-méningitique.

Nonne (Hambourg). *Cas de pseudo-tumeur cérébrale avec guérison.* — L'auteur a observé 12 cas d'une affection caractérisée par l'ensemble symptomatique dû aux tumeurs du cerveau, avec évolution subaiguë ou chronique, stase papillaire, dont 8 guérirent (deux ans et demi et trois ans et demi) et 4 se terminèrent par la mort. Il ne s'agissait ni d'hydrocéphalie, ni de tuberculose. Un des cas à issue mortelle succomba rapidement après avoir été considéré comme guéri durant 2 ans ; dans les 3 autres cas, l'autopsie a été négative. A comparer avec l'hémiplégie sans lésion anatomique de Jacobson.

Alzheimer (Munich). *Sur le délire alcoolique fébrile de Magnan.* — L'auteur en a observé 3 cas terminés par la mort. Autopsie négative au point de vue des organes autres que le cerveau, qui présentait des lésions des cellules ganglionnaires de l'écorce, des hémorragies punctiformes, de la dégénérescence des faisceaux.

Kraepelin (Munich). *Psychiatrie comparée.* — K. vient de faire des études de psychiatrie comparée à Java. Au point de vue de l'étiologie le climat tropical n'a pas d'action sensible sur les Européens.

L'action de l'alcool sur ces derniers ne présente rien de de particulier; les indigènes (qui sont musulmans) n'en boivent pas. En revanche ils s'intoxiquent avec l'opium : on n'observe pas de psychose due à l'opium; les manifestations dues à l'abus de l'opium sont moins graves que le morphinisme; on n'observe pas de symptômes dus à l'abstinence. Le bétel n'a point d'action sur le corps ni sur le cerveau.

Sur 370 indigènes aliénés, il n'a pas trouvé un paralytique ou un cas de syphilis cérébrale, tandis que sur 50 aliénés européens il en a constaté 8 cas. Les processus démentiels jouent le même rôle qu'en Europe. La folie maniaque-dépressive est plus rare, l'épilepsie est fréquente. Dans la folie maniaque-dépressive les accès de dépression sont plus rares, les idées de culpabilité font défaut; les accès d'excitation sont plus violents. Dans la démence précoce on n'observe pas de dépression au début, les idées délirantes sont rares, les symptômes catatoniques peu accentués, la stupeur profonde est peu fréquente, de même que la démence complète. Une maladie spéciale, le *Laffa* est caractérisée par des mouvements automatiques imités avec coprolalie. L'*Amok* n'est pas une espèce clinique; il comprend des états d'excitation divers avec tendances à des actes de violence. Il survient dans la catatonie, l'épilepsie, etc.

PaulS Érieux.

XX. **De la réaction pupillaire prolongée aux toxiques comme signe précoce de la paralysie générale**; par MM. Toulouse et Vurpas. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 3.)

Il résulte des recherches des auteurs que la modification pupillaire consécutive à l'action de l'atropine ou de l'ésérine dure toujours plus longtemps chez les paralytiques généraux que chez les sujets normaux.

Cette lenteur de l'iris à revenir à son état normal constitue une des premières manifestations de l'état morbide du système nerveux et permet le diagnostic précoce de la paralysie générale.

G. Deny.

XXI. **Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale**; par MM. Raviart et Caudron. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 3.)

Chez 38 paralytiques généraux sur 44, les auteurs ont constaté des lésions du fond de l'œil (décoloration ou atrophie de la papille) qui ont évolué parallèlement aux altérations cérébrales et se sont traduites histologiquement par la prolifération des éléments névrogliques et conjonctifs de la rétine, de la papille et du nerf optique, ainsi que par celle des fibres radiées. G. D.

XXII. **Aperçus et démonstrations sur la folie maniaque-dépressive**; par M. Thomsen (de Bonn). (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 2.)

D'après l'auteur il convient de ranger dans la folie maniaque-dépressive tous les cas de psychose fonctionnelle où une dépression et une exaltation se réunissent dans une attaque d'une certaine durée laquelle se répète plusieurs fois pendant la vie du malade. M. Thomsen n'admet l'existence ni d'une manie simple, ni de la manie périodique, mais il relate un cas de mélancolie périodique pure et deux cas de folie à double forme non circulaire, à accès unique, c'est-à-dire n'appartenant pas à la folie maniaque dépressive.

M. Thomsen signale encore deux cas de guérison ou d'amélioration considérable de folie maniaque-dépressive, puis il aborde la question du diagnostic de cette psychose avec la démence précoce.

Ce diagnostic est difficile surtout dans les cas de stupeur : on admet que dans la catatonie, celle-ci est la conséquence d'un arrêt « sperrung » et dans la mélancolie d'un retard « hemmung » de la volonté; de là quelques différences dans les réactions motrices de ces deux variétés de malades quand on veut leur faire exécuter des mouvements actifs ou passifs.

Le diagnostic différentiel entre l'agitation maniaque et l'agitation catatonique est plus facile : le catatonique ne se soucie pas de ce qui l'entoure, le maniaque aperçoit tout et vivement. Le premier est d'une humeur indifférente, niaise ou puérile; l'humeur du second est gaie ou irascible. L'agitation du catatonique est sans but, elle se déroule dans un cadre étroit; celle du maniaque veut un théâtre plus grand et se montre jusqu'à un certain point désordonnée; mais ou le diagnostic devient particulièrement difficile et même impossible n'est dans les cas où il s'agit des formes mixtes de la folie maniaque-dépressive.

G. D.

XXIII. **Troubles dysarthriques permanents chez un enfant épileptique**; par le Dr Decroly. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 1.)

Il s'agit d'un enfant de quatre ans qui est devenu épileptique au déclin d'une coqueluche. Bientôt après l'intelligence déclina, le caractère devint sombre et la parole très difficile.

Un traitement iodo-bromuré associé à l'application d'emplâtres mercuriels sur la nuque amena la diminution des accès épileptiques mais resta sans effet sur la dysarthrie. La persistance de ce trouble après l'atténuation des autres symptômes fait supposer à l'auteur que l'irritation corticale, point de départ de l'état comitial, prédomine au niveau du centre du langage.

D'autre part le changement obtenu par l'association du bromure avec la médication spécifique semble indiquer que cette épilepsie relève de l'hérédo-syphilis. G. D.

XXIV. **De la démence précoce chez les jeunes gens**; par le Dr Meeus (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1902, nos 104, 105 et 106.)

Etude clinique basée sur 40 cas de démence précoce observés sur des sujets de douze à vingt-cinq ans. Sur ces 40 malades, 6 étaient atteints de formes plutôt légères de la maladie et n'offraient aucun trouble de l'état émotionnel; l'auteur les considère comme appartenant au type hébéphrénique de Kræpelin. Les 34 autres étaient atteints, au contraire, de formes graves avec stupeur ou excitation et doivent être rangés dans la catatonie. La conception de la démence précoce adoptée par le Dr Meeus s'éloigne un peu de celle de Kræpelin, pour se rapprocher de celle de Aschaffenburg, lequel soutient que les formes légères ou graves ne sont que des degrés d'une même maladie.

Outre l'apparition rapide et constante d'un affaiblissement intellectuel spécial, la démence précoce serait caractérisée, dans l'immense majorité des cas, par un état de torpeur ou d'agitation, des moments de lucidité, une singulière association des idées, des bizarreries extraordinaires dans la vie ordinaire; puis, comme symptômes plus immédiats, plus sensibles, des phénomènes moteurs et des anomalies graves dans le domaine de la volonté. G. D.

XXV. **Troubles intellectuels et catatonie**; par le Dr Peeters. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, juin 1902.)

L'observation qui fait l'objet de ce travail est celle d'un homme de trente-six ans, chez lequel se sont montrés à un haut degré les symptômes de la catatonie, c'est-à-dire l'immobilité, le mutisme, la *flexibilitas cerea*, l'état cataleptique, la suggestibilité; plus tard, la raideur musculaire, la verbigération peut-être, si l'on peut donner ce nom à la répétition des mêmes prières ou de certains chants chez un malade qui a eu certainement du délire religieux.

A propos du diagnostic, l'auteur fait remarquer que certains symptômes catatoniques accompagnent souvent la mélancolie stupide, en particulier l'immobilité, le mutisme, la raideur particulière avec flexion difficile des membres, l'état cataleptique, etc. Mais la physionomie, le maintien du malade n'étaient nullement en rapport avec un état mélancolique; ce n'était pas davantage un hystérique, car il ne présentait ni les troubles moteurs, ni les troubles sensitifs caractéristiques de cette affection.

Malgré ces considérations et bien que les troubles mentaux offerts par le malade correspondent assez bien à ceux que Kalbaum a assignés à la catatonie, l'auteur hésite à admettre ce diagnostic, l'existence de la folie catatonique ne lui paraissant pas encore suffisamment établie. G. D.

XXVI. **Considérations sur la catatonie** ; par J. Crocq. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, juin 1902.)

Après un exposé historique et critique de la catatonie considérée comme affection autonome, l'auteur relate les observations de trois malades présentant entre eux de nombreuses analogies : chez tous la maladie a débuté par un délire mystique avec agitation motrice et psychique intense, attitudes pathétiques, hallucinations de la vue et de l'ouïe ; puis s'est déclarée, plus ou moins rapidement, une période de mélancolie anxieuse entrecoupée de poussées maniaques, ensuite se sont montrés le mutisme, la cyanose des extrémités, les attitudes catatoniques ; enfin chez les deux plus anciens l'état démentiel est définitivement constitué.

« Cette schématisation des trois cas de catatonie que je viens de rapporter semblerait, *a priori*, dit l'auteur, prouver l'autonomie même de la maladie et les défenseurs de cette théorie ne manqueront pas de me faire remarquer que je démontre sans le vouloir, l'existence même de la catatonie.

« Il en serait ainsi si l'évolution symptomatologique que je viens de décrire, ne répondait qu'aux cas dans lesquels la catatonie survient... mais il existe un grand nombre d'observations de folie hystérique ou d'hébéphrénie qui ont évolué comme la catatonie, lesquels auraient dû conduire à la catatonie, si celle-ci constituait réellement une entité morbide et qui se sont, au contraire, terminés soit par la guérison, soit par la démence, sans que les patients aient, à aucun moment, présenté de phénomènes catatoniques... La catatonie ne peut donc, à mon avis, être considérée comme une entité morbide spéciale... elle ne constitue qu'un symptôme pouvant se rencontrer dans les états morbides les plus variés ».

G. D.

XXVII. **La prédisposition en étiologie mentale** ; par le Dr Marandon de Montyel (*Journ. de Neurologie*, 1904, nos 13 et 14.)

L'auteur s'attache à démontrer dans ce travail que si une prédisposition, héréditaire ou acquise, est nécessaire pour le développement des psychoses, celle-ci est cependant incapable à elle seule, sans le secours de causes occasionnelles, de donner naissance aux vésanies.

Héréditaire ou acquise, la prédisposition peut être *simple* ou *dégénérative*, mais la seconde, lorsqu'elle est *héréditaire*, se mani-

festerait toujours par une *exaltation* des facultés pouvant atteindre au génie, et quand elle est *acquise* par un *affaiblissement* plus ou moins marqué des mêmes facultés.

La dégénérescence d'origine héréditaire ne mettant pas à l'abri des causes capables d'engendrer la prédisposition acquise, on pourrait observer des cas mixtes résultant de la combinaison des deux dégénérescences et caractérisés par un mélange d'affaiblissement et d'exaltation des facultés.

M. Marandon de Montyel admet en outre que des psychoses différentes sont dévolues à la prédisposition *simple* suivant qu'elle est *acquise* (manie, hypémanie, confusion mentale et leurs variétés) ou héréditaire (folie intermittente, périodique, circulaire, à double forme, délire systématisé progressif, etc.).

Quand à la prédisposition *dégénérative*, si elle est *acquise*, elle ne pourrait donner naissance qu'aux mêmes formes psychopathiques que la prédisposition *simple* de même origine ; si elle est *héréditaire*, aux formes signalées plus haut viendraient s'ajouter les obsessions, les impulsions, la manie raisonnante et la folie morale. G. D.

XXVIII. **Considérations sur l'ampliation des ventricules latéraux dans les maladies mentales** ; par le Dr Marchand (*Journ. de Neurologie*, 1904 n° 10).

En mesurant la quantité de liquide céphalo-rachidien contenu dans les ventricules latéraux de 125 cerveaux d'aliénés, l'auteur a constaté que la capacité de ces cavités était augmentée dans toutes les démences et surtout dans la démence paralytique. Associée à une diminution de poids du cerveau, cette ampliation des ventricules latéraux constitue un des meilleurs signes des démences. Dans la paralysie générale, la pression du liquide céphalo-rachidien étant accrue, deux causes se surajoutent pour augmenter la capacité des ventricules latéraux : l'atrophie cérébrale, et la pression exagérée du liquide céphalo-rachidien résultant de la suractivité des plexus choroïdes enflammés. Dans les autres formes de démence, la pression du liquide est normale et l'ampliation des ventricules latéraux est la conséquence de l'atrophie cérébrale.

G. D.

Asile d'aliénés des Pyrénées-Orientales. — Sur la proposition de M. Maynou, le Conseil d'arrondissement s'associe au vœu émis par M. le Dr Parès, au Conseil général, dans sa session extraordinaire d'octobre 1904 en vue de la construction rapide d'un asile d'aliénés à Perpignan ou dans le département. (*La République des Pyrénées-Orientales*, 11 oct.). — Tous les départements devraient avoir leur asile d'aliénés, adultes et un *Asile-Ecole* pour les enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, amoraux.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XLIII. **Contribution à la psychologie de l'apraxie motrice** ; par A. Pick. (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902.)

Un homme de cinquante-neuf ans perd un beau jour soudain la faculté de parler, ou il s'exprime tout de travers ; il ne peut lire, les caractères se brouillant devant ses yeux, écrire car il est incapable de trouver les traits nécessaires au tracé des lettres ; il conserve sa connaissance, l'ouïe, le mouvement. Trois jours plus tard il est guéri. Depuis, tous les quinze jours il a les mêmes accès en éprouvant de la contracture dans la région massétérine. Un d'entre eux se borne à des nuages ou à des anneaux de feu devant les yeux ; un autre se traduit par une angoisse subite avec impossibilité de dire ce qu'il veut. Il y a trois années que cela dure. Un des derniers épisodes se manifesta sur la promenade par une sorte de somniation kaléidoscopique, sans perte de connaissance. Une fois pendant sa toilette, au moment où il se disposait à aller aux cabinets, envahi brusquement d'un sentiment d'angoisse, d'inquiétude, d'ambiance bizarre, au lieu de prendre son chapeau, il saisit son pot de nuit et le porte machinalement aux water-closets où il le dépose ; il croit à une impulsion consciente. Dans les mêmes conditions, un autre jour, il souille de l'eau qu'il vient de verser dans un verre, à l'aide de l'eau sale du lavabo, et il s'en aperçoit aussitôt.

De l'examen matériel et mental du sujet, l'auteur conclut à l'apraxie motrice par accès. Il analyse comparativement les faits de Liepmann (*Das Krankheitsbild der Apraxie und motorischer Asymbolie*, tirage à part 1900.— *Neurolog. Centralbl.* 1902, p. 615. Société de psychiatrie et maladies nerveuses de Berlin. 9 juin 1902). A rapprocher de l'observation donnée par nous dans l'*Idée fixe.* (*Archives de Neurologie*, t. VIII, 1899, p. 30). P. Keraval.

XLIV. **Cas insolite de spasme facial ; myokymie limitée au facial gauche** ; par M. Bernhardt. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.) — **Observation de spasme facial tonique primitif avec palpitations musculaires** ; par L. Newmark. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903.)

L'observation de Bernhardt concerne une femme de vingt-sept ans chez laquelle se sont développées à son insu des convulsions fibrillaires des muscles du côté gauche de la face. Incessantes,

elles ne produisent pas de mouvements ; ce sont des palpitations. La fente palpébrale du même côté est rétrécie depuis quelques semaines. Aucune autre anomalie sauf une sclérose de l'oreille moyenne avec hypo-acousie qui ne gêne guère la conversation. Guérison sous l'action de courants galvaniques faibles (anode dans la fosse mastoïdienne) et de K. Bra à petites doses. L'auteur après avoir examiné l'hypothèse d'une paralysie faciale antécédente, d'une affection protubérantielle ou bulbaire absente, diagnostique la myokymie de Fr. Schultze ou chorée fibrillaire de Morvan (1890). Observations de G. Hoffmann (1895), C. Meyer, Buber, (1897), Biancone et Karcher, Wiliamson (1901).

Dans l'observation de M. Newmark qui concerne un étudiant en médecine de vingt-trois ans, la contracture est un peu plus prononcée, et les palpitations s'étendent au peaucier du cou. Ce jeune homme aurait eu, il y a sept ans, une affection faciale semblable. Sa guérison s'effectue en deux temps. Mais deux années plus tard le patient présente des accidents du côté de la moelle (sclérose en plaques probable) auxquels il succombe en trois ans.

P. Keraval.

XLV. **Observation de névrite périphérique de l'hypoglosse droit ;** par A. Panski. (*Neurolog. Centralbl* .XXII. 1903.)

L'auteur l'attribue à une inflammation pharyngienne avec tuméfaction ganglionnaire. Comparé aux observations de Hoffmann, Montesano, Erb, Marina, ce cas en diffère par la marche rapide, par l'absence dans la moitié de la langue atrophiée et dans le nerf enflammé d'altérations qualitatives de l'excitabilité électrique (aucune trace notamment de réaction dégénérative), par l'absence des convulsions brillaires dans les muscles de la langue paralysés. Ces deux derniers caractères se retrouvent dans une observation de Mœbius, (Paralysie simultanée de plusieurs nerfs craniens. *Archives de Neurologie*, 1889, t. XVII, p. 292). Il s'agissait d'un jeune garçon de neuf ans affecté de paralysie de plusieurs nerfs craniens d'origine basale, syphilitique (?). Langue déviée à gauche ; la moitié gauche de l'organe plus étroite, plus mince, plus molle que la moitié droite, n'est le siège d'aucune convulsion fibrillaire ; d'abord il semble y avoir hyperexcitabilité électrique du côté hémiatrophique, puis rien de semblable ne se manifeste plus, bien que l'hémiatrophie subsiste plusieurs mois encore. Mœbius s'en étonne sans y pouvoir trouver d'explication.

P. Keraval.

XLVI. **L'hystérie** ; par William B. Young, de Bon-Air (Tennessee). (*Medical News*, n° 1613, vol. 83, p. 1118.)

L'auteur n'a l'intention de traiter que l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement de cette névrose. En ce qui concerne

l'étiologie, il pense que l'hérédité ne joue qu'un rôle insignifiant, mais l'imitation consciente ou inconsciente est le plus grand facteur de l'hystérie. L'auteur n'en veut pour preuve que les grandes épidémies qui, au moyen âge, ont sévi sur les communautés religieuses, l'entraînement des croisades, etc. Les faits mêmes qui semblent nettement causés par l'hérédité sont le plus souvent produits par l'imitation, par les enfants, des accidents névropathiques de leurs parents. Les faits d'hystérie tardive ne sont pas plus contradictoires à cette idée qu'à celle de l'hérédité : il est le réveil de l'imitation mise en réserve dans l'enfance par l'intelligence inconsciente (*inconscious mind*). Or, les filles vivent plus constamment en contact avec leurs mères et peuvent ainsi plus aisément mettre en action leur imitation inconsciente. Ce fait permet, plus que la doctrine de l'hérédité, de fournir l'explication du plus grand nombre d'hystériques femmes (20 femmes contre 1 homme).

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur, pour qui l'hystérie est une psychose, pense que l'on devrait « trouver les lésions dans la glande pituitaire », à cause, dit-il, de la ressemblance des symptômes de l'acromégalie et de l'hystérie.

Quant au traitement, il doit être avant tout psychique et tendre à divertir le malade et à l'entourer d'une atmosphère de gaité. Il serait désirable que la charité commune s'occupe d'étendre les bienfaits de cette cure aux hystériques pauvre. De cette façon, on verrait décroître l'hystérie au lieu de la voir s'accroître.

Marcel VIOLLET.

XLVII. **Tic convulsif avec coprolalie**; par H. MOREL DE LITCHFIELD (Miunesota). (*Medical News*, n° 1612, vol. 83, 5 décembre 1883, p. 1082, 1 fig.)

Dans le tic convulsif ou maladie de Gilles de la Tourette, on observe des impulsions verbales de diverses natures : onomalopées, cris d'animaux, écholalie, coprolalie, etc. Par un effort de volonté, le malade peut parfois résister à l'obsession devant le monde, mais il lui donne libre cours lorsqu'il est seul. Le diagnostic est facile à faire lorsque le syndrome est au complet, ce qui se présente dans le cas rapporté par l'auteur.

Il concerne un jeune homme de dix-huit ans, sans antécédents héréditaires ni personnels et qui n'a pas eu de convulsions dans son enfance. Aucun signe physique de dégénérescence, état général très bon. Début de l'affection à douze ans, par des tics de la face; ces tics augmentent progressivement de force et s'étendent à la nuque, puis aux épaules et aux bras qui sont animés de mouvements violents et simultanés. Deux ans après, les spasmes de la face sont accompagnés de bruits qui ressemblent à « hum » et à « Whoa ». Ces bruits involontaires et qu'il

ne peut retenir en font la risée de tout le monde. Parfois, ces bruits sont remplacés par des injures et des mots obscènes. Traité successivement par les bains, l'électricité, le massage, etc., ces traitements n'ont eu aucun résultat. Traité par l'auteur, par l'isolement et le nitrate d'argent à doses progressives, il fut guéri de sa coprolalie en trois semaines, les bruits qu'il faisait entendre avaient cessé au bout de deux mois. Tout le syndrome reprit pendant une semaine à la suite d'un incendie, puis disparut progressivement pendant huit mois d'isolement pour reprendre graduellement toutes les fois qu'il sort en public.

Marcel VIOLLET.

XLVIII. **Un cas de tétanos céphalique avec paralysie faciale et oculaire, guérison**; par G. HALTENHOFF. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1902, n° 9.)

Il s'agit d'un enfant de trois ans qui en tombant sur le bout d'un bâton avec lequel il creusait la terre se fit une plaie à la partie inférieure de l'orbite droite. Bien qu'une injection de sérum antitétanique ait été pratiquée deux jours et demie après l'accident, on vit survenir une paralysie du facial droit et du moteur oculaire externe gauche accompagnée de raideur de l'orbiculaire et de trismus. L'auteur attribue la guérison du petit malade à l'injection préventive de sérum antétanique car bien qu'inférieure à celle du tétanos traumatique en général, la mortalité du tétanos céphalique est encore assez élevée (61 p. 100).

Notons eu outre que les cas de tétanos accompagnés de paralysies craniennes sont plus graves que ceux qui évoluent sans cette complication. Bien que l'examen histologique des nerfs atteints de paralysie soit resté négatif dans les cas mortels on tend à admettre que ces paralysies sont le résultat de l'action du poison tétanique sur les centres de la moelle allongée et de la protubérance.

G. D.

XLIX. **Paralysie faciale : rire et pleurer spasmodiques ; localisation cérébrale** ; par M. PIÉRY. (*Société des Sciences médicale, de Lyon*, 3 février 1904.

Observation d'hémiplégie gauche totale avec rire et pleurer spasmodiques chez une femme de quarante-quatre ans, syphilitique.

A propos de cette observation M. Piéry pose le problème de la localisation cérébrale du rire et pleurer spasmodiques et de celle du syndrome : paralysie volontaire avec conservation de l'expression des émotions.

Il accepte l'hypothèse de Brissaud qui localise le rire et le pleurer spasmodiques dans le segment antérieur de la capsule interne,

et non celle de Bechterew, pour qui le symptôme est réalisé par une lésion de la couche optique.

Dans l'observation de l'auteur la localisation de Brissaud est la seule en effet qui puisse expliquer à la fois les crises de rire et de pleurer, et la paralysie faciale disparaissant à l'occasion des mouvements de la mimique faciale.

L'interprétation de ces deux syndromes juxtaposés exige même l'intégrité de la couche optique dont la lésion détermine un syndrome facial diamétralement opposé à celui en question.

G. C.

L. **Un cas de voix eunucoïde datant de l'ictus dans l'hémiplégie**; par M. Grasset (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 8).

Il s'agit d'une femme de soixante-dix ans qui immédiatement après un ictus apoplectique suivi d'une hémiplégie classique présenta le phénomène connu sous le nom de voix *eunucoïde* (voix de soprano avec impossibilité d'émettre des sons graves) que l'auteur crut pouvoir attribuer à une paralysie d'origine cérébrale du crico-thyroïdien.

Cette hypothèse fut confirmée à la fois par l'examen laryngoscopique et par l'examen électrique des muscles du larynx.

G. D.

LI. **Un cas de tétanos céphalique avec diplégie faciale**; par le Dr Bouchaud. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 3.)

Il s'agit d'un homme de trente-six ans qui, à la suite d'un accès d'épilepsie, se fit une plaie à la face dorsale du nez; quelques jours plus tard, il fut atteint de trismus avec diplégie faciale et dysphagie, puis d'accès de dyspnée et finalement succomba dans une crise de suffocation.

On sait que le tétanos céphalique est dû à l'introduction dans les tissus du bacille de Nicolaïer et de la toxine qu'il élabore. C'est par une plaie qui siège habituellement dans la région orbito-temporale mais qui peut être située dans un autre point de la face et même sur la muqueuse buccale ou pharyngée que s'effectue l'inoculation.

Il semble bien que, chez le malade en question dont la plaie occupait la région médiane du nez, la toxine tétanique se soit propagée par les fibres sensitives des deux nerfs de la cinquième paire jusqu'aux centres mésocéphaliques et qu'elle ait ainsi provoqué, avec le trismus, une paralysie faciale bilatérale. On n'a encore donné de ce dernier accident aucune explication satisfaisante.

G. D.

LII. **Un phénomène palpébral constant dans la paralysie faciale périphérique**; par MM. DUPUY-DUTEMPS et CESTAN. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 3.)

Ce phénomène peut être considéré comme constant puisqu'il s'est montré dans 15 cas de paralysie faciale périphérique. Voici en quoi il consiste : le malade, regardant en bas, on lui commande de fermer énergiquement les yeux, on voit alors dans la paupière supérieure du côté paralysé se relever brusquement découvrant le globe oculaire qui est convulsé en haut.

Ce phénomène est dû à ce que dans les cas de paralysie faciale, la paupière supérieure n'étant plus maintenue par l'orbiculaire, est fortement entraînée en haut pendant les efforts d'occlusion des yeux, par le globe oculaire qui s'élève à ce moment grâce à un mouvement associé et inconscient.

Inversement, lorsque l'œil se dirige en bas, il entraîne avec lui la paupière supérieure qui s'abaisse ainsi fortement, malgré l'inertie complète de l'orbiculaire.

La même explication s'applique aux mouvements de la paupière inférieure.

Le phénomène palpébral n'est donc, en réalité, que l'amplification d'un mouvement normal très peu apparent à l'état physiologique ; il n'en constitue pas moins un signe spécial à la paralysie de l'orbiculaire puisqu'il manque dans les lagophtalmies dues à une autre cause : exopthalmies diverses, maladie de Basedow, rétractions cicatricielles des paupières, etc. G. D.

LIII. **Un cas particulier de paralysie faciale**; par le Dr BIENFAIT. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 2.)

Observation d'un cas de paralysie faciale intéressant en raison des phénomènes bulbaires qui l'accompagnaient et qui rappelaient la symptomatologie de la maladie de Menière. D'après l'auteur la lésion qui avait déterminé cette paralysie siégeait dans le conduit auditif interne et intéressait à la fois le nerf facial et le nerf auditif. G. D.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. **Sur l'appréciation des dénonciations et témoignages des hystériques dans la pratique médico légale** : par le Dr BIONDI. (*Riv. Sp. di fren.* 1903. fasc. 1, t. II).

Deux observations, montrant que, dans la pratique, les dénon-

ciations et témoignages des hystériques peuvent avoir une valeur très variable.

Il est certain que si la fausse dénonciation a un caractère fantastique et romanesque, quand il ne manque ni la lettre anonyme, ni un certain mystère, le soupçon de mensonge viendra facilement même à l'esprit du magistrat. Et alors l'expert trouvera souvent dans l'étude du sujet des troubles plus ou moins profonds de l'intelligence, des faits d'hallucination, d'auto-suggestion. Il s'agira dans la plupart de ces cas de forme hystériques graves avec épisodes plus ou moins prolongés de troubles psychiques, parfois avec des anomalies profondes du caractère, ou perversions sexuelles.

On rencontrera plus de difficultés, si l'hystérique accusatrice manque de troubles intellectuels évidents de forme ou de contenu, et si l'anomalie psychique se limite à un dérèglement de l'imagination, ou à l'insuffisance plus ou moins complets de sentiments moraux. Alors la fausse dénonciation prendra plus facilement un caractère de vraisemblance parce que même devenue inconsciente par un travail d'auto-suggestion, elle a toujours son origine dans un processus inconscient. Même dans ces cas, il y aura dans la dénonciation quelque circonstance qui révèlera l'imprévoyance et le caractère superficiel commun aux dégénérés ; et d'autre part l'examen du sujet révèlera des anomalies somatiques, l'obtusion et la perversion du sens moral, le dérèglement d'imagination qui se traduit par le mensonge plus ou moins habituel.

En tout cas, l'expert tiendra compte des preuves spécifiques, des antécédents de l'accusé, des circonstances extrinsèques au fait, de tout cet ensemble de preuves qui, parallélement avec les résultats de l'examen somatique et psychique du témoin ou de la plaignante, pourront mettre en mesure d'établir un jugement sur chaque cas particulier.

Si l'on est en face d'une hystérique, pour ainsi dire plus sensitivo-motrice que psychique, quand on ne rencontre chez elle ni troubles intellectuels, ni anomalies du caractère, ni dérèglement notable de l'imagination, ni émotivité, quand son récit n'a rien de romanesque, et concorde avec ce qu'on peut voir autre part, que l'expert ne craigne pas de déclarer que l'on peut faire quelques cas de ses allégations et le magistrat par une instruction attentive, pourra ainsi éviter une erreur judiciaire sans tomber d'autre part dans l'excès de dénier toute créance aux déclarations des hystériques. •

J. SÉGLAS.

II. **Phases médico-légales de la loi de Vermont en ce qui concerne l'observation des criminels aliénés** ; par WALTER DE BERRY (*The American Journal of Insanity*, juillet 1902, p. 103, 115).

L'auteur, après avoir rappelé les erreurs judiciaires, insiste sur-

tout sur la nécessité d'un examen prolongé des coupables qui plaident la folie pendant une période d'observation suffisante à l'asile.

SIMON.

III. **Syphilis et divorce** ; par PRINCE A. MORROIR. (*Médical Neus*, n° 1613, vol. 83, p. 1110.)

Après un bref exposé des cas délicats où le médecin peut être appelé à formuler un avis au sujet d'une syphilis transmise par des rapports conjugaux, l'auteur expose qu'en aucun code la contamination vénérienne n'est considérée comme un cas de divorce, sauf au Kenbucky. Partout ailleurs l'appréciation est laissée au jugement de la cour, qui fait l'état des circonstances dans lesquelles la syphilis a été traumatisée, traitant différemment les conjointes selon qu'il y a eu immoralité, rapports avant le mariage adultère, dans la transmission de la syphilis, ou que la syphilis contractée en dehors des contacts vénériens, a été ignorée du conjoint d'où est partie la transmission (contamination professionnelle : chancre du sein chez les nourrices, etc.)

L'auteur fait ensuite une revue générale des façons dont la question est tranchée par les codes des différents pays et ramène son étude à trois points principaux : contraction du mariage, annulation du mariage, divorce.

En ce qui concerne le premier point, l'existence de la syphilis chez un des fiancés est suffisante pour empêcher le mariage et faire rompre les promesses et les engagements.

En ce qui concerne l'annulation du mariage, l'auteur cite des cas où la contagion syphilitique en a été la cause. Mais on employa des artifices de procédure ; dans un cas, il est parlé de malformations rendant impossible les rapports sexuels normaux ; dans un autre cas de fraude, l'homme ayant nié la syphilis avant son mariage.

En ce qui concerne le divorce, la question a été jugée différemment par les médecins, les juristes et les juges qui ont précédé l'auteur, qui fait porter son étude non seulement sur le code de son pays mais encore sur celui des autres nations et en particulier de la France. En France, dit-il, les tribunaux attachent une grande importance à la question de contamination antérieure ou postérieure au mariage, et font du second cas seul un cas de séparation.

La femme qui a contracté la syphilis de son mari et qui désire en faire un sujet de divorce doit prouver : 1° qu'il a la syphilis ; 2° qu'elle a la syphilis ; 3° que la syphilis de son mari est la cause de la sienne.

Ces trois points semblent à l'auteur de grands obstacles pour une demande en divorce, en raison du scandale qu'ils suscitent et

de la honte qu'ils entraînent pour la femme elle-même. Il en conclut que les lois existantes ne sont pas suffisantes pour assurer la protection à la femme aussi indignement trompée et atteinte à la fois dans son honneur et dans sa santé. Marcel VIOLLET.

IV. **Juges et experts**; par A. HOCHE. — **Juges et experts**; par P. NOECKE. (*Neurolog. Centralblatt.* XXI. 1902.)

M. Naecke dit : « L'expert sachant indubitablement plus, dans sa spécialité, que le juge le plus instruit, ce dernier n'a qu'à se conformer sans réserve à sa décision ». On peut cependant entendre plusieurs experts, et, « dans le cas de désaccord, c'est au collége médical qu'il doit appartenir de trancher le différend. » Afin que le juge ne soit pas réduit au rôle d'automate, il est à désirer qu'il possède quelque instruction en matière de médecine mentale et dans les sciences connexes. (*Archiv f. Criminalanthropologie...* 1900. III. p. 99.). Frank (*Psychiatr. Wochenschr.* 1901, n° 37), insiste sur le rôle muet du juge, « puisque le rapport de l'expert met en évidence l'irresponsabilité du prévenu ». Il ajoute « qu'il faut sans délai satisfaire aux conclusions en faveur de l'examen mental d'un prévenu. »

M. Hoche pense que ces prétentions ne tendent à rien moins, dans les cas où l'état mental est douteux, qu'à transformer le médecin expert, qui n'est qu'un conseil technique, en un juge rendant un verdict. Discussion...

M. Naecke répond... Qui niera que l'expert digne de confiance en sache plus long qu'un profane ? Ce profane doit donc se soumettre à l'appréciation de l'expert, fût-il juge. L'arrêt doit néanmoins demeurer entre les mains du juge; il est d'ailleurs bien rare qu'il soit réduit à juger sans comprendre le rapport de l'expert. S'il en est ainsi il suspend son jugement ou renvoie l'affaire. Voici, par exemple, une interdiction demandée pour un paralytique en rémission qui répond brillamment et ne présente que peu ou pas de signes physiques. Le médecin affirme que c'est un paralytique. Le juge doit interdire. C'est au surplus pourquoi les juges doivent posséder une teinte de la spécialité, bien choisir les experts et en nommer plusieurs. L'appel au collège médical s'explique par ceci que le membre aliéniste de ce collège est généralement un des psychiatres les plus capables du pays. P. KERAVAL.

V. **Vol avec escalade et effraction Simulation d'aliénation mentale. Rapports médico-légaux**; par les Drs LENTZ et de BŒCK. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1902. n° 106.)

VI. **Organisation d'un service de médecine mentale dans les prisons**; par le Dr E. MASOIN. (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 11.)

Les établissements pénitentiaires de la Belgique sont répartis en trois circonscriptions desservies chacune par un médecin aliéniste. Lorsque la conduite d'un détenu donne lieu de suspecter son état mental, le directeur de la prison en avertit le médecin aliéniste de la circonscription, lequel, après examen du détenu, adresse un rapport à l'administration et rédige, s'il y a lieu, un certificat de collocation dans un asile d'aliénés. Cette organisation, d'après l'auteur est susceptible de plusieurs améliorations ; il estime que le médecin ordinaire de la prison est placé dans de meilleures conditions que le spécialiste, pour procéder à l'expertise des détenus, à la condition, bien entendu, que l'administration centrale se décide à ne plus introduire dans les prisons que des médecins possédant des connaissances spéciales en psychiatrie.

En second lieu M. Masoin se déclare partisan de la création pour les condamnés reconnus aliénés, de la création d'un *asile-prison*, destiné à remplacer les quartiers spéciaux des asiles de Mons et de Tournai, dans lesquels ces sujets sont actuellement colloqués. Cet asile-prison serait situé au voisinagne du pénitencier central et pourvu d'un quartier spécial d'observation.

Enfin, M. Masoin s'élève contre la prérogative accordée aux directeurs des prisons lesquels sont actuellement seuls juges de l'opportunité de soumettre un détenu à une expertise ; il voudrait que le médecin et le directeur de la prison soient investis tous deux de ce droit et se missent d'accord sur chaque cas.

G. DENY.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

VIII. **Comment faut-il traiter les neurasthéniques** ; par GLORIEUX. (*Policlinique de Bruxelles*. Avril 1902).

L'auteur préconise un traitement familial pour les neurasthéniques et combat le traitement dans un établisssement qui déprime souvent les malades au lieu de les améliorer. M. H.

IX. **De l'application des bains d'air chaud au traitement des aliénés et des épileptiques** ; par I.-S. GERMAINN. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902. 6, 7, 8, 11, 12.)

Long mémoire très soigné dans lequel sont successivement étudiés : 1° Les moyens physiques et médicamenteux employés dans le traitement de l'agitation et de l'insomnie chez les aliénés ;

2° L'application des bains d'air chaud au traitement des épileptiques et des aliénés ; 3° L'action de ces bains sur l'insomnie, le pouls, la respiration, les modifications de poids, l'excrétion sudorale des aliénés. Nombreuses observations, minutieusement prises. Nous relevons ce qui suit.

A. Un traitement sudorifique mesuré n'exerce aucune action sur l'état morbide des *épileptiques* ; une sudation plus intense se traduit par la recrudescence des accès. Il faut supposer que lorsqu'on pousse l'excrétion des substances toxiques celle-ci est ensuite pleinement compensée par l'augmentation de leur production dans l'organisme, et que, si l'on insiste trop pour les chasser, la formation du toxique l'emportant sur son excrétion, la maladie empire.

B. Chez les *aliénés*, les bains d'air chaud ont sur les bains d'eau les avantages que voici : 1° Souvent ils agissent plus favorablement sur l'agitation et l'insomnie que les bains d'eau ; 2° Ils tonifient le cœur, et son ralentissement se continue de quelques heures à à quelques jours ; 3° Le bain d'air coûte meilleur marché et n'exige pas d'installations spéciales ; 4° Le chauffage du bain d'air chaud à l'aide d'une grande lampe à pétrole s'effectue à peu près en un quart d'heure ; 5° La quantité des bains de ce genre est illimitée.

P. KERAVAL.

X. **Communications sur le véronal** ; par O. MATTHEY (*Neurolog. Centralbl.* XXII, 1903.) — **Essais cliniques avec le véronal** ; par W. SPIELMEYER (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXVI. N. F. XIV. 1903.) — **Expériences avec le véronal dans les états d'agitation des paralytiques généraux** ; par K. ABRAHAM (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXVII. N. F. XV, 1904).

Administré dans du thé chaud, le véronal par doses de 0,50 à 1 gramme au maximum en une fois, ne doit pas dépasser 3 grammes par jour, sauf peut-être quand on a affaire à une agitation extrême. C'est alors un *soporifique et un sédatif* excellent. Il calme ou fait dormir généralement en une demi-heure d'un sommeil calme, profond, réparateur, qui, même pour des petites doses de 0,50 dure six à sept heures. Réveil d'ordinaire agréable ; cependant pour des doses de 1 gramme il subsiste quelque somnolence. Il agit plus promptement que la plupart des autres médicaments de ce genre. En dehors de l'accoutumance, dont il est aisé de triompher en suspendant le médicament il n'a pas, à part quelques vertiges et quelque ralentissement du pouls (à 4 grammes), d'inconvénients (O. Matthey).

C'est, dit à son tour M. Spielmeyer, un bon sédatif et surtout un hypnotique des plus recommandables. Pris dans du pain azyme, il ne détermine ni tintouins, ni photopsies, vertiges ou nausées.

Même à hautes doses ou à doses longtemps prolongées, il n'agit sur aucun viscère. Dans le cas d'accoutumance, il suffit de doses lentement progressives pour venir à bout de l'insomnie ; l'incertitude de son action dans l'agitation de la démence précoce tient à la nature du symptôme. Si, à la dose de 1 gramme il entretient quelque assoupissement, il suffit de substituer au véronal deux fois par semaine de la paraldéhyde ou du trional. Ces inconvénients sont dépourvus de danger ; le véronal est inoffensif.

Tel n'est pas l'avis de M. Abraham. Il a constaté que maints paralytiques refusent le véronal ; que l'action de ce médicament s'affaiblit au bout de plusieurs jours, qu'il peut déterminer des troubles cardiaques et respiratoires inquiétants, que l'effet en est inégal. Comme il est difficilement soluble, comme il possède un goût désagréable, comme il ne peut être employé en injections hypodermiques, et qu'en outre il coûte cher, il ne saurait, pense M. Abraham, être introduit dans la pratique. P. KERAVAL.

XI. **Méningite cérébro-spinale. Traitement par production d'un abcès de fixation. Guérison**; par le Dr PROBST. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1902, n° 20.)

Observation d'un homme de vingt-cinq ans, qui fut pris subitement de céphalalgie, de fièvre, de vomissements avec raideur de la nuque, convulsions localisées au bras et à la jambe droites, etc. On posa le diagnostic de méningite cérébro-spinale et on provoqua un abcès de fixation, en pratiquant une injection de térébenthine sous la peau de l'abdomen. Dès le lendemain, les vomissements et les convulsions cessèrent et, un mois après, le malade était complètement rétabli.

L'auteur, toutefois, ne croit pas pouvoir tirer de ce fait unique des conclusions positives relativement à l'action curative des abcès de fixation. G. D.

XII. **Notice sur un nouvel appareil pour les fractures de la rotule chez les convulsionnaires et les aliénés** ; par le Dr BEESAU. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique, juin* 1902.)

Cet appareil se distingue des autres par deux organes essentiels : 1° une plaque de carton pleine qui s'applique sur la rotule dont les fragments ont été préalablement rapportés au moyen d'une plaque de carton trouée ; 2° une ceinture abdominale qui immobilise toute la partie inférieure du tronc et empêche les soulèvements du bassin. L'auteur relate trois cas de fracture de la rotule chez un hystérique, un épileptique et une aliénée, où l'application de cet appareil a été suivie d'une prompte consolidation. G. D.

ASILES D'ALIÉNES.

I. **De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est ; ce qu'elle doit être ;** par le Dr Samuel Garnier.

Il est assez fréquent, surtout dans les maisons de santé, de voir un tuteur profiter des revenus d'un aliéné interné, se les approprier et n'en consacrer qu'une petite portion à l'entretien du malade. L'étude de M. S. Garnier, montre, avec faits à l'appui, la facilité avec laquelle on peut spolier les aliénés internés, dans la législation actuelle et la nécessité de reviser la loi de 1838 dans le sens d'une protection pratique et effective. (*Annales médico-psychologiques*, février 1903). E. B.

II. **L'Assistance publique des épileptiques ;** par le Dr V. Parent.

Dans cet article sont étudiés les progrès récents de l'Assistance publique des épileptiques aux Etats-Unis d'Amérique et en France ainsi que l'organisation des colonies fondées pour ces malades, colonies composées de pavillons petits, se rapprochant du genre des habitations ordinaires. Dans une colonie complète, il faut, en dehors des habitations des assistés : 1° un bâtiment central d'administration, où les colons ne devront aucunement avoir affaire ; 2° une infirmerie et même un petit hôpital, pour le traitement de tous les cas de médecine ordinaire ou de chirurgie ; 3° des ateliers de toute sorte.

L'idéal serait qu'une colonie se suffise entièrement à elle-même. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1903). E. B.

III. **Des sorties d'essai et des congés de distraction ;** par le Dr Hospital.

La nécessité des sorties d'essai et des congés de distraction est évidente et démontrée par l'expérience. Ces deux moyens doivent désormais faire partie de la thérapeutique générale de la folie, de par l'indication et sous la responsabilité du médecin traitant. Les pouvoirs publics et le maire devront être prévenus des sorties d'essai dépassant un jour. (*Annales médico-psychologiques*, août 1903). E. B.

IV. **Sur l'autonomie d'un Asile public d'aliénés**; par le Dr Dumaz.

L'auteur retrace l'histoire de l'Asile de Bassens, près Chambéry. Un accord va être signé, reconnaissant l'indépendance de l'Asile de Bassens en matière financière vis-à-vis des deux départements de la Savoie et fixant que le prix de journée, pour les malades placés d'office, sera réglé d'après les dépenses ordinaires. L'Asile pourra accumuler ses bonis annuels jusqu'à 200.000 francs avant que les départements puissent exiger une diminution proportionnelle de ce prix. (*Annales médico-psychologiques*, oct. 1903). E. B.

V. **L'Asile de Galkhausen** (près de Cologne); par le Dr de Maëre. (*Bull. de la Soc. de méd. ment.* de Belgique, 1903, n° 113).

Situé sur un plateau de 110 hectares de superficie (dont 45 boisés), l'asile de Galkhausen a été construit en 1902. Il se compose de 22 pavillons à un étage avec vérandah, pouvant recevoir chacun 40 malades. Seul le lazaret ou infirmerie n'a qu'un rez-de-chaussée. Les pavillons ont un caractère différent et sont disposés sans symétrie de chaque côté de l'avenue principale. Les cellules sont remplacées par des chambres d'isolement avec fenêtres aux carreaux épais, mais sans barreaux. Il n'y a pas de mur de clôture, mais une simple haie séparant l'asile des propriétés voisines.

La population est de 650 malades avec cinq médecins et 79 gardiens, soit un gardien en moyenne pour 8 ou 9 malades.

Les pensionnaires sont classés d'après leur état d'agitation; les agités sont placés dans des pavillons aux portes et aux fenêtres fermées; les demi-agités sont placés dans des pavillons aux portes fermées et aux fenêtres ouvertes; les uns et les autres ne vont au jardin qu'accompagnés. Les pavillons des tranquilles ont leurs portes et fenêtres ouvertes et les malades peuvent circuler librement dans le jardin.

Dans les pavillons fermés (40 malades) la surveillance est confiée à 7 gardiens, dans les pavillons demi fermés à 4 gardiens, et dans les pavillons ouverts, environ à 2 gardiens.

Lorsqu'un malade s'agite ou délire trop bruyamment on le traite par l'alitement d'abord, par la chambre d'isolement ensuite, et enfin par un bain de trois heures renouvelé deux fois par jour. Inutile de dire que tous les moyens de contrainte sont supprimés.

G. D.

VI. **Statistique clinique des alcooliques traités à l'asile de Bel-Air en 1901 et 1902**, par le Dr Papadaki. (*Rev. méd. de la Suisse-Romande*, 1903, n° 12.)

Sur les 508 malades entrés à l'asile de Bel-Air pendant les années 1901 et 1902, il y en a 50 pour lesquels l'alcool est indiqué

comme cause occasionnelle de la psychose et 85 pour lesquels cette substance a été la cause déterminante et directe de la maladie.

Parmi les sujets du premier groupe, on trouve seulement des épileptiques (34 p. 100) et des paralytiques généraux (20 p. 100).

Les affections du second groupe se répartissent comme suit : 1° *Psychoses aiguës :* delirium tremens 34, hallucinoses 11, délires atypiques 6, délires atypiques avec maladies graves concomitantes 12 ; 2° *Etats démentiels* : psychoses polynévritiques 4, démences alcooliques avec ou sans épilepsie 18.

La prédominance des hallucinations auditives, la possibilité de systématiser, la conservation de l'orientation, la fréquence des symptômes de polynévrite constituent les phénomènes caractéristiques de l'hallucinose.

Certaines affections des organes des sens peuvent, peut-être, dans certains cas, décider de l'éclosion du delirium tremens ou de l'hallucinose.

Sous la dénomination de délires atypiques il faut entendre les formes séparément décrites de l'*ivresse pathologique* et du *délire subaigu transitoire*.

Pour toutes ces psychoses, l'internement dans un établissement installé *ad hoc* est indiqué. L'expérience a démontré que l'abstinence totale et immédiate n'a jamais porté préjudice aux malades.

Les femmes paraissent être atteintes beaucoup plus souvent que les hommes de la psychose de Korsakoff.

La durée de l'internement à l'asile de Bel-Air, trop brève pour chaque cas particulier, donne néanmoins pour les années 1901 et 1902 un total de 3.083 journées de malades. Ce chiffre multiplié par 3 francs (prix du revient d'une journée) représente pour ces deux années la somme de 11.409 francs consacrée à un traitement palliatif. G. D.

VII. **Visite faite à un certain nombre d'établissements d'aliénés en Allemagne, Bavière et Autriche**; par le Dr DE MAERE. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1902, n° 106.)

Les établissements visités par l'auteur sont ceux d'Andernach, sur le Rhin, de Francfort, de Darmstadt, d'Heppenheim, de Heidelberg, de Munich, d'Obersendling, de Trieste et de Zurich. Il fournit sur chacun d'eux un certain nombre de renseignements intéressants et termine en disant : « Il est permis de certifier que, si nous pouvons apprendre bien des choses instructives à l'étranger et ainsi améliorer et perfectionner certains détails d'organisation dans les asiles, nous pouvons avec orgueil assurer que l'étranger peut lui-même venir apprendre chez nous beaucoup de choses utiles, dont il ignore même l'existence. » G. D.

VIII. **Colonie wallonne d'aliénés de Lierneux. — Rapport sur la situation médico-administrative** pendant l'année 1901 ; par le Dr Deperon. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, juin 1902).

« Le régime familial, dit l'auteur, évite aux malades trois choses douloureuses inhérentes à la plupart des asiles : la séquestration, l'inaction et le contact avec d'autres aliénés.

L'expérience montre que dans les colonies, l'état de la plupart des malades se modifie avantageusement. Est-ce la société constante de personnes saines, la présence d'enfants, la visite d'étrangers, les relations de familles qui produisent ce résultat ? Toujours est-il que l'aliéné se prend à s'intéresser, lui aussi à la maison où il est. Jusque-là perdu dans les grandes salles d'un asile et y vivant d'une vie artificielle, simple numéro d'un groupement, il n'avait, et ne pouvait avoir aucune individualité. Dans le milieu familial où il est seul de son genre et où il est quasi libre, tout change : son caractère, son énergie, sa volonté s'éveillent. Alors que la seule issue possible des hospices était la mort, il y a dans la vie de famille comme un espoir de guérison et celle-ci ne fût-elle pas complète, les résultats en seraient encore louables, car faire d'un malheureux qu'il soit moins malheureux, c'est presque une guérison. » Suivent un certain nombre de renseignements intéressants : 1531 aliénés de tous âges et des deux sexes ont été traités à la colonie de Lierneux depuis sa fondation ; 73 sont entrés en 1901. La proportion des guérisons a été de 4 p. 100 ; celles des décès de 4,66 p. 100. Les évasions ont été au nombre de 7. Un seul accident (suicide par submersion) s'est produit pendant l'année écoulée.

G. Deny.

VARIA.

Pour les enfants arriérés ou anormaux.

A la suite d'une mission confiée au Dr Gauraud, relative à la situation des enfants arriérés ou anormaux à l'étranger, et dont les résultats l'avaient vivement intéressé, M. Chaumier a chargé M. Marcel Charlot, inspecteur général de l'instruction publique, de lui fournir un rapport sur la situation au point de vue scolaire des anormaux physiques, intellectuels ou moraux. Voici le rapport de M. Marcel Charlot :

Paris, 30 septembre.

Monsieur le ministre,

La loi du 28 mars 1882 dit, dans son article 4, que « l'instruction primaire est obligatoire pour les enfants des deux sexes âgés de six

ans révolus à treize ans révolus ». Mais il est une catégorie d'enfants à qui, jusqu'ici, la loi n'a pas été appliquée : ce sont les sujets qui, soit au point de vue physique, soit au point de vue intellectuel ou moral, ne se trouvent pas dans des conditions normales pour recevoir l'enseignement commun.

L'instituteur public ne peut accepter ni encore moins garder dans sa classe des enfants incapables de prendre part aux exercices scolaires et dont la présence retarderait la marche des études et serait une cause de désordre, parfois même de scandale. Ces éliminations s'imposent dans l'intérêt de l'immense population normale des enfants de nos écoles.

Mais ce n'est pas envers celle-là seulement que l'Etat a des devoirs à remplir. Ses obligations ne sont pas moins strictes, elles ont même un caractère plus impérieux à l'égard des malheureux êtres d'exception : anormaux physiques, anormaux intellectuels, anormaux moraux. La société a sa part de responsabilité dans des tares qui sont, le plus souvent, le résultat de l'hérédité ou du milieu : elle doit donc prendre à sa charge la réparation ou l'atténuation de ces misères. Et ce qui est son devoir est également son intérêt. Laissés à l'état de nature, les anormaux ne cesseront, pendant toute leur vie, d'être pour la collectivité une lourde dépense. Au contraire, habilement et humainement traités par les nouvelles méthodes scientifiques, ils ne seront plus condamnés à demeurer irrémédiablement des non-valeurs sociales, des parasites onéreux et nuisibles, mais ils prendront une part, plus ou moins importante, dans le travail commun, et un certain nombre d'entre eux en viendront peut-être un jour à faire, pour la société, presque autant qu'elle aura fait pour eux.

Le législateur de 1882 n'avait pas méconnu cette conséquence de principe d'obligation, puisque l'article 4 de la loi du 28 mars porte, *in fine*, qu'un « règlement d'administration déterminera les moyens de donner l'instruction primaire aux sourds-muets et aux aveugles ». Mais ce règlement, qui reste encore à faire, n'était destiné, comme on le voit, qu'à deux catégories d'anormaux. Il laissait de côté tous ces petits êtres, d'une intelligence lente ou incomplète, qui ne peuvent sans doute s'accommoder de la discipline et des programmes appliqués dans nos écoles ordinaires, mais qui ne sauraient non plus être confondus avec les idiots et les crétins, et traités comme des incurables.

Le silence de la loi scolaire à leur égard s'explique surtout par ce fait qu'il y a vingt-deux ans les études psycho-physiologiques n'avaient pas été poussées aussi loin qu'aujourd'hui, et tenaient moins de compte de la graduation dans le classement des anomalies intellectuelles. Or, c'est précisément l'existence constatée de toutes ces variétés dans les infirmités mentales, et la détermination de leur curabilité, qui a donné à l'Etat enseignant la cons-

cience de devoirs nouveaux, et qui rend indispensable aujourd'hui l'élaboration du règlement attendu, dont les dispositions devront s'étendre à toutes les catégories d'anormaux éducables.

Même en ce qui concerne les sourds-muets et les aveugles, on est resté sous l'influence de cette idée ancienne, que le soin de leur infirmité relève beaucoup plus de l'assistance que de l'éducation, et que l'intérêt de la société à leur égard doit se manifester surtout par les secours matériels ou l'hospitalisation. Quant au devoir de les instruire, l'État s'en remettait et s'en remet encore aujourd'hui presque exclusivement à des institutions privées, dont la plupart sont congréganistes. Le tableau ci-dessous donne la répartition actuelle des aveugles et des sourds-muets des deux sexes entre les diverses maisons d'éducation qui leur sont affectées.

Aveugles.

	Garçons.	Filles.
L'Institution nationale, boulevard des Invalides, reçoit	160	80
L'École Braille (école départementale) à Saint-Mandé (Seine), reçoit . .	90	70
Une vingtaine d'écoles privées, répandues dans divers départements reçoivent environ.	300	200
Garçons	550	
Filles		350
Ensemble.	900	

Sourds-muets.

L'Institution nationale de la rue Saint-Jacques, à Paris, reçoit.	263	»
L'École nationale de Bordeaux . . .	»	220
L'École nationale de Chambéry . . .	86	38
L'Institut départemental d'Asnières.	180	120
66 écoles privées, dans divers départements	1.594	1.568
Garçons	2.123	
Filles		1.946
Ensemble.	4.069	

Or, bien que le nombre des sourds-muets et des aveugles en âge scolaire n'ait pu être établi d'une façon rigoureuse, on est d'accord pour reconnaître qu'il s'élève approximativement à sept mille pour les premiers et à quatre ou cinq mille pour les seconds. Ainsi, plus du tiers des sourds-muets et près des quatre cinquièmes des aveugles sont mis, en quelque sorte, hors la loi scolaire, où est cependant inscrit, en termes formels, leur droit à l'instruction.

Les arriérés intellectuels et moraux perfectibles, dont le nombre est beaucoup plus considérable que celui des aveugles et des sourds-muets (on ne l'évalue pas à moins de quarante mille), sont, au point de vue éducatif, encore plus délaissés.

La situation s'aggrave chaque jour, et, chaque jour, dans les congrès d'enseignement, d'assistance, de médecine, les voix les plus autorisées pressent l'Etat de remplir ses obligations. Ce qu'on lui demande, ce n'est pas de supprimer ou de supplanter l'initiative privée, ni celle des départements et des communes, à laquelle on doit déjà tant de fructueux efforts, mais de la considérer simplement comme une auxiliaire dans l'accomplissement d'une tâche qu'il ne saurait décliner, et que lui seul d'ailleurs peut embrasser dans son ensemble.

A quelles méthodes s'arrêtera-t-il? Quelles classifications établira-t-il entre les anormaux éducables? Quel type d'établissement leur destinera-t-on? Comment recrutera-t-il et formera-t-il le personnel enseignant? Comment, pour les élèves sortants, ménagera-t-il la délicate et périlleuse transition entre l'école et la vie? Mais n'aura-t-il pas, au préalable, à faire le recensement, aussi rigoureux que possible, des enfants qui ont droit à une de ces éducations spéciales, et à étudier scrupuleusement les expériences tentées et les résultats obtenus dans les établissements existants.

Quoi qu'il en soit, pour préparer une telle œuvre, l'Etat a les éléments nécessaires : les hommes de science, les éducateurs, les praticiens auxquels il fera appel lui apporteront le concours d'un savoir, d'une expérience, d'un dévouement auquel aura été rarement fournie une plus belle occasian de servir l'humanité.

Veuillez agréer, etc.

MARCEL CHARLOT,
Inspecteur général de l'enseignement primaire.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Chaumié a décidé, d'accord avec le président du conseil, d'instituer une commission chargée d'étudier la question. Sont nommés membres de cette commission :

MM. Léon Bourgeois, député, ancien président du conseil, ancien ministre de l'Instruction publique, président. — Baguer, directeur de l'Institut départemental des sourds-muets d'Asnières. — Bédorez, directeur de l'enseignement primaire de la Seine. — Binet, directeur du laboratoire d'études psychologiques à la Sorbonne.

Dr Bourneville, membre du conseil supérieur de l'Assistance publique. — Bruman, conseiller d'Etat, directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur. — Marcel Charlot, inspecteur général de l'instruction publique. —

Jacques Cohen, docteur en droit, chef adjoint du cabinet du ministre de l'Intérieur et des Cultes.

Collignon, directeur de l'institution nationale des sourds-muets. — Gasquet, directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique. — Jost, inspecteur général honoraire de l'instruction publique. — Lacabe, inspecteur primaire à Paris. — Malapert, professeur de philosophie au lycée Louis-le-Grand.

Mesureur, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris. — Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur. — Pissard, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur. — Robin, directeur de l'institution nationale des jeunes aveugles, à Paris. — De Saint-Sauveur, chef du bureau des établissements de bienfaisance au ministère de l'Intérieur. — Strauss, sénateur, membre du conseil supérieur de l'Assistance publique. — Mlle Stupuy, directrice d'école enfantine, à Paris. — Dr Jean Gauraud, chargé de mission, secrétaire.

Nous nous bornerons à noter, pour le moment, que depuis vingt-cinq ans nous réclamons l'application complète de la loi du 28 mars 1882, qui doit s'appliquer à *tous* les enfants, dans la mesure du possible. Or, comme la très grande majorité est améliorable, notre réclamation est justifiée. Afin d'arriver à ce résultat, nous avons fait adopter en 1889 par la commission parlementaire chargée de l'examen du projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés, un article imposant aux départements la création d'asiles-écoles pour les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral (idiots, amoraux).

M. Charlot semble faire encore une exclusion, au détriment des idiots et des crétins, ceux-ci de plus en plus rares, croyons-nous, ceux-là, au contraire, nombreux et quoiqu'on dise *très* améliorables, même à un degré prononcé. Nous avons réclamé pour tous les anormaux une statistique qui n'a jamais été faite sérieusement.

Si, dans le monde pédagogique, on ne fait que commencer à s'intéresser aux anormaux intellectuels et moraux, il y a bien longtemps que les médecins s'en sont occupés, ont réclamé pour eux des soins spéciaux, et tenté leur éducation.

On ne peut avant un essai prolongé du traitement médico-pédagogique déclarer un enfant incurable.

Certificats d'Aliénation; Secret Professionnel

Nous avons exposé les circonstances d'une affaire de séquestration, dont était saisi le tribunal civil de Lille. Le tribunal vient de rendre son jugement.

Après avoir rappelé les faits d'internement de M. Houtre, enfermé comme fou pendant cinq jours, en janvier dernier, à l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, ainsi que la peine que l'on a eue, malgré l'avis du médecin de cet établissement le déclarant sain d'esprit, à le faire sortir le tribunal estime qu'il n'a existé aucune connivence entre les trois défendeurs, Mme Houtre, le docteur Huart et M. Krebs, maire d'Hellemmes, assignés en payement de dommages-intérêts par M. Houtre.

En ce qui concerne Mme Houtre, le jugement admet sa bonne foi; quelques jours avant, son mari s'était livré à des violences extrêmes et avait même, en brisant la lampe dans un accès de colère, allumé un commencement d'incendie; elle avait en face d'elle un alcoolique qui, pour coups à sa femme, avait même été condamné à treize mois de prison.

Pour ce qui touche le maire, M. Krebs, le tribunal juge que sa responsabilité n'est pas davantage engagée. Il a agi sur le vu d'un certificat médical qui lui indiquait un danger imminent. Mais les juges retiennent une faute à la charge du docteur Huart, qui a délivré le certificat sans revoir le malade. En conséquence, Mme Houtre et M. Krebs, maire d'Hellemmes, sont mis hors de cause. Quant au docteur Huart, il est condamné à payer à M. Houtre la somme de 1 000 francs à titre de dommages-intérêts.

Cette même affaire a eu, le lendemain, son épilogue devant le tribunal correctionnel de Lille. Le docteur Masson, de Marq-en Barœul, avait adressé à son confrère, le docteur Huart, un certificat où il déclarait que jadis il avait soigné M. Houtre, et qu'il avait constaté que, à son avis, c'était un alcoolique invétéré, candidat à l'aliénation mentale. Au cours des polémiques que la séquestration de M. Houtre provoqua, le docteur Huart et M. Krebs publièrent cette lettre. Le parquet a poursuivi le docteur Masson pour divulgation de secret professionnel.

Le tribunal, dans son jugement, a déclaré que la règle du secret est formelle; qu'aucun tempérament ne peut y être apporté et que, notamment, on ne peut tenir compte du défaut d'intention de nuire ou du but poursuivi. Dans l'espèce, il y a lieu de se montrer d'autant plus sévère que le docteur Masson a ajouté dans sa lettre, comme par une sorte de préméditation : « Je vous autorise à faire de cette pièce l'usage que vous voudrez. » Le tribunal condamne le docteur Masson, pour violation d'un secret professionnel, à trois jours de prison avec sursis et 100 francs d'amende. (*Le Temps.*)

Ce fait montre la nécessité absolue de la part des médecins de ne pas délivrer de certificats quand ils n'ont pas vu les malades dans les dernières vingt-quatre heures et surtout quand il s'agit d'alcooliques chez lesquels il peut se produire une amélioration rapide.

Les aliénés en liberté.

Terrible drame de la folie. — *A coups de faux. — Trois victimes.* — D'après une dépêche adressée le 13 septembre, de Pallanzana au *Petit Parisien*, du 14 septembre, un pauvre fou, nommé Frédéric Zanaii, âgé de trente ans, qui habitait avec ses parents à Falmenta, a tué son père, sa mère et sa sœur dans des circonstance terrifiantes.

Durant la nuit d'avant-hier, se trouvaient réunis dans la cabane des Zanaii, qui sont pâtres, le père et la mère du fou, sa sœur, son beau-frère et un oncle. Vers minuit, Frédéric qui était particulièrement agité depuis quelques jours, se leva, alluma une chandelle de suif et alla réveiller sa sœur qui dormait.

Tout à coup, des cris terribles retentirent; le fou avait saisi la jeune femme à la gorge et l'étranglait. Les parents sautèrent hors du lit, mais Frédéric avait eu le temps de s'emparer d'une faux; il frappa à la tête sa sœur, dont la cervelle jaillit sur les murs. Epouvantés, les parents voulurent s'enfuir, mais le fou se plaça devant l'unique porte de la chaumière et commença à frapper au hasard autour de lui. Il atteignit sa mère à la poitrine, la mort fut intanstanée.

Le père, le corps labouré d'entailles profondes, se réfugia sous un lit; les autres parents du fou qui assistaient à cette épouvantable tuerie le virent bientôt se diriger vers eux, il frappa à la jambe son beau-frère et son oncle.

Ce dernier enfin réussit à se jeter sur lui et à le terrasser, mais après l'avoir frappé à coups de poing au visage pour l'assommer, il prenait la fuite. Lorsque, le lendemain, les carabiniers de Pallanza arrivèrent, ils trouvèrent Frédéric couché dans une mare de sang auprès du corps de son père et de sa mère. On le crut mort, mais à peine était-il sur le brancard qui devait le transporter qu'il s'échappait. Il avait dormi sur le sol auprès du cadavre de ses parents. Les carabiniers l'ont conduit à l'asile d'aliénés de Novare.

Ainsi qu'on le voit, il n'y a pas malheureusement qu'en France qu'on retarde l'hospitalisation des aliénés.

Assistance des idiots.

Assassinat par sa mère d'une idiote aveugle. — Au hameau du Petit-Mont, dit le *Progrès de Lyon*, du 31 juillet, habitait une femme Pollet âgée de soixante-dix-huit ans. Cette femme

avait avec elle sa fille âgée de quarante ans. La fille était *idiote* et ne pouvait travailler et la mère devenait *aveugle*. Bien souvent la pauvre femme se plaignait à ses voisins de sa triste situation : son âge et son infirmité n'allaient bientôt plus lui permettre de subvenir aux besoins de sa fille et aux siens et elle était décidée à se suicider. Ses voisines la réconfortaient de leur mieux, elles lui faisaient comprendre ce que deviendrait sa fille si elle mettait son funeste projet à exécution. A cela elle répondait invariablement : « Je la tuerai avec moi. » Hier la malheureuse décida d'en finir. Les voisins trouvèrent dans l'après-midi les corps des deux femmes dans une mare.

La gendarmerie prévenue aussitôt se rendit sur les lieux accompagnée du juge de paix, du greffier et de M. le Dr Edouard. Des premières constatations il résulte que la femme Pollet a noyé sa fille en se noyant elle même. Le drame a dû être terrible. L'idiote ne voulait pas mourir et voulait s'échapper de l'étreinte de sa mère; mais la malheureuse fut vaincue et les deux femmes roulèrent dans la mare. Des traces de coups à la tête prouvent surabondamment cette lutte. La femme Pollet était très estimée dans le pays, où ce terrible drame a jeté la consternation.

ASSISTANCE A DOMICILE : SÉQUESTRATION ET ASSASSINAT D'UN DÉMENT.

D'après une dépêche de Coblentz, 31 juillet au *Progrès de Lyon* (31 juillet), un crime effroyable vient d'être commis à Windesheim, près de Kreuzenach, la célèbre ville d'eau de la Prusse rhénane. Un incendie ayant éclaté chez le serrurier Stoffel, les pompiers s'empressèrent d'accourir ; déjà toute la maison était en feu, et il ne fallait pas songer au sauvetage. Mais des cris plaintifs s'étant fait entendre dans le brasier, quelques hommes courageux réussirent à pénétrer dans une chambre du rez-de-chaussée.

Au pied d'un lit gisait le cadavre d'un nommé Steyre, beau-frère du serrurier Stoffel. Chose horrible, les bras et les jambes du cadavre avaient été sectionnés. Sur le lit étaient fixées des cordes à moitié calcinées, qui avaient servi à attacher Steyer, et qui n'avaient lâché leur prisonnier qu'au moment où l'incendie les atteignait.

Mais ici se pose une question terrible. Les assassins, près avoir dépecé leur victime, voulaient effacer les traces du forfait en mettant le feu à la maison. Ils durent prendre quelques précautions préliminaires, c'est ce qui explique la rapidité avec laquelle l'incendie s'est propagé. Steyer aurait donc été tué avant d'être dépecé. Mais les premiers sauveteurs affirment avoir entendu des cris et des gémissements. Donc, à ce moment, Steyer était encore en vie et ses assassins l'auraient dépecé vivant !

Les auteurs probables du crime ont été arrêtés : le serrurier Stoffel et son fils. Leur attitude pendant l'incendie fixa les soup-

çons. Stoffel est un homme violent, capable d'avoir combiné et exécuté cet affreux drame. A la suite d'arrangements de famille, Stoffel avait dû prendre à sa charge son beau-frère Steyer qui *était tombé en enfance*. Déjà Stoffel avait été condamné pour avoir, avec une hache, enfoncé les dents de son beau-frère. Il avait relégué depuis longtemps le malheureux dans une *soupente obscure* de sa maison. Stoffel aurait donc commis son crime pour se débarrasser de son beau-frère et se libérer en même temps des engagements pris pour l'entretien du malheureux.

Les miracles.

Voici une pauvre femme. Toutes les maladies se sont abattues sur elle. Les médecins la déclarent incurable. Or, conformément au dogme, nous devons croire que les maladies dont elle a été accablée furent l'effet de la volonté céleste. Elle va à Lourdes et, subitement, Dieu la guérit. S'il la voulait bien portante, pourquoi, précédemment, l'a-t-il rendue malade? Pourquoi cette complication?

Je sais... Les gens qui prétendent interpréter, de science certaine, les volontés du Créateur, répondront : « Dieu veut ainsi montrer sa toute-puissance et son infinie miséricorde. » Ainsi, le Dieu de ces gens-là est un Dieu qui, pour fournir une semblable démonstration, ne trouve pas d'autre moyen que d'accabler en secret une misérable créature et de lui rendre ensuite publiquement la santé. Est-ce assez puéril ! Quelle conception grotesque de l'action de la Divinité ! (Harduin, *Matin*, 26 sept. 1904.)

L'alcoolisme en Scandinavie.

On croit généralement que, en Suède et en Norvège, l'énorme réduction des débits a enrayé l'alcoolisme. Or M. Legrain, dans les notes de voyage qu'il a communiquées au Conseil d'administration de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, a rapporté des impressions toutes différentes.

Le schnaps coule à loisir dans les maisons du monopole, qui sont, à vrai dire, très peu nombreuses; on ne peut pas y vendre moins d'un litre d'alcool à la fois. Mais, déjà, d'autres maisons concessionnaires où l'on en vend au détail se sont établies, et l'on en sert, à la condition formelle qu'ils mangent, aux consommateurs qui souvent, font semblant de manger. Et, dans beaucoup d'établissements où il n'est pas permis de débiter de l'alcool au détail, il est de règle de s'en laisser « voler » moyennant finances.

On vient dans ces maisons pour manger; mais, de temps en temps, un consommateur se dirige vers l'armoire, l'ouvre, se sert un verre d'un liquide dont on peut deviner la nature, l'absorbe en entier, et revient s'asseoir, manger de nouveau et recommence aussi souvent qu'il le veut son pèlerinage. Si un agent du fisc survient, ni vu ni connu. Le tenancier a de l'alcool dans l'armoire pour

son usage personnel, et il n'en a jamais offert ni versé. On peut toujours se laisser voler.

Il y a d'ailleurs manière de s'enivrer là où l'on ne peut acheter qu'un litre au moins. L'alcoolisme se manifeste sous la forme d'une ivresse massive et bestiale, qui est le résultat du monopole. Il est vrai que dans les campagnes où l'on peut parfois parcourir 100 kilomètres sans trouver un débit, il est difficile de s'enivrer, mais alors quand on vient à la ville on songe à se rattraper. Les paysans et gens du peuple, qui viennent faire leur marché, leurs provisions, achètent naturellement au moins un litre d'alcool.

Quand ils n'ont pas suffisamment d'argent en poche, ils se cotisent, achètent un ou plusieurs litres et retournent chez eux.

Dans ce cas il est rare que la bouteille revienne ; elle circule de mains en mains, entre deux ou trois individus, jusqu'à ce qu'elle soit complètement vide et dans les stations avoisinant les villes, les trains ramènent des quantités considérables d'individus dans une ivresse comateuse complète.

Le monopole russe a produit ces mêmes effets : on peut acheter « la petite bouteille » et la consommer au dehors, s'enivrant sur le trottoir. En sorte que, dans les villes, l'alcoolisme s'étale sur la voie publique.

Et d'outre part, l'alcoolisme se développe constamment dans la bourgeoisie par consommation du punch. Dans les buffets, on voit de grands samovars remplis d'alcool ; là des gens en redingote et chapeau haut de forme mangent debout des hors-d'œuvre et se servent d'abondantes rasades en puisant dans le samovar. On boit sans contrôle, et on paie ce qu'on déclare avoir bu.

En tout cas, il est intéressant de noter que les mesures prises en Scandinavie, bien que très tyranniques, n'ont pas réussi à enrayer l'alcoolisme. Ce qu'il faut, dit justement M. Toulouse, c'est réformer l'individu, et non l'opprimer, et ce n'est d'ailleurs pas tâche facile. (*Revue Scientifique*, n° 16 du 15 octobre 1904.)

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Mouvement de septembre* 1904. — M. le Dr Lépine, 1er du concours de 1904, nommé médecin adjoint, à Pau ; M. le Dr Aubry, médecin adjoint, à Châlons-sur-Marne, nommé médecin adjoint à Maréville (Meurthe-et-Moselle), poste créé ; M. le Dr Roy, 2e du concours 1904, nommé médecin adjoint, à Châlons-sur-Marne ; M. le Dr Wahl, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre (Yonne), promu à la 1re classe du cadre ; M. le Dr Pochon, médecin

adjoint à l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure) promu à la classe exceptionnelle du cadre ; M. le Dr Brunet, médecin adjoint à l'asile d'aliénés Saint-Yon (Seine-Inférieure) promu à la classe exceptionnelle du cadre ; M. Dugardin (Eugène), chevalier de la Légion d'honneur, a été nommé Directeur de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord) par arrêté du 13 septembre 1904 (poste créé) ; M. le Dr Chocreaux, Directeur-médecin à l'asile d'aliénés de la Charité (Nièvre) a été nommé médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord) par arrêté du 19 septembre 1904.

La tradition naguère, était de nommer des médecins directeurs, chose naturelle puisqu'il s'agit d'établissements consacrés aux malades. Dans ces dernières années on tend à déroger à cette habitude, ce qui ne contribuera pas à faciliter le recrutement des médecins.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Duhamel, interne à l'asile d'aliénés de Montdevergues, décédé le 9 septembre 1904 à l'âge de vingt-sept ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Notre jeune confrère qui se destinait à la carrière des asiles avait le 8 novembre 1903 soutenu brillamment sa thèse de doctorat devant la faculté de Montpellier sur *La situation des aliénés dans le comtat Venaissain et dans Vaucluse de* 1680 *à* 1901. Cette étude très consciencieuse et très intéressante est un document précieux pour l'étude de l'histoire des asiles en général et plus particulièrement des progrès accomplis dans cette région de la France au point de vue de l'hospitalisation et du traitement des aliénés.

Aux obsèques de notre regretté confrère qui ont eu lieu à Avignon assistaient les autorités du département, le personnel de l'asile et un grand concours d'amis.

Le Dr Pichenot, médecin en chef de l'établissement, a prononcé un discours dans lequel il a fait l'éloge de son élève et lui a adressé en termes émus un dernier témoignage d'estime et de regrets affectueux au nom du Corps médical, des administrateurs, du personnel et des malades de l'asile.

— M. Alphonse Raoul, directeur de l'asile départemental d'aliénés du Rhône, vient de mourir à l'âge de soixante-deux ans. M. Raoul fut successivement sous-préfet de Saint-Girons et de Brive, puis secrétaire général des Côtes-du-Nord, maire de Mazères et conseiller général des Hautes-Pyrénées. Il avait été en outre, inspecteur de l'Assistance publique à Paris et directeur de l'asile d'aliénés de Montdevergue (Vaucluse).

Les aliénées enceintes. — Nous avons annoncé, dans un précédent numéro, qu'une jeune femme internée à l'asile d'aliénés de Clermont, Mme Gaillard, de Ronquerolles, *avait mis au monde en cachette un enfant que l'on trouva mort étouffé dans un linge.* Cette

mère infortunée a succombé elle-même ces jours derniers, probablement aux suites de ses couches, et son enterrement a eu lieu aujourd'hui jeudi à Agnetz. (Le *Semeur* de l'Oise, 30 sept. 1904.)

Cet exemple qui s'ajoute à tant d'autres, montre la nécessité d'une surveillance des aliénées enceintes, plus rigoureuse encore que celle des autres aliénées et d'un examen fréquent de leur état puerpéral.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Clarck (Pierce) et Montgomery (Alan). — *Suggestions and plans for psychopathic wards, pavilions and hospitals for american cities.* In-8° de 10 pages avec planches. (*American Journal of Insanity.*.)

Donath (Julius). — *Die Bedeutung des cholius der Epilepsie.* In-8° de 38 pages. Vogel à Leipzig.

Donath (Julius). — *Pupillenprüfung und Pupillenreaktionon.* In-8° de 30 pages. *Monatsschrift fur psychiatrie und Neurologie.*

Dide (Maurice). — *Dermato-psychies.* In-8° de 38 pages. Imp. Simon à Rennes.

Francotte (Xavier). — *Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de la névrose traumatique.* In-8° de 20 pages. Hayez à Bruxelles,

Godlewski (A.). — *Les neurasthénies.* 1 vol. in-16 de 314 pages. Librairie Maloine, 25-27, rue de l'École-de-Médecine. Prix : 4 fr.

Kuhlmann (F.). — *Experimental studies in mental deficiency.* In-8° de 56 pages. (*American Journal of psychology.*)

L'index philosophique. Publication annuelle de la *Revue de philosophie*, dirigée par M. E. Peillaube. Premier volume in-8° de 350 pages, prix : 10 francs, C. Naud, 3, rue Racine, Paris. — Contenant 4.623 titres bibliographiques d'ouvrages et articles de revues, relatifs à la philosophie et aux sciences annexes (biologie, neurologie, psychiatrie, sociologie, crime et pénalité) parus en 1902 en Europe et en Amérique, par M. N. Vaschide, chef des travaux du laboratoire de Psychologie expérimentale de l'Asile de Villejuif, et le Dr von Buschan, de Stettin. Le *deuxième volume*, qui est *en préparation*, contiendra non seulement les titres des ouvrages et articles de revues de l'année 1903, mais encore une brève analyse de tous ceux qui intéressent plus particulièrement les philosophes. L'*Index Philosophique* comble une lacune dans la littérature et la publicité française. Il a sa place marquée dans la bibliothèque de tout vrai travailleur.

Renuart (Georges). — *De la chorée de Huntington.* In-8° de 20 pages. Vander Haeghen. Gand,

Siccardi (Piero-Diego). — *Considerazioni su la fisiopatologia e su la teoria del tic.* In-8° de 32 pages. Marchetti à Ancona.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 10-1904.

Vol. XVIII. Décembre 1904. N° 108.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

MÉDECINE LÉGALE.

Pyromanie et puberté. — Examen médico-légal d'une jeune incendiaire;

Par le Dr Raoul LEROY,

Médecin-adjoint de l'Asile des aliénés d'Evreux.

« Toutes les fois qu'à la campagne, dans un village, dans une commune, des incendies se répètent à des intervalles rapprochés, c'est qu'il existe un garçon, une fille à développement intellectuel ou physique incomplet, idiot, imbécile ou épileptique; c'est sur cet infirme que doivent porter les soupçons. » Telle est la proposition que formule Motet dans son article *Pyromanie* du Dictionnaire Jaccoud.

L'état mental des incendiaires est, en effet, tout spécial. Les médecins légistes savent que, dans l'immense majorité des cas, les prévenus arrêtés pour incendies sont de *minus habens*. Les pays qui fournissent le plus d'aliénés sont ceux où les incendiaires sont les plus nombreux et nous avons attiré l'attention sur le grand nombre d'incendies criminels se produisant en Normandie parallèlement à la dégénérescence alcoolique de cette région[1].

Les débiles incendiaires mettent le plus souvent le feu par vengeance ou pour s'amuser de la vue d'un spectacle terrifiant; rares sont ceux qui agissent sous l'influence d'une obsession les poussant irrésistiblement à l'incendie. Dans ces derniers, on voit ordinairement la pyromanie

[1] Raoul Leroy. — *Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Normandie. Le bilan de l'alcoolisme dans l'Eure au XIXe siècle.* (Recueil des travaux de la Société libre de l'Eure, année 1901).

éclater à l'occasion de la puberté. Telle est l'observation de la malade dont nous publions l'examen médico-légal. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans qui, en trois jours, alluma trois incendies chez sa patronne. Cette personne, tarée héréditairement, avait été poussée par une obsession véritable avec tous ses caractères classiques, obsession survenue brusquement lors de l'établissement des menstrues.

Je soussigné, etc.

Au commencement de mai 1904, trois incendies éclataient en trois jours dans la maison de la veuve M..., épicière à Broglie (Eure), incendies n'ayant occasionné, du reste, que des dégâts peu importants. Le feu prenait toujours dans des circonstances mystérieuses et les gendarmes ne savaient sur qui faire porter les soupçons lorsque, en interrogeant la petite bonne de Mme M..., ils remarquèrent que celle-ci se troublait et semblait fortement impressionnée. Engagée à dire la vérité entière, la jeune fille avoua ce qui suit :

« Le lundi 2 mai, à ma rentrée d'une inhumation où Mme M... m'avait envoyée, j'ai pris une allumette dans la cuisine avec l'intention de mettre le feu. Après m'être déshabillée, je suis entrée dans la chambre à sucre où j'ai mis le feu aux brosses en chiendent déposées sur les sacs de sucre, puis je suis descendue nettoyer le jupon de ma patronne. Environ une demi-heure après, en remontant le vêtement, j'ai vu que les appartements étaient remplis de fumée et en ai informé Mme M... Hier, 4 mai, vers neuf heures du matin, j'ai pris une allumette qui était sur la table de nuit dans la chambre de Mme M..., je suis entrée dans la chambre de son fils et ai mis le feu à un journal qui était sous la bibliothèque, j'ai ensuite fermé la porte et suis descendue nettoyer le magasin...

« Vers les cinq heures du soir, étant seule à travailler dans la cour, j'ai pris une allumette dans une boîte qui était sur la cheminée dans la petite cuisine, suis montée au grenier où étaient les balais, ai frotté l'allumette et ai mis le feu aux balais. Lorsque j'ai vu qu'ils flambaient, j'ai fermé la porte et suis descendue continuer mon ouvrage. Environ une demi-heure après, j'ai aperçu, de la cour, la fumée qui sortait de la toiture, c'est alors que j'ai dit que le feu devait encore être dans le grenier. »

Cette jeune bonne de quinze ans, fille de parents fort honorables, n'avait aucun motif, ni aucun intérêt, à allumer ainsi des incendies chez sa patronne où elle était placée depuis cinq jours seulement. Les renseignements fournis sur elle étaient excellents et on doit écarter toute idée de vengeance.

Quand elle fut invitée à compléter ses aveux et à faire connaître

le mobile de ses actes, l'inculpée répondit : « Quelque chose de surnaturel me poussait à mettre le feu ».

Quoiqu'on fît pour la persuader, elle resta inébranlable et répéta invariablement les mêmes paroles.

Cette absence bien constatée de tout sujet de haine et de vengeance, cet acharnement dans l'exécution de l'acte criminel, cette obligation d'une force étrangère à laquelle elle était obligée de céder émurent M. le juge d'instruction de Bernay, qui demanda l'examen médico-légal de la prévenue.

Les résultats auxquels nous sommes arrivés prouvent surabondamment le bien fondé des scrupules de l'honorable magistrat.

G... Emilienne, âgée de quinze ans, est née le 21 mars 1888 à Bosc-Morel, canton de Broglie (Eure).

Les antécédents héréditaires sont les suivants :

Côté paternel. — Grand-père paternel mort à soixante-six ans de tuberculose pulmonaire, sobre, de *caractère très violent*, colères excessives.

Grand'mère paternelle : soixante-huit ans, bonne santé.

Cousin germain paternel : *bizarre, détraqué, ayant fait à quatorze ans des fugues non motivées.*

Père : intelligent, pondéré, bonne conduite, sans stigmates physiques de dégénérescence.

Côté maternel. — Grand-père maternel mort à cinquante-huit ans de maladie de vessie, sobre. Grand'mère maternelle : *s'est suicidée* à soixante-deux ans.

Mère : atteinte de coxalgie ; *très nerveuse, très émotive, sans volonté*, se laissant facilement aller au découragement. Il n'existe dans la famille ni idiots, ni épileptiques.

L'inculpée a donc une tare héréditaire très lourde, surtout du côté maternel. Ce fait a une très grande importance pour expliquer son état mental. Elle a trois sœurs âgées de neuf ans, six ans et huit mois jouissant toutes d'une bonne santé, mais la seconde a présenté des convulsions.

Emilienne naquit à terme lorsque son père avait vingt ans et sa mère dix-huit ; elle commença à marcher à treize mois, à parler à quinze mois et fut propre de bonne heure.

L'enfant contracta la rougeole à cinq ans et n'eut pas d'autres maladies infantiles.

Sa santé physique n'a jamais rien laissé à désirer, sauf de grands maux de tête survenant quelquefois après les repas et semblant dus à une digestion difficile.

La jeune prévenue fréquenta l'école des Sœurs de Broglie de cinq à douze ans, c'était une enfant peu intelligente ayant de la difficulté à apprendre et n'ayant jamais pu écrire correctement. Son caractère très vif, très violent, se faisait souvent remarquer par une *absence complète d'équilibre, par de violentes impulsions ;* « il

lui prenait, dit son père, *des envies de rire ou des envies de jouer qui n'avaient plus de fin*, on aurait dit qu'elle riait ou qu'elle jouait par agacement. »

A l'âge de treize ans, c'est-à-dire en 1902, la jeune fille présenta à différentes reprises des *accès de somnambulisme nocturne*. Elle se levait la nuit, se promenait dans toute la maison et retournait se coucher sans conserver au réveil le moindre souvenir de cet acte automatique.

De tout temps, du reste, son sommeil était agité, entrecoupé de rêves; ses parents l'entendaient de leur chambre rire souvent aux éclats.

Emilienne se plaça à treize ans chez Mme L..., rentière à Broglie et resta vingt mois dans cette place (mai 1902 à janvier 1904) à la complète satisfaction de sa maîtresse. « Je n'ai jamais eu à me plaindre d'Emilienne, elle travaillait bien, était très convenable et avait bon caractère. »

Tous les renseignements s'accordent, en effet, à considérer l'inculpée comme une jeune fille bonne, bien élevée, travailleuse, d'une honnêteté et d'une moralité irréprochables. Rien ne faisait prévoir qu'elle serait un jour en prison et la chose resterait inexplicable sans la lumière que la psychiatrie jette sur cette affaire.

Vers la fin de février 1904, une fonction physiologique apparut chez Emilienne, la *menstruation s'établit*. Les premières règles eurent lieu le 28 février et s'accompagnèrent de troubles nerveux (énervement, céphalée, insomnie). Les secondes règles se passèrent sans incident (28 mars-3 avril) ; *Les troisièmes règles commencèrent le 23 avril et furent exceptionnellement longues, durant jusqu'au 2 mai, date du premier incendie.*

Le 29 avril, c'est-à-dire cinq jours après le début des menstrues, la prévenue perdit tout à fait le sommeil ; « il lui semblait voir constamment du feu autour de son lit ». *Le 30, il lui vint soudainement dans l'esprit l'idée de mettre le feu ;* la jeune fille repousse cette pensée comme abominable. Le lendemain, nouvelle obsession plus nette et plus violente.

Le 2 mai, vers les dix heures du matin, en revenant d'un enterrement, Emilienne est reprise de la pensée, cette fois impérieuse et inéluctable, d'allumer un incendie; *elle lutte de toutes ses forces contre cette volonté étrangère qui s'impose à son esprit, elle tremble des pieds à la tête, son cœur se gonfle, ses oreilles bourdonnent.* L'idée obsédante envahit tout le champ de la conscience, chasse toutes les autres préoccupations et détermine une telle angoisse douloureuse qu'incapable de résister Emilienne s'avoue vaincue, prend une allumette et après avoir changé de vêtement, va mettre le feu à un paquet de brosses de chiendent. Elle ressent alors un *extrême soulagement et une détente agréable consécutive.*

Telle est la façon dont les choses se sont passées, et les mêmes

phénomènes d'obsession et de lutte angoissante se sont reproduits exactement lors du deuxième et troisième incendies, sauf un soulagement consécutif moins net.

Nous nous trouvons certainement ici en présence d'une crise de pyromanie classique : *obsession consciente avec impulsion irrésistible donnant lieu à une résistance d'intensité variable.*

C'est à la prison d'Evreux où la prévenue a été transférée que nous avons eu l'occasion de l'examiner à plusieurs reprises. Emilienne G... est une jeune fille de taille moyenne, à la physionomie douce et sympathique. Elle présente quelques stigmates physiques de dégénérescence peu accusés (grand lobule de l'oreille, léger prognathisme du maxillaire supérieur, voûte palatine ogivale). Aucun trouble de la sensibilité, aucun symptôme d'hystérie.

Au point de vue intellectuel, l'inculpée, sans être à proprement parler une débile, a certainement un niveau inférieur à la moyenne ; elle a peu de mémoire et ne possède que des notions sommaires.

La sensibilité affective est bien développée chez elle, elle n'a jamais cherché à faire de la peine à qui que ce soit et ne se montrait pas brutale envers les animaux ; elle manifeste d'excellents sentiments à l'égard de ses parents et se montre, à la prison, bonne, soumise et obéissante ; elle s'occupe très régulièrement.

Emilienne ne manifeste pas beaucoup d'émotion de se voir en prison tout en éprouvant un profond regret des actes qui lui sont reprochés. Elle a conscience, en effet, qu'elle est la victime d'une force involontaire.

Lorsqu'on lui demande d'exprimer les sensations qu'elle éprouvait sous l'influence de l'obsession, elle emploie des termes très expressifs et très vrais :

« J'ai mis le feu parce que je ne pouvais faire autrement. »

« Cette idée m'a prise subitement, j'allais, c'était impossible de résister ».

« C'était plus fort que moi, je marchais malgré moi ».

Il est difficile d'admettre que l'inculpée ait été capable de composer un pareil système et de s'appuyer justement sur des faits scientifiques admirablement établis aujourd'hui mais dont la connaissance lui est formellement interdite. Elle aurait pu se borner à invoquer un entrainement quelconque, mais il y a loin de cette formule banale qu'adoptent certains individus à cette révélation de faits exceptionnels qui s'enchaînent logiquement, scientifiquement et qui, réunis, constituent la symptomatologie d'une affection mentale.

Bien que soumise à une force qui opprimait sa volonté, la prévenue agissait avec prudence et déployait une certaine habileté pour ne pas être prise en flagrant délit. Cette particularité se rencontre et il n'existe aucune incompatibilité entre l'obéissance du

patient à l'obsession et l'instinct de conservation qui fonctionne parallèlement sans qu'il y ait absorption de l'un par l'autre.

Il faut remarquer qu'Emilienne ne prenait qu'une seule allumette à la fois, juste ce qui lui était nécessaire pour un incendie. Elle donne pour motif qu'elle cédait à la passion du moment sans avoir l'idée qu'elle pourrait bientôt recommencer. Cette obligation, bien que susceptible de différentes interprétations, confirme naturellement la forme intermittente de ses obsessions. En effet, l'acte consommé, elle retrouvait le calme et se croyait débarrassée ; mais un nouvel accès se produisant, elle revenait à ses allures primitives.

Nous considérons la prévenue comme une dégénérée héréditaire chez laquelle l'apparition de la puberté a déterminé l'éclosion de l'obsession pyromaniaque. Cette notion des rapports de la puberté avec l'impulsion a été admise de tout temps. Il n'est pas jusqu'au théâtre qui n'ait mentionné ces relations et Ibsen, dans un de ses drames les plus connus *le Canard sauvage*, met en scène une jeune fille de quatorze ans qui, poussée d'abord par son évolution pubérale à l'incendie, finit ensuite par se suicider.

Dans ces conditions, nous considérons l'inculpée comme irresponsable de l'acte qui lui est reproché.

Nos conclusions sont donc les suivantes :

1° Emilienne G... présente du fait de sa lourde hérédité morbide un état de dégénérescence mentale caractérisé par des stigmates physiques, la faiblesse de l'intelligence, des impulsions conscientes irrésistibles ;

2° La puberté a déterminé chez elle l'éclosion de l'obsession à mettre le feu dite pyromanie, obsession dont elle présente tous les symptômes classiques ;

3° Emilienne G... est entièrement irresponsable.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Notons la double hérédité morbide ancestrale, concentrant ses tares sur la jeune malade, alors que son père est indemne et sa mère peu touchée.

L'absence de toutes défectuosités morales.

Le peu d'importance des stigmates physiques.

L'apparition brusque de l'obsession pyromaniaque, non pas à l'apparition de la puberté, mais lors des troisièmes règles.

Celles-ci furent longues et abondantes. La jeune fille perdait depuis cinq jours, lorsqu'elle éprouva l'obsession.

Il est permis de supposer que le facteur anémie est venu jouer un rôle dans la rupture de l'équilibre mental de la jeune prédisposée.

ASILES D'ALIÉNÉS.

Aliénés criminels et asiles spéciaux.

PAR LE Dr V. BOURDIN,

médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans (Sarthe).

L'accident arrivé à notre collègue, le Dr Vallon, le distingué médecin de l'Asile clinique, ramène l'attention sur la question du régime des aliénés dangereux et criminels. Il est bon, croyons-nous, lorsqu'un malheureux événement se produit, d'en tirer tous les enseignements qu'il comporte.

La question des aliénés criminels a été longuement traitée, comme on sait, en août dernier, au *Congrès des aliénistes et neurologistes*, tenu à Pau. Deux doctrines partagent les spécialistes : les uns voudraient que les aliénés de cette catégorie fussent séparés des malades ordinaires et placés dans des asiles spéciaux, qui n'existent point en France à l'heure actuelle ; les autres, qui croient voir des difficultés à ces mesures d'exception, demandent le maintien du *statu quo*, ou tout au moins, avant la construction d'asiles spéciaux, la mise à l'essai de l'établissement de Gaillon (Eure), dont un quartier était déjà réservé aux criminels devenus aliénés en cours de peine. La prison de Gaillon ayant été désaffectée par un vote de la Chambre, rien ne s'oppose en effet à cette transformation.

Sans essayer de mettre d'accord les partisans de l'un et l'autre système, nous croyons qu'il convient de bien préciser la question avant d'adopter une solution quelconque. Certains aliénés homicides sont parfaitement inoffensifs à l'asile ; nous avons, pour notre compte, pu rendre à la liberté, sans inconvénient, un parricide interné depuis dix ans, et complètement guéri. En raison de son crime, on avait toujours reculé devant l'idée d'une sortie. D'autres,

qui n'ont jamais commis au dehors le moindre délit, sont manifestement dangereux à l'asile et deviendraient criminels s'ils en trouvaient l'occasion. Nous soignons en ce moment un mégalomane qui, persuadé qu'il est Dieu, exige sa sortie, promettant sa divine protection au médecin si sa mise en liberté peut attirer des ennuis à celui-ci; ne voyant rien venir, il nous déclara un matin qu'il nous avait condamné à mort et qu'il allait, de ses propres mains, exécuter sa sentence souveraine. Des mesures de protection spéciales doivent être prises depuis ce jour à son égard.

En réalité, nous croyons qu'il faut s'en tenir à la distinction clinique en aliénés présumés curables et incurables. Aux premiers, l'asile avec ses moyens d'isolement peut suffire, comme le soutenait M. Keraval au Congrès de Pau; pour les autres, lorsqu'ils sont *dangereux*, qu'ils aient été ou non criminels, l'asile spécial s'impose, et nous nous en déclarons partisan dans ces limites. Le Dr Vallon nous semble avoir émis une pensée analogue, lorsque au Congrès il proposait que l'asile spécial fût réservé à ceux des aliénés criminels qui troublent constamment la tranquillité des asiles et nécessitent des mesures de répression en opposition avec la conception moderne de l'asile-hôpital.

Que l'on ne nous objecte pas qu'on ne peut savoir si ces aliénés sont particulièrement dangereux, et que tous peuvent le devenir à un moment donné. Il est hors de conteste que le médecin d'asile, après un certain temps de séjour d'un malade, sait parfaitement si ce malade est à redouter; c'est moins chez l'aliéné une affaire de troubles morbides que de caractère, et l'observation quotidienne des infirmiers, jointe à la sienne propre, suffira dans la plupart des cas à fixer définitivement le médecin. Ce ne sera pas parce que certains aliénés auront eu des périodes d'agitation durant lesquelles ils se seront montrés plus ou moins violents, que ces malades seront étiquetés dangereux; beaucoup de ceux-là, redevenus calmes, sont inoffensifs et peuvent être occupés sans danger; il suffit à leur égard de prendre des précautions durant la phase d'excitation. On devra plutôt tenir compte des actes commis au dehors, des menaces faites et prouvées, des renseignements fournis par la famille ou les voisins; au besoin, une enquête spéciale devra pouvoir être ordonnée et faite, avec le concours du

médecin, avant que tel aliéné soit classé dans les dangereux. Surtout on devra attendre un certain minimum de temps d'observation, minimum à fixer, avant de requérir l'admission à l'asile spécial.

Qui prononcera cette admission? A notre avis, ce ne peut être que *l'autorité judiciaire*. On a dit que cette intervention de la justice était fâcheuse, que les magistrats n'auraient point la compétence nécessaire, et que si un médecin civil éprouve déjà de l'hésitation pour délivrer un certificat à fin d'internement, à plus forte raison une décision analogue prise par un magistrat ne devrait offrir aucune garantie.

Toutes ces considérations ont leur valeur; mais, à notre avis, l'arrêt de la justice ne devrait être rendu qu'après un temps donné d'examen du malade à l'asile, et bien plus, son intervention ne se produirait qu'à la demande même du médecin traitant. C'est lorsque celui-ci jugerait que le malade n'offre que peu ou point de chances de guérison, qu'il est dangereux, soit par les faits qui lui sont imputés alors qu'il était en liberté, soit par les tendances qu'il a manifestées à l'asile, ce n'est qu'alors que le médecin solliciterait de la justice le transfert à l'asile spécial.

Mais il est indispensable que la responsabilité du médecin soit dégagée dans une mesure de ce genre; et l'autorité administrative, loin de couvrir le médecin, s'appuierait nécessairement sur le certificat ou le rapport délivré par celui-ci. Or, s'il nous est possible de prendre entière la responsabilité d'un traitement, il ne nous appartient pas de décider quelle mesure il convient d'appliquer pour mettre la société à l'abri des atteintes d'un criminel ou d'un individu susceptible de le devenir. L'autorité judiciaire, au contraire, a toute qualité pour trancher la question; le médecin n'intervient que comme conseil, comme partie plaignante, si l'on veut; le juge, avant de prononcer l'envoi à l'asile spécial de l'aliéné qui lui est signalé comme dangereux, aurait naturellement pour devoir de se renseigner aussi complètement que possible auprès des familles, des municipalités, etc. Il pourrait même ordonner le maintien à l'asile-hôpital si les faits ne lui paraissaient pas probants.

Envisageons maintenant, de façon sommaire, ce que pourra être l'asile spécial. A vrai dire, la question de l'organisation détaillée de cet asile ne pourra être étudiée que

lorsque le principe de sa création aura été admis. On peut pourtant supposer qu'on y fera peu de traitement. Les malades dangereux sont par définition même peu faciles à traiter et, de plus, en cas d'amélioration ou de guérison, on peut toujours craindre une rechute, se traduisant chez l'aliéné meurtrier par un nouvel homicide. Dans ces conditions, il serait difficile de blâmer l'administration qui refuserait, malgré l'avis du médecin, d'accorder la sortie. Pour le parricide, dont nous avons parlé, nous n'avons obtenu la mise en liberté qu'en proposant que cet homme restât soumis à une certaine surveillance de la part du maire de son village, et qu'il fût visité d'office, de temps à autre, par un médecin de la localité.

Si l'on ne fait pas de traitement dans l'asile spécial, on est en droit de redouter qu'il ne diffère guère d'une prison. Et dès lors nous nous défierons de ces asiles nouveaux, s'ils doivent ressembler à certains asiles dits de sûreté que l'on trouve annexés à des asiles ordinaires. Nous avons eu l'occasion de visiter récemment, à l'étranger, un de ces quartiers de sûreté, et nous sommes resté glacé d'effroi devant ces murailles d'une hauteur démesurée, ces portes munies de solides barreaux de fer contre lesquels se pressaient de malheureux déments à la figure hâve, les poings serrés, se répandant en imprécations et en menaces contre leur médecin devenu leur geôlier, presque leur bourreau. Le confrère qui nous accompagnait nous déclara qu'il ne pénétrait *jamais* dans ce quartier, assuré qu'il n'en sortirait pas vivant. La précaution nous parut sage en effet, mais nous avons peine à croire que ce soit là l'idéal du traitement (?) pour aliénés dangereux.

Le but de cet article est de soumettre à l'appréciation de nos collègues une solution plus humaine, en même temps que tout aussi efficace pour la sécurité générale. Cette mesure, c'est la *relégation*.

La relégation, c'est-à-dire le transfert à vie dans une terre lointaine, est applicable, depuis la loi de 1885, aux récidivistes ayant encouru des peines déterminées. Mais il existe dans cette loi un article (art. 18, loi du 27 mai 1885) en vertu duquel un condamné peut être dispensé provisoirement ou définitivement de la relégation pour cause d'infirmités ou de maladies. L'aliénation est une de ces maladies;

aussi le nombre des simulateurs a-t-il subi une singulière recrudescence depuis la mise en vigueur de la loi, ainsi que le signalait le Dr Garnier, il y a quelques années. Exempter de la relégation un criminel parce qu'il est aliéné, nous paraît une erreur, explicable encore en 1885 lors de la promulgation de la loi, mais qui n'a plus de raison d'être aujourd'hui.

Actuellement, en effet, l'on tend à placer les aliénés inoffensifs en colonies qui leur assurent une bien plus grande somme de liberté. Ces colonies conviennent surtout aux aliénés inoffensifs et regardés comme incurables, la colonie n'étant pas à proprement parler un instrument de traitement. Lorsque ces malades viennent à s'agiter, on les réintègre dans un asile ordinaire, dit fermé, et la menace seule de cette réintégration a souvent suffi à les calmer.

Ne pourrait-on transformer de même en colons, dans quelqu'une de nos lointaines possessions, les aliénés dangereux? Loin de la métropole, l'idée de l'évasion cesserait vite de les hanter; ils pourraient accomplir là, sous la surveillance de gardiens spéciaux, un travail utile et rémunérateur et ils jouiraient d'une liberté relative que ne leur donnera jamais l'asile spécial créé dans la mère-patrie. Un bâtiment central serait annexé à la colonie, et servirait à la fois d'infirmerie et de lieu de refuge temporaire pour les aliénés trop turbulents pendant leurs accès d'agitation. La relégation étant perpétuelle, la Société recevrait toutes les garanties d'ordre et de sécurité qu'elle est en droit d'exiger.

Nous disons que la relégation de l'aliéné dangereux doit être à vie : il est impossible, à notre avis, de l'admettre autrement. Même si le malade venait à guérir ou du moins à s'améliorer notablement, nous pensons qu'il devrait rester à la colonie, où l'on pourrait le séparer de ses compagnons, lui attribuer une concession de terre à cultiver, etc. ; mais admettre la possibilité d'un retour, c'est s'exposer à des revendications passionnées de la part des familles, à des attaques de journaux, poursuites contre les médecins, etc., et surtout à de nouveaux crimes en cas de rechute. Et puis, la justice ne peut prononcer la relégation que pour un temps déterminé, soit un nombre donné d'années, soit la vie entière; elle ne peut condamner un malade à l'asile spécial jusqu'à sa guérison, ce terme n'ayant en définitive qu'une valeur conventionnelle.

C'est précisément en raison de toutes ces considérations que la construction de l'asile spécial sur sol français est grosse de périls. On n'a déjà que trop de tendance dans le public à considérer les asiles actuels comme des bastilles modernes, malgré tous les progrès réalisés dans l'hospitalisation des aliénés : que dira-t-on de l'asile spécial? Réfléchissons-y bien : l'établissement de maisons de ce genre dans notre pays de franche liberté soulève de bien sérieuses objections, et nous craignons que nos collègues qui font cette proposition n'aient pas suffisamment envisagé les dangers d'ordre moral qu'elle présente.

Pour résumer nos idées, nous conclurons :

I. Le maintien dans les asiles ordinaires des aliénés dangereux est inadmissible. C'est un élément de trouble qui apporte une réelle entrave au bon fonctionnement de ces établissements et à la cure des malheureux qui doivent y être traités.

II. L'asile spécial s'impose, à condition qu'on y place ceux des aliénés criminels qui sont restés dangereux et ne paraissent point curables après un temps suffisant d'observation; et aussi les aliénés non criminels, mais réellement vicieux et intraitables, jugés dangereux par le médecin d'asile-hôpital et susceptibles de devenir criminels, à coup sûr insociables.

III. L'établissement de ces asiles spéciaux dans la métropole est peu pratique et soulève une foule d'objections.

IV. La relégation à vie des aliénés dangereux est la solution la plus acceptable; elle sera prononcée par un tribunal après enquête.

V. L'asile spécial n'a de raison d'être qu'à condition d'être annexé à une colonie d'aliénés criminels; ces malades en effet ont droit dans la mesure du possible à bénéficier des progrès réalisés dans le régime des aliénés incurables.

Les *Archives de Neurologie* sont ouvertes à toutes les opinions scientifiques. Aussi n'avons-nous pas hésité à donner l'hospitalité au très intéressant travail de M. le Dr Bourdin, tout en faisant des réserves expresses sur la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels et sur la rélégation. B.

CLINIQUE NERVEUSE.

Imbécillité; hémiplégie gauche; épilepsie; état de mal mort; atrophie considérable de l'hémisphère cérébral droit.

PAR BOURNEVILLE ET REINE MAUGERET

SOMMAIRE. — *Père et sa famille, rien de particulier. — Petite cousine, hémiplégie gauche congénitale. — Mère, rien. — Grand-père paternel, mort de tuberculose (?). — Oncle et tante maternels, excès de boisson. — Autre tante, crises de nerfs. — Autre tante, intelligence médiocre, cataracte. — Cousine germaine, épileptique. — Pas de consanguinité. — Egalité d'âge.*

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier.

Première dent à huit mois; dentition complète à deux ans et demi. — Début de la marche, de la parole, de la propreté à dix mois. — Etat de mal convulsif à onze mois, pendant trois jours : prédominance des convulsions à gauche : Hémiplégie gauche consécutive et arrêt de l'intelligence. — Suppression de la marche qui ne revient qu'à cinq ans. — Coqueluche à quatre ans. — Début de l'épilepsie à deux ans et demi; accès sériels.

Etat du malade à l'entrée : Hémiplégie gauche, atrophie et contracture. — Marche des accès. Etat de mal, élévation progressive de la température; mort. Température et poids après décès.

AUTOPSIE. — *Asymétrie de la base du crâne : rétrécissement des fosses à droite; épaississement notable du frontal et du pariétal droits. — Atrophie considérable de l'hémisphère cérébral droit; — des nerfs et des artères de la base de l'encéphale; — Dégénérations secondaires.*

Persistance du thymus. — Tubercules cicatrisés. — Hypertrophie du cœur. — Hydatides des testicules.

Ham... (Jean-Marie), né le 18 août 1886 à Milhac de Nontron (Dordogne), est entré à Bicêtre le 13 mars 1903, et y est décédé le 23 octobre 1903.

Antécédents. (*Renseignements fournis par son père et par sa tante maternelle*). Père, cinquante-deux ans, terrassier, exempté du service militaire par un frère sous les drapeaux; il n'a eu ni convulsions, ni chorée, ni fièvre typhoïde, ni rhumatismes, ni dermatoses, ni syphilis. Il a fait, avant son mariage, *quelques excès de boisson*, mais est actuellement très sobre, ne fume pas, est de caractère doux, n'a pas de migraines. Son *père*, potier, mort à soixante-sept ans de pneumonie, était sobre. Sa *mère*, morte à soixante-dix-sept ans de vieillesse, ni démente, ni paralytique, était sobre. *Grands-parents paternels* sobres, morts, ni déments, ni paralysés, le grand-père à quatre-vingt-dix-sept ans, la grand mère à soixante-dix. *Grand-parents maternels*, morts, le grand père à soixante-dix ans, la grand'mère à soixante-huit; pas de détails sur eux. Une *tante paternelle*, morte on ne sait de quoi, aurait eu deux enfants bien portants. Deux *oncles* et une *tante maternels*, décédés de maladie inconnue, n'auraient pas eu d'attaques. Deux *frères* et une *sœur*, bien portants, sobres, n'ont pas eu de convulsions; leurs enfants, six garçons et deux filles, sont en bonne santé et n'ont pas eu de convulsions. Une *cousine* au second degré, du côté maternel, *est venue au monde paralysée du côté gauche;* elle a beaucoup de peine à marcher, mais ne serait pas arriérée et n'aurait pas d'accès. Dans le reste de la famille, rien autre à signaler.

Mère, morte à quarante-cinq ans, il y a un an, de « chlorose », elle toussait beaucoup, avait beaucoup maigri, était jaune pâle, avait eu une perte un mois avant sa mort; elle n'avait eu ni convulsions, ni fièvre typhoïde, ni rhumatismes, ni dermatoses, ni syphilis; elle était très sobre, d'un caractère très doux, et n'avait pas de migraines. Son *père* est mort à quarante-sept ans, de *tuberculose* suivant son gendre, d'un *cancer* « dans le côté gauche » suivant sa fille; on ne croit pas qu'il fut buveur. Sa *mère*, âgée de soixante-treize ans, est bien portante, sauf un affaiblissement de la vue. Pas de renseignements sur les *grands-parents paternels et maternels*. Pas d'*oncles* et *tantes* ni paternels ni maternels. Trois *frères*, dont l'un fait de nombreux *excès de boisson*, les deux autres sont mariés et comme leurs enfants sont bien portants. Quatre *sœurs* : l'une mariée, sans enfants, est morte *usée par la boisson;* les trois autres sont bien portantes, sobres, et deux d'entre elles ont des enfants également sains; de ces trois sœurs vivantes, l'une aurait eu des *crises de nerfs* mal déterminées, dans lesquelles elle ne perdait pas connaissance; une autre, celle qui donne une partie de ces renseignements, est calme, d'une intelligence médiocre, paraît avoir une *cataracte* de la première enfance, a eu, de dix à treize ans des fièvres intermittentes dans son pays (près de Lannion), qu'elle a quitté à dix-neuf ans, elle a quatre enfants bien

portants. Huit *neveux* et deux *nièces* en bonne santé ; une *nièce* de dix-sept ans, *épileptique*. Dans le reste de la famille, rien à signaler d'anormal. Pas d'autre épileptique.

Pas de consanguinité. Père et mère, tous deux des Côtes-du-Nord, mais de communes différentes. Égalité d'âge.

Quatre *enfants* : 1° garçon mort du croup à un an, pas de convulsions ; 2° garçon, dix-huit ans, pas de convulsions, bien portant, sert les maçons ; 3° le malade ; 4° fille, neuf ans, pas de convulsions.

Le **malade**. — Rien de particulier à la *conception*. Rien non plus à signaler pendant la grossesse, ni traumatismes, ni ennuis, ni troubles morbides d'aucune sorte, ni maladies infectieuses. Premiers mouvements du fœtus à quatre mois et demi. Accouchement à terme naturel, par le sommet ; durée du travail, six heures ; pas de chloroforme ; quantité des eaux de l'amnios normale. Pas d'asphyxie à la naissance, pas de circulaire autour du cou. L'enfant semblait bien portant et pesait cinq livres et demie ; ses premiers cris ont été naturels. Allaitement au sein par la mère ; sevrage à deux ans. Première dent à huit mois. Dentition complète à deux ans et demi. Début de la parole, de la marche et de la propreté à dix mois. Pas de renseignements sur la date de la fermeture des fontanelles.

A *onze* mois, l'enfant, qui jusque-là *était absolument normal*, eut des *convulsions*. Il resta trois jours sans connaissance, « il y avait des moments où il était raide comme un bout de bois » ; pas de détails sur les secousses cloniques, mais *les convulsions prédominaient du côté gauche ;* les yeux n'auraient pas été tournés ; il y eut des évacuations involontaires. Après ces trois jours de convulsions, l'enfant resta *paralysé du côté gauche ;* c'est quatre à cinq jours après (?) que l'on constata la raideur du bras et de la jambe ; le pied n'aurait jamais été tourné.

Auparavant, H... était très fort, et le père affirme qu'il marchait seul depuis une dizaine de jours : à partir de ce moment, il cessa de marcher pour ne plus remarcher qu'à cinq ans. *Avant les convulsions*, le père répète que son enfant était intelligent, prononçait quelques mots tels que papa, maman, riait, s'amusait, était caressant ; *après les convulsions*, il perdit les quelques mots qu'il prononçait, il ne jouait plus et paraissait triste. Son sommeil resta bon. On ne sait à quelle cause attribuer ces convulsions. Il n'y en aurait, d'ailleurs, jamais eu d'autres.

Vers deux ans et demi, apparurent des *accès épileptiques*. Ces accès survenaient par *séries*, surtout au moment des changements de température ; d'autres fois, trois mois s'écoulaient sans qu'il s'en produisit. Le maximum des accès paraît avoir été de six en

vingt-quatre heures. Mais le père peut mal préciser la marche de la maladie. Il semble cependant qu'avec l'âge les accès soient devenus moins fréquents. Ils étaient aussi bien nocturnes que diurnes. Aucun renseignement sur les accès nocturnes. En ce qui concerne les accès diurnes, pas d'aura, pas de cri; l'enfant ne tombait pas, mais s'appuyait seulement sur ce qui se trouvait à sa portée. ou bien s'asseyait. *Le côté droit restait tout à fait indemne. Du côté gauche, il y avait un tremblement très prononcé du membre inférieur;* il s'agit, d'après ce que montre le père, de trépidation avec frappement du talon sur le sol; le bras ne tremblait pas. A la fin de la crise qui durait environ deux minutes, il y avait deux ou trois secousses cloniques, à amplitude assez large, dans le bras gauche, mais aucune dans la jambe gauche. Aucune modification du côté droit. Aucune non plus à la face, pas de congestion, pas de déviation des yeux. Un peu de bave filante. Ni miction, ni défécation involontaires. A la fin de l'accès, l'enfant parfois « rigolait », souriait, d'autres fois avait quelques larmes; mais aussitôt la crise passée, il redevenait tel qu'auparavant.

Le *caractère* de l'enfant est très doux. *Pas d'accès de colère.* Pas de mauvais instincts, vol, gourmandise, salacité, pyromanie, clastomanie. Pas d'onanisme. Pas de turbulence. Les fonctions digestives sont normales, mais l'enfant bave en mangeant; pas de constipation ni de diarrhée, ni rumination, ni gâtisme. Pas de vers intestinaux. Pas de bronchite ni d'hémoptysie. La sensibilité générale est normale. Au point de vue sensoriel, l'enfant verrait *moins bien de l'œil gauche;* mais aucune différence en ce qui concerne l'odorat ni l'ouïe. Jamais d'hallucinations ni de folie. Les sentiments affectifs sont développés : l'enfant est obligeant, et aime bien son père et ses frères et sœurs. Il n'est pas impressionnable. Pas de renseignements sur des vertiges possibles. Il ne se plaint jamais de la tête. Ni grincements de dents, ni grimaces, ni tics. Le sommeil est bon, sans rêves, ni cauchemars, ni accès de cris; pas d'attaques de sommeil, pas de somnambulisme. *Très peu de mémoire, pas de raisonnement.* L'enfant est allé à l'école de sept à quatorze ans, il n'apprenait rien, mais on le gardait, parce que ses crises n'attiraient pas l'attention : il n'y est plus allé et est resté seul à la chambre depuis la mort de sa mère (il y a un an) « parce qu'il est trop vieux »; il ne sait ni lire ni écrire. Aucune aptitude particulière. Il ressemble à son père physiquement, et à sa mère psychiquement. Pas de renseignements sur les traitements suivis; sa mère le conduisait au dispensaire Furtado-Heine et lui donnait les médicaments délivrés. Aucun traitement depuis trois ans. Une seule maladie infectieuse, la coqueluche à quatre ans. Pas d'accidents scrofuleux, ni de rachitisme. Aucun traumatisme céphalique ou autre.

Température à l'entrée (13-18 *mars*).

	Matin.	Soir.
1er jour.	»	37,2
2e —	37,4	37,4
3e —	36,9	37
4e —	37,3	37,1
5e —	36,9	37,2

État actuel. — État général bon; ni adipose, ni émaciation; air de santé. Attitude défectueuse, le corps penchant à gauche en marchant, en raison de la paralysie. Physionomie peu expressive ; air timide, l'enfant baisse les yeux dès qu'on le regarde. Cheveux roux ; pas d'épi. Pas d'adénopathie. Pas de cicatrices, ni éruptions, ni nævi.

MESURES DE LA TÊTE	1903	
	Mars.	Juillet.
Circonférence horizontale maxima	51	51
Demi-circonférence bi-auriculaire.	31,5	31,5
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.	35	35
Diamètre antéro-postérieur maximum . . .	17,5	17,5
— bi-auriculaire	12,5	12,5
— bi-pariétal.	13,7	13,7
— bi-temporal	12	12
Hauteur médiane du front.	4	4

Tête. — Crâne, plutôt dolichocéphale; symétrique, bosses normales; fontanelles fermées. Visage légèrement ovale, asymétrique, sans cicatrices, mais présentant du lentigo. Arcades sourcilières assez saillantes, orbites normales. Paupières normales. Cils roux. *Yeux*, de mobilité régulière, ne présentant ni exophtalmie, ni strabisme, ni paralysie, ni nystagmus. Iris, bleu très pâle. Pupilles plutôt dilatées, égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. *Vue* bonne. — *Nez* plutôt court, camus; lobule rond, non bifide; pas de déviation de la cloison; narines rondes. *Odorat* naturel, pas de différence d'un côté à l'autre. Pommettes peu sail-

lantes. Joues régulières, légèrement rosées. *Bouche* assez grande, horizontale. *Lèvres* et *langue* peu épaisses. *Goût* normal. Voûte palatine profonde, légèrement ogivale. Luette et pharynx normaux ; amygdales peu volumineuses; pas de végétations adénoïdes. Prognathisme du maxillaire supérieur avec les dents très serrées et quelques caries; au maxillaire inférieur, rien de particulier, quelques caries. Mastication normale. Menton rond, sur le même plan que le maxillaire supérieur. *Oreilles* normalement implantées, un peu écartées du crâne; hélix normal, assez bien ourlé, léger tubercule de Darwin; anthélix, tragus et antitragus normaux; lobule non adhérent. *Ouïe* bonne.

Cou : circonférence, 28 centimètres. Corps thyroïde normal.

Membres supérieurs. — Le membre supérieur gauche est atrophié, les masses musculaires ont presque disparu. Il est cyanosé et froid, surtout au niveau de l'extrémité. Un léger duvet le recouvre. Le bras est collé au tronc ; l'avant-bras fléchi sur le bras à angle droit, et en pronation ; la main légèrement fermée, le pouce en dedans. Le membre entier présente une *contracture* presque invincible ; les mouvements spontanés y sont trop insuffisants pour permettre à l'enfant de s'en servir utilement. La sensibilité y est diminuée au tact, à la température, à la douleur. Pas d'hémichorée, ni d'hémiathétose. Sur les mains, les mêmes taches que sur le visage. — Le *membre supérieur droit* est normal.

Membres inférieurs. — Le membre inférieur gauche est atrophié comme le supérieur, aussi bien dans sa longueur que dans son volume. Un léger duvet le recouvre de même. La cuisse est en extension sur le bassin, la jambe en extension sur la cuisse, le pied en extension sur la jambe. Le membre entier est *paralysé* et en état de contracture. La sensibilité y est diminuée au tact, à la température, à la douleur. Réflexe rotulien exagéré ; trépidation spinale. Réflexe de Babinski en extension. La marche se fait presque en équinisme, le talon touchant à peine la terre. L'enfant court rarement, et le saut lui est difficile (*Fig.* 14).

Thorax régulier. Respiration costo-abdominale. Rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation des poumons; de même qu'à celles du cœur. Pouls plein et vibrant. *Abdomen* : rien d'anormal à la palpation et à la percussion du foie, de la rate, des fosses iliaques. Les deux côtés du tronc sont à peu près semblables.

Organes génitaux et puberté. — La lèvre supérieure, la lèvre inférieure, les joues, le menton, sont glabres ; dans les aisselles, quelques poils roux : thorax sur les deux faces, ventre et fesses, glabres ; sur le pénil, quelques poils roux frisés; verge, longueur 9 cm. 5, circonférence 8 cm. 5 ; bourses normales ; testicules, du volume d'une noix, *le gauche est plus petit* ; périnée et anus, glabres ; les membres supérieur et inférieur droits, glabres; *les membres supérieur et inférieur gauches, recouverts d'un léger duvet.*

Au point de vue fonctionnel, peu de chose à signaler. Les fonctions digestives s'accomplissent bien ; l'enfant a bon appétit, il préfère le lait au vin, digère bien, a des selles régulières mais avec tendance à la constipation ; ne gâte jamais. La respiration est

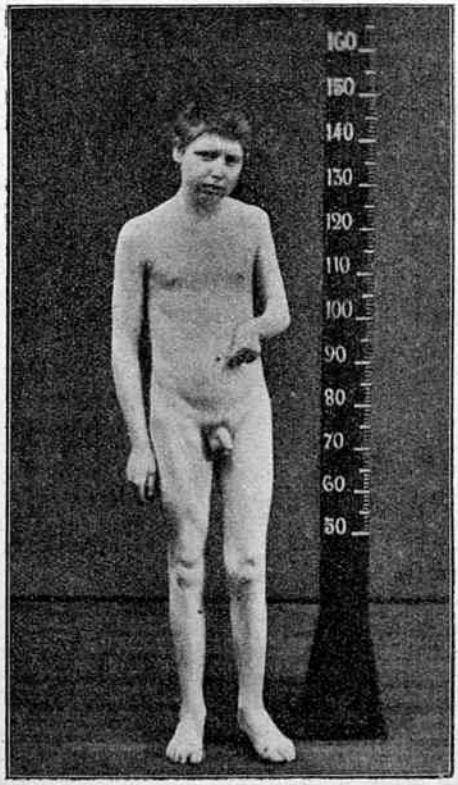


Fig. 14. — Ham... en mars 1903.

normale. La sensibilité générale est diminuée du côté gauche. Intelligence très peu développée. Parole naturelle, mais l'enfant ne fait que répondre aux questions qui lui sont posées, et cela toujours à voix basse.

Poids à l'entrée, 38 kilog. 600. Taille, 1m48. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Traitement : hydrothérapie ; élixir polybromuré, de 1 à 3 cuillerées; école.

Mars. — Ni accès ni vertige. — *Avril* : un vertige. — *Mai* : ni accès ni vertige.

Juin. — Un accès, un vertige. 12 *juin*, l'enfant est revacciné avec succès. Le caractère de l'enfant est sombre, doux et timide ; il se borne à répondre quand on lui parle, mais jamais n'entame la conversation de lui-même, et parle toujours à voix basse. Il n'est pas du tout affectueux, ni avec les autres ni avec les infirmiers ; il est même indifférent pour tout le monde. Il serait un peu sournois. Il se laisse guider avec docilité et n'est pas grossier. Il s'est habitué facilement dans le service, et on ne l'a jamais vu pleurer ; mais il ne rit ou sourit que rarement, rien ne paraît le distraire. Il procède lui-même à tous les soins de sa toilette, bien qu'avec un peu de maladresse et de nonchalance. Il n'a ni tics ni manies. Son sommeil est régulier, sans cauchemars ni hallucinations. Lors de ses accès, il dit avoir un peu mal à la tête, mais seulement s'il est interrogé, car il ne se plaint jamais. Lors de son entrée, il a été placé dans la troisième classe. En ce qui concerne la lecture, il a été mis à la deuxième partie du syllabaire Regimbeau, phrases de lecture courante, bonne articulation. Ecriture mal assurée, un peu tremblée. En calcul, il ne fait que l'addition, lit et écrit des nombres comprenant des centaines. Aucune notion d'histoire ni de géographie. Connaissances usuelles peu développées : il a quelques notions sur les couleurs, sur les animaux les plus communs, sur les métiers, sur les légumes et quelques céréales. Depuis son entrée, il a fait quelques progrès ; il est docile et attentif, fait preuve de beaucoup de bonne volonté et s'applique de son mieux. Sa tenue est bonne, son caractère bon et serviable, il ne taquine jamais ses camarades.

Juillet. — Deux accès, deux vertiges. — *Août* : Un accès, pas de vertige. — *Septembre* : Ni accès, ni vertige.

Octobre. — Les accès reparaissent et deviennent, à partir du 18, plus fréquents qu'ils n'ont jamais été ils se produisent surtout la nuit. On en compte 27 du 14 octobre au 23.

Le 23, l'enfant qui en a eu plusieurs dans son dortoir, est transféré à l'infirmerie, à 7 heures et demie du matin. Sa température à 8 heures du matin est de 37°,7. A 9 heures, un accès, qui dure environ deux minutes. De 9 heures à 2 heures de l'après-midi, ni accès ni vertige ; l'enfant dort, de 10 heures à midi, la température à ce moment est de 38° ; aucun malaise apparent, mais l'enfant, interrogé, accuse un léger mal de tête. A plusieurs reprises, lotions vinaigrées et sinapismes. Vers 2 heures de l'après-midi, nouvel accès, qui est le début d'un *état de mal* : 7 accès se succèdent, à intervalle de dix minutes ou un quart d'heure. Lors du premier, la température est de 37°,6 au moment du ronflement, de 37°,9, un quart d'heure après, de 37°8 deux heures après. L'enfant sent venir les crises : « Cela va me reprendre, dit-il, les

doigts me piquent », et aussitôt, il est pris d'un tremblement général, les secousses sont plus fortes du côté gauche, la bouche est légèrement convulsée, sans déviation accusée ni à droite ni à gauche, le nez est pincé, les paupières battent vivement, les yeux sont demi-ouverts, non injectés, les pupilles sont fortement dilatées, surtout la droite, la face est congestionnée. Presqu'aussitôt l'accès terminé, l'enfant pâlit. Pendant les accès, il conserve son entière connaissance, interrogé à plusieurs reprises, il répond, bien qu'avec difficulté à cause des secousses; on lui demande s'il souffre, il répond : « Oui, un peu, j'étouffe et j'ai mal à la tête. » Lors de l'approche d'un accès, il dit encore : « Je voudrais bien m'empêcher de trembler de la sorte, mais je ne peux pas me retenir ». Les 7 accès successifs sont semblables, et se produisent à environ dix minutes d'intervalle; ni bave, ni mousse, pas d'évacuation involontaire d'urine ou de matière ni pendant ni après. Température prise lors d'un accès : au moment du ronflement, 37°,6 ; cinq minutes après l'accès, 38°,2 ; un quart d'heure après l'accès, 38°,5. Traitement : lotions vinaigrées, sinapismes, bain sinapisé, lavements purgatifs, une cuillerée d'élixir polybromuré, inhalations de *nitrite d'amyle*. Un peu après 5 heures, huitième accès ; subitement, l'enfant se congestionne, le cou et les oreilles sont d'un rouge pourpre, la figure boursouflée, les yeux légèrement injectés, les lèvres noirâtres; mêmes secousses des membres et même battements des paupières que dans les accès précédents, sans non plus de morsure de la langue, ni de bave, ni mousse ; mais cette fois un fort bruit de déglutition, et une évacuation abondante succédant à un second lavement, le premier n'avait pas agi. L'accès dure deux minutes environ. Le malade se plaint fortement à trois ou quatre reprises, mais cette fois il avait perdu connaissance. Brusquement, le visage pâlit, les membres s'allongent, et l'enfant rend le dernier soupir à 5 h. 20 du soir.

Température aussitôt après la mort	39°,9
— 1/4 d'heure après	39°
— 1/2 heure	38°,3
— 1 heure	37°,5
— 2 heures	37°,1
— 4 heures	36°
— 6 heures	33°,2
— 8 heures	28°
— 10 heures	20°,3
— 12 heures	17°,1
— 14 heures	17°
Température de la chambre	15°
Poids après décès	42 kg. 500

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS	1903	
	Accès.	Vertiges.
Janvier	—	—
Février	—	—
Mars	»	»
Avril	»	1
Mai	»	»
Juin	1	1
Juillet	2	2
Août	1	»
Septembre	»	»
Octobre	36	1
Novembre	—	—
Décembre	—	—
Totaux	40	5

Température de l'accès isolé.

DATE	Au moment du ronflement.	1/4 d'heure après l'accès.	2 heures après l'accès.
23 octobre 1903, 2 heures soir.	37,6	37,9	37,8

	1903	
	Mars.	Juillet.
Poids	38.600	41,400
Taille	»	1m,48
Dynamomètre D.	»	27
Dynamomètre G.	»	»

Ainsi que cela est la règle, la *température* s'est élevée de quel-

ques dizièmes de degré sous l'influence de l'accès (Voir pour comparaison le tableau de la T. à l'entrée, p. 465).

Autopsie, faite le 25 octobre 1903 à 10 heures du matin, soit quarante-une heures après décès.

Cou. — Persistance du thymus (37 grammes). Corps thyroïde, 14 grammes.

Thorax. — Poumons fortement congestionnés; le droit présente des cicatrices de *tubercules*, il n'en existe pas à gauche.

Cœur énorme (250 grammes), surchargé de graisse. Pas de persistance du trou de Botal. Pas de lésions valvulaires. Dilatation assez sensible de l'aorte.

Abdomen. — Rien de particulier à l'estomac, ni à l'intestin, ni à l'*appendice*, lequel mesures 12 centimètres de longueur. Rien non plus au pancréas ni à la rate. Foie volumineux et très congestionné; la vésicule biliaire ne présente rien de spécial et ne contient pas de calculs. *Reins* se décortiquant facilement et n'offrant pas de lésions. Rien de particulier aux capsules surrénales ni aux organes urinaires. Le testicule gauche présente, sur l'épididyme, une *hydatide pédiculée*, dont le pédicule mesure presque un centimètre, et à son pôle antérieur, une *hydatide sessile*. Sur le testicule droit, même disposition, mais le pédicule est moins long.

Tête. — *Cuir chevelu* assez épais, un peu congestionné. *Crâne* : dur, épais, *très épais* même dans sa *moitié droite*, correspondant au foyer cérébral (le frontal droit mesure 9 *millimètres*, le pariétal 6 *millimètres*) ; *la moitié gauche est notablement moins épaisse* (le frontal gauche mesure 3 *millimètres*, le pariétal 3 *millimètres*). La *moitié droite de l'occipital* participe à cette hypertrophie osseuse (*Fig.* 15).

Il n'y a pas de *plaques transparentes* sur la moitié droite, hypertrophiée du crâne, tandis qu'il en existe de nombreuses sur la moitié gauche. Le *frontal, dans toute sa moitié droite* et la partie voisine du frontal gauche (légèrement hypertrophiée) ainsi que le pariétal et l'occipital droits sont gras et d'un gris violacé, indice d'une congestion intense. La *suture coronale* et les deux ou trois centimètres antérieurs de la suture interpariétale sont peu dentelées, le reste de cette suture et la *suture pariéto-occipitale* sont très dentelées.

Extérieurement l'occipital fait une saillie notable sur le pariétal à gauche, très légère à droite.

Une grande quantité de *liquide* s'écoule lors de l'enlèvement du cerveau; une certaine quantité s'écoule encore à l'incision de la dure-mère. La *fosse orbitaire est rétrécie par suite de l'épaisseur considerable du frontal.* Apophyse crista-galli mince, triangulaire, presque collée contre la fosse orbitaire droite. Apophyses clinoïdes antérieures effacées, les postérieures au contraire très volumi-

neuses. *Fosse occipitale droite un peu moins longue que la gauche.*

Pie-mère légèrement vascularisée sur les deux hémisphères, et d'une façon générale. *Glande pituitaire,* un peu grosse et un peu dure.

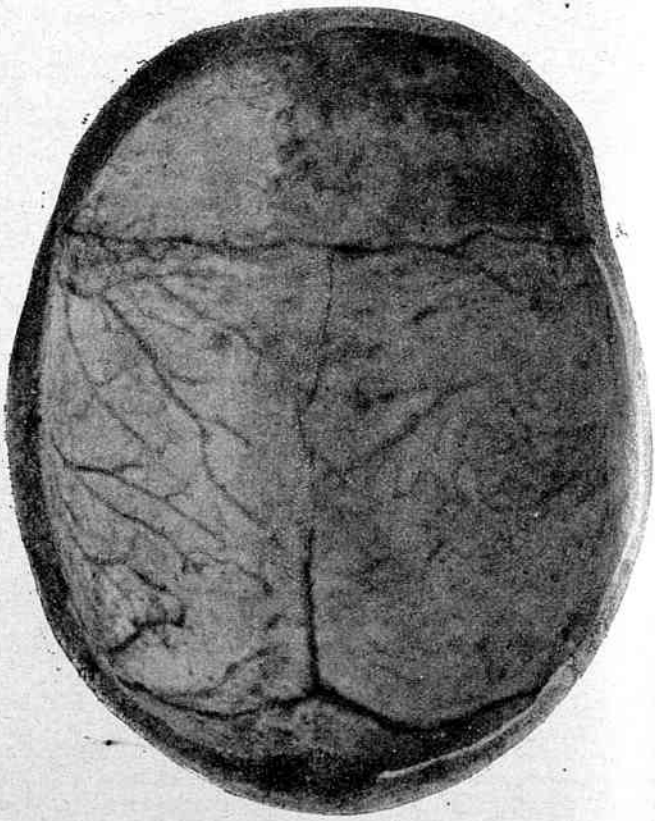


Fig. 15. — Crâne de Ham...

Cerveau. — A l'examen du cerveau, ce qui frappe immédiatement, c'est l'*atrophie très considérable de l'hémisphère droit. Nerf olfactif droit,* aplati et gris. — *Nerf optique* droit, et surtout la bandelette beaucoup plus *petit* que le gauche (Pl. V). — *Tubercule mamillaire droit,* gris et aplati, *trois fois au moins plus petit que le gauche. Artère communicante droite beaucoup plus petite* que la gauche; il en est de même de la *sylvienne,* de la *cérébrale*

antérieure, de la *cérébrale postérieure*. Les faces internes des lobes frontaux sont accolées l'une à l'autre.

Le *bulbe* et la *protubérance* sont bien moins larges et moins bombés à droite qu'à gauche; la pyramide antérieure droite est tout à fait effacée.

La *coupe des pédoncules cérébraux* montre que le *droit* est d'au moins *un quart plus petit* que le gauche. L'atrophie porte sur la largeur et davantage sur la hauteur.

Le *cervelet* et l'*isthme* pèsent 137 grammes. — L'*hémisphère cérébelleux* DROIT (73 gr.) est considérablement plus volumineux que le *gauche atrophié* (43 gr.) (PL. V, VI).

Voici d'ailleurs leurs dimensions :

	H. cérébelleux droit.	*H. cérébelleux gauche.*
Longueur.	75 mm.	65 mm.
Largeur.	65 mm.	45 mm.
Epaisseur maxima . .	4 cent.	2 cent. 1/2
Poids du cervelet . . .	116 gr.	

HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL GAUCHE. — Il a un volume normal (588 gr.). Toutes ses circonvolutions sont bien développées. Seules les circonvolutions du lobe occipital sont relativement petites. La scissure de Sylvius est longue. Nous compléterons ces renseignements dans l'explication des PLANCHES V et VII.

HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL DROIT. — Les PL. V, VI, VIII et IX font voir combien il est ATROPHIÉ. Son poids, 133 grammes, est inférieur de 425 grammes à l'hémisphère cérébral gauche. Les dimensions comparatives des *deux* hémisphères sont les suivantes :

	H. droit.	*H. gauche.*
Longueur.	12,5	18,5
Largeur	6,5	6,5
Epaisseur à la partie centrale.	5,2	7,5

Le *lobe frontal*, au niveau duquel prédomine l'atrophie, se compose de très petites circonvolutions, vermicellées, sauf à leur racine où l'atrophie est un peu moins accusée. Il a la forme d'une pyramide triangulaire, à bords arrondis, longue de 3 centimètres, large de 2 centimètres. — Le *lobe pariétal* est beaucoup moins atrophié; il mesure 4 centimètres en longueur, 5 centimètres en largenr. La *frontale* et la *pariétal ascendantes* sont comparativement assez volumineuses, mais courtes, séparées par le *sillon de Rolando*, qui est assez profond. (PL. VII). — En arrière du lobe pariétal existe une *encoche* profonde due à la *sclérose atrophique en partie vermicellée* des *plis pariétaux supérieur* et *inférieur* et du *pli courbe*. — Au delà, se présente le lobe temporal dont les circonvolutions sont

très diminuées sans être sclérosées. — Tout le *lobe temporal* est atteintde *sclérose vermicellée*. — En résumé *la lésion forme un demi-cercle*, comprenant : 1° le lobe frontal ; 2° le lobe temporel ; 3° les plis pariétaux inférieur et supérieur et le pli courbe, demi-cercle qui encadre la frontale et la pariétale ascendantes. (PL. VIII et IX).

La PLANCHE VI montre une longue bande noire répondant à la scissure interhémisphérique : elle tient à l'ABSENCE DU CORPS CALLEUX, sur laquelle nous reviendrons.

Poids des organes.

Encéphale	828	grammes.
Hémisphère gauche	558	—
— droit	133	—
Cervelet et isthme	137	—
Hémisphère cérebelleux gauche	43	—
— — droit	73	—
Corps thyroïde	14	—
Thymus	37	—
Cœur	255	—
Poumon droit	485	—
— gauche	425	—
Foie	1055	—
Rate	135	—
Rein droit	95	—
— gauche	95	—
Pancréas	55	—
Testicule droit	14	—
— gauche	11	—

RÉFLEXIONS. — I. Sous le rapport de l'*hérédité* nous enregistrons peu de chose du *côté paternel*, un cas d'*hémiplégie gauche congénitale*. Il n'en est pas de même du *côté de la mère*, qui, elle, paraît tout à fait saine, mais dont le *père* est mort de *tuberculose* (?), un *frère* et une *sœur alcooliques*, une autre *sœur* sujette à des *crises nerveuses*, une nièce *épileptique*.

II. Ham... aurait été *absolument normal* jusqu'à onze mois. Alors apparaît un *état de mal convulsif* qui aurait duré *trois jours sans retour de la connaissance*, et dans lequel les *convulsions auraient nettement prédominé dans le* CÔTÉ GAUCHE. A la suite se produisit le *syndrôme classique* sur lequel l'un de nous a si souvent appelé l'attention[1] : *imbécillité, hémiplégie, épilepsie*.

[1] Bourneville, *Contribution à l'étude des localisations cérébrales ; observation d'hémiplégie cérébrale infantile* (*Mém. de la Soc. de Biologie*,

a. L'affaiblissement de l'intelligence peut être rattaché ici à l'*imbécillité* : *physionomie* peu expressive, air timide, ne soutenant pas le regard ; peu de spontanéité ; nonchalance ; caractère doux, affectivité médiocre, indifférence pour tout le monde. La volonté est faible, l'enfant se laisse guider avec docilité. Il sait syllaber mais non lire couramment ; il écrit passablement, fait l'addition, s'habille, se lave, mange seul, Tous ses actes sont lents partie à cause de son état mental, partie à cause de sa paralysie. Les notions usuelles sont assez limitées.

b. L'*hémiplégie gauche* (*fig.* 14) est nettement caractérisées, au *membre supérieur* les mouvements spontanés sont à peu près nuls ; la *contracture* très prononcée, dans la flexion pour le coude et la main, s'oppose presqu'absolument aux mouvements provoqués. La température y est diminuée. Il en est de même de la sensibilité dans ses divers modes. Notons enfin l'*atrophie* ou mieux l'*arrêt de développement* du système musculaire bien mis en évidence par les mensurations et la *fig.* 15.

Le *membre inférieur gauche* offre les mêmes particularités. La seule différence consiste en ce que la *contracture* s'est faite dans l'*extension*.

Le pied a l'attitude du *pied bot équin*. Les mensurations montrent que tous le membre est *atrophié*, à un moindre degré toutefois que le membre supérieur.

Notons encore la petitesse relative du testicule *gauche* et la présence d'un duvet assez abondant sur les membres du côté paralysé, alors que le côté sain est glabre, particularités qui se rencontrent fréquemment, mais non toujours dans l'*hémiplégie cérébrale infantile*.

c. L'*épilepsie* a débuté à deux ans et demi. Les accès chez les hémiplégiques sont quelquefois *isolés*, le plus sou-

1876, p. 163) ; — *Hémiplégie infantile suivie d'épilepsie partielle ; état de mal épileptique, mort ; foyer ancien intéressant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobe pariétal* (*Soc. Anatomique*, 1876, p. 558) ; — *Notes cliniques sur l'épilepsie partielle* (*Iconogr. photogr. de la Salpêtrière*, 1878, t. II ; mémoire de 90 pages avec 10 planches et 2 figures) ; — Dans sa thèse intitulée : *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile*, 1882 (avec 2 pl. et 5 fig.), un de nos internes, M. Wuillamier, a repris notre description, en l'accompagnant de 16 observations recueillies dans notre service et mises par nous à sa disposition ; — *Epilepsie partielle*, (*Progrès médical*, 1879, p. 299, etc.) ; — Voir la collection des *Comptes rendus* de Bicêtre, de 1880 à 1903, *passim*.

Hémiplégie. — Mensurations.

MEMBRES SUPÉRIEURS	MARS 1903		OCTOBRE 1903 à la mort.	
	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle . .	24	20	25	22
— à 0m,10 au-dessus de l'olécrâne	22,5	20	23	20,5
Circonférence à 0,10 au-dessous de l'olécrâne	19,5	14,5	19,5	14,5
Circonférence au niveau du poignet . .	15,5	13,2	15	13
— au niveau du métacarpe.	18	15	18	15
Distance de l'acromion à l'olécrâne . .	32,5	31	33	31
— de l'olécrâne à l'apophyse, styloïde du cubitus	23	20	23	20
Distance du cubitus à l'extrémité du médius	18	13	18	13
MEMBRES INFÉRIEURS				
Circonférence au niveau de l'aine. . . .	46,5	46	46	46
— à 0m,10 au-dessus de la rotule.	34	32	33	31
Circonférence à 0m,10 au-dessous de la rotule.	29	28,5	27	27
Circonférence au niveau du cou-de-pied.	20	19,5	21	20
— à la partie moyenne . . .	21	22	21	22
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne articulaire du genou.	49	45,5	50	46
Distance de l'interligne à la malléole externe	37	34,5	38	35
Distance de la malléole externe à l'extrémité du médius	19	18	19	18
Pied { longueur.	21	20	21	20
Pied { largeur.	9,5	9,5	9,5	9,5

vent *sériels*, rarement il s'y surajoutent des vertiges (sauf quand l'hémiplégie est due à une *méningo-encéphalite* limitée à l'un des hémisphères cérébraux ou prédominant sur l'un d'eux). Les *facultés intellectuelles* dans les limites où les a laissées l'état de mal convulsif initial et telles que le traitement médico-pédagogique les a faites, sont conservées, en d'autres termes les malades ne sont pas menacés de dé-

mence épileptique, sauf encore si l'hémiplégie est d'origine *méningo-encéphalitique*, auquel cas la *démence* peut se produire. Les *épileptiques hémiplégiques*, comme Ham..., sont sujets à des *états de mal épileptique*, de même que les *épileptiques ordinaires*, et peuvent y succomber. C'est le cas de l'enfant dont nous venons de relater l'histoire. Mais, fréquemment, quand ils sont parvenus à un certain âge, vingt-cinq, trente ans, s'ils ont survécu aux états de mal, on voit les accès s'éloigner et enfin disparaître : le malade reste avec son *idiotie* ou son *imbécillité*, ou son *arriération mentale* et son *hémiplégie*. Maintes fois, tant à la Salpêtrière, quand nous remplaçions Delasiauve qu'à Bicêtre, lorsqu'il s'agissait de malades de ce genre n'ayant qu'une arriération intellectuelle ou un faible degré d'imbécillité, nous avons pu les faire passer des sections d'aliénés dans les divisions de l'hospice comme *infirmes incurables*.

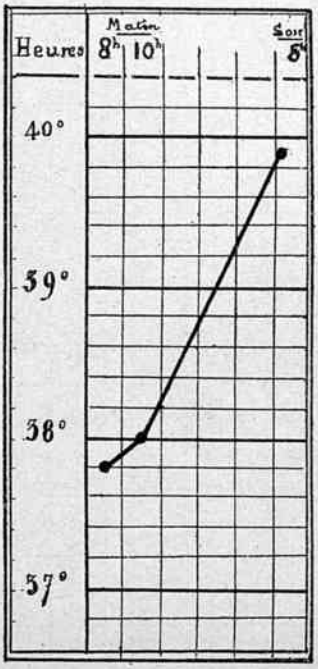


Fig. 16. — Tracé de la température de l'état de mal de H...

L'*état de mal épileptique* n'a offert, ici, que la première période ou *période convulsive*, composée seulement de 8 accès, ces derniers compliqués d'une cyanose très prononcée et s'est terminé par la mort en quelques heures. La *température* n'a monté que jusqu'à 39,9 (*fig.* 16). Souvent elle s'élève à un chiffre supérieur. D'autres fois, après la période convulsive, après la cessation des accès, la température s'abaisse jusqu'à la normale (*fig.* 16), puis elle se relève plus ou moins vite, monte au delà de 40° et le malade succombe (*période méningitique*). Enfin, dans d'autres cas, les accidents méningitiques disparaissent,

la température s'abaisse progressivement une seconde fois et le malade guérit.

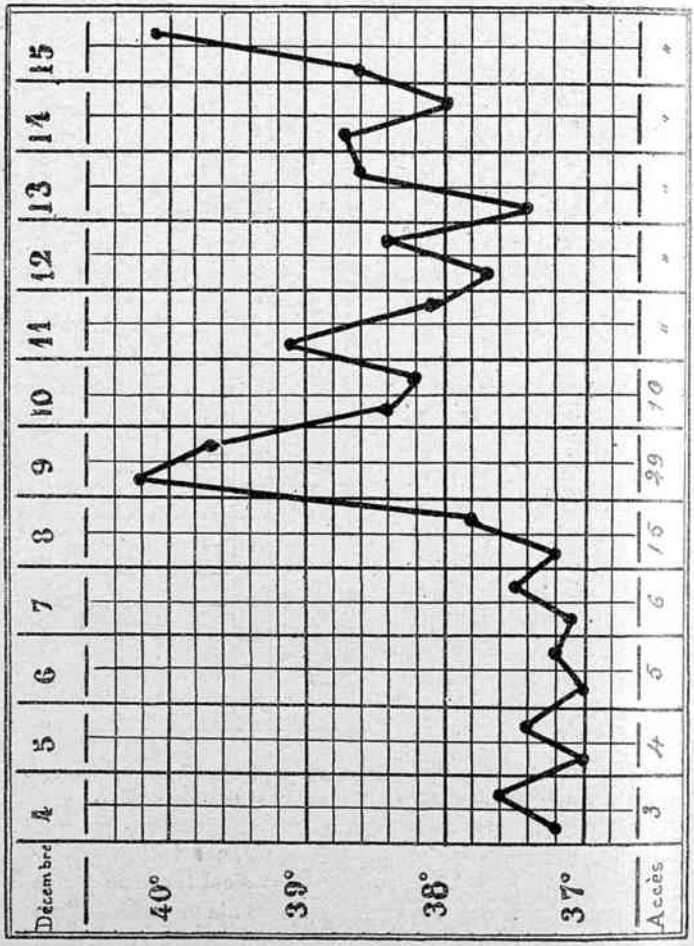


Fig. 17. — Petitj. : T. d'un état de mal.

III. L'*autopsie* est du plus haut intérêt.

a. Le *crâne,* voûte et base, est asymétrique. Sa moitié droite est moins longue et notablement plus étroite que la gauche, l'*hémisphère cérébral droit — extrêmement atro-*

phié — ne l'ayant pas provoquée à se développer. Entre cet hémisphère *atrophié* et la partie correspondante de la calotte cranienne, il existait un *espace considérable*. Cet espace était comblé, comme il arrive en pareille circonstance et comme nous en avons rapporté maints exemples : 1° par une *hypertrophie des os* dont l'épaisseur était le double des os correspondants du côté gauche (*fig.* 15) ; elle prédominait au niveau du frontal ; 2° par une accumulation considérable du *liquide céphalo-rachidien*. (Voir le numéro de juillet, p. 39, *fig.* 8, et PL. I et II, un cas analogue : *Hypertrophie* compensatrice des *os du crâne* répondant à une *atrophie* considérable des *lobes frontaux*).

Les détails que nous avons donnés dans la relation de l'autopsie nous dispensent d'insister longuement sur le cerveau lui-même, Nous nous contenterons de dire qu'il s'agit là d'un bel exemple de *sclérose atrophique* intéressant presque tout l'*hémisphère cérébral droit*, avec *atrophie croisée du cervelet* et compliqué, lésion rare, d'une absence complète du corps calleux [1].

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XCI. **Gliome volumineux du lobe frontal gauche; destruction presque complète de la troisième frontale, absence de phénomènes moteurs et d'aphasie, œdème papillaire de l'œil droit, vision diminuée; amélioration par la ponction lombaire**; par MM. CHARVET et BANCEL. (*Lyon médical*, n° 15, 10 avril 1904.)

Observation intéressante dans laquelle l'évolution d'un gliome volumineux du lobe frontal gauche a été presque complètement latente, en dehors de troubles intellectuels vagues et de phénomènes papillaires. Les auteurs insistent sur l'absence des phénomènes moteurs et d'aphasie, malgré la destruction presque complète de la troi- sième frontale gauche, et surtout sur l'amélioration apportée aux phénomènes visuels par la ponction lombaire.

[1] Nous en donnons la description à l'explication des PLANCHES.

Des faits qu'ils rapportent, il semble découler que, dans les cas où il existe des symptômes nets mais diffus de tumeur cérébrale, la simple ponction lombaire peut améliorer certains symptômes (céphalée, diminution de l'acuité visuelle, hébétude) et doit être conseillée. G. C.

XCII. **Signe de Kernig et signe de Lasègue. Pathogénie du signe de Kernig**; par M. PIÉRY. (*Lyon médical*, n° 17, p. 696.)

Pour M. Piéry, la pathogénie du signe de Kernig peut se formuler ainsi : « Ce signe est dû à la contracture de défense des muscles fléchisseurs de la cuisse, qui réagissent à l'élongation douloureuse des nerfs enflammés de la queue de cheval (branche d'origine du grand nerf sciatique), élongation engendrée, par la flexion forcée de la cuisse sur le bassin, la jambe étendue (position de Kernig). — Deux observations. G. C.

XCIII. **Lésions de l'écorce cérébelleuse chez les paralytiques généraux**; par MM. TATY et JEANTY. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 8 juil. 1903.)

De l'étude des préparations portant sur huit sujets et comparables entre elles, et de leur comparaison avec le cervelet d'un décapité de vingt-cinq ans, MM. Taty et Jeanty ont constaté les faits suivants :

L'altération et la raréfaction constante des cellules de Purkinje, altération allant de la chromatolyse ordinaire à la destruction totale. La couche des grains est touchée, mais sa lésion est moins apparente. La couche moléculaire est également atteinte. La méninge est, en général, peu malade. Les altérations vasculaires sont rares. On trouve rarement des leucocytes autour des vaisseaux.

Autour des cellules de Purkinje atteintes et à la place des disparues, on constate la présence des éléments, dont la forme, la coloration et les dimensions se rapportent au type décrit par MM. Lannois et Paviot dans leur étude sur l'atrophie du cervelet. Ces éléments sont disséminés sur une certaine épaisseur. On en reconnaît dans la couche des grains, dans la zone moléculaire. La plupart de ces éléments ont le caractère des leucocytes, dans certaines préparations, le processus neuronophagique apparaît nettement. D'après MM. Taty et Jeanty, le cervelet participe au processus morbide, fait déjà signalé par Roecke, mais la réaction paraît moins intense que dans le cerveau et se montre surtout au voisinage de la couche de Purkinje. Il leur a semblé que les formes du type tabes moteur présentaient les lésions les plus considérables et les plus caractéristiques. G. C.

XCIV. **Recherches bactériologiques sur le sang des épileptiques**; par MM. LANNOIS et LESIKUR. (*Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 3 novembre 1903.)

Des recherches auxquelles se sont livrés les auteurs et qui ont porté sur 9 malades, ils arrivent aux mêmes conclusions que Besta en Italie. « Dans le sang des épileptiques en crise, on ne trouve aucun élément microbien. » Il n'y a donc pas lieu de décrire, comme l'a fait M. Bra, un streptocoque de l'épilepsie.

G. C.

XCV. **Idiotie microcéphalique; épilepsie; asymétrie cérébrale; microgyrie; ulégyrie; cuir chevelu suggestif d'atavisme**; par J. NOLAN (*Clinical and patholog. Notes*, in *Journal of Mental Science*, janv. 1904, p. 69).

H. C..., âgé de quarante et un ans, admis à l'asile au sortir d'une maison de refuge, le 4 août 1902, mort d'épilepsie le 22 décembre 1902. On n'a pu avoir aucun renseignement antérieur.

Son apparence physique aurait réjoui le cœur d'un évolutionniste, car au premier aspect il était un spécimen parfait du type simien. Sa face arrêtée dans sa croissance était dirigée en avant; sa figure grossière et ricanante semblait sortir d'entre ses grandes oreilles difformes. Le crâne un peu en retrait était enveloppé dans un cuir chevelu mal ajusté, sur lequel les cheveux noirs et raides poussaient en crêtes. Il progressait au moyen d'un mouvement de côté, conservant son équilibre en étendant ses avant-bras allongés. Il laissait échapper des sons spasmodiques, sans signification, semblables à des grognements. Dans ses habitudes personnelles il était dépravé au plus haut point, montrant un dédain absolu des besoins de la nature. Son appétit vorace était manifestement satisfait par l'ingestion d'une matière quelconque. Il n'y avait rien qui appelât un commentaire spécial dans la nature de ses accès épileptiques, qui étaient fréquents et sévères. Il était sourd et muet. Il ne donnait aucun indice de sens sexuel, autre que de tâtonner gauchement dans le voisinage de ses organes génitaux. L'examen relatif à ses facultés mentales avait aussi un résultat presque négatif. On ne pouvait dire qu'il possédât aucune des facultés intellectuelles sauf au degré le plus rudimentaire. D'où, en décrivant son aspect on énonçait qu'il était au premier abord du type simien, mais son intelligence était infiniment au-dessous de celle possédée par les singes anthropoïdes ordinaires. Il prouvait manifestement la force de la thèse du Dr Ireland, que l'intelligence d'un singe est très différente de celle d'un idiot, la jauge de l'intelligence simienne ne peut pas être atteinte

simplement en déduisant tant de l'intelligence humaine. H. C..., était aussi loin au-dessous du niveau intellectuel du singe moyen, que ce dernier est inférieur au spécimen[1] hautement développé, qui fait en ce moment les délices et l'admiration d'un music-hall de Londres, où dans un costume d'ordonnance, sans tache, il déguste avec une évidente appréciation et avec distinction le menu élaboré qui est placé devant lui. H. C..., s'il avait été placé devant un tel repas, aurait apporté son appétit vorace pour l'exercer, non sur les mets seuls, mais sur le linge de table, la verrerie et la coutellerie, et de préférence aurait probablement essayé ces derniers comme hors-d'œuvre. Pendant le temps de son séjour ici, il réclama l'attention entière des serviteurs pour l'empêcher de manger des ordures et des tripailles, et de mettre d'autre manière, sans le savoir, sa vie en danger, par des actions dénuées de sens.

Autopsie. — L'état général des organes n'appelait aucune remarque spéciale. Dans l'estomac, cependant, on trouva une boule de matière ingérée, consistant principalement en grossière fibre à matelas. Cette masse, qui reproduisait la forme de l'estomac, montrant nettement une grande et une petite courbures, pesait 10 onces. Elle était complètement libre de toute attache avec les parois du viscère, et sa présence dans son intérieur ne semblait pas avoir donné naissance à aucun état inflammatoire, bien qu'elle dût y avoir été de longs mois, car le malade n'avait pas eu d'occasion de se procurer les fibres à l'asile (cette masse a été presentée) (Egagropile).

Le cuir chevelu, comme il a été déjà indiqué, était anormal, assez flottant sur le crâne ; les cheveux, arrangés en crêtes hérissées courant dans la direction sagittale, arrangement lui donnant l'aspect observé dans quelques carnivores. Une partie du cuir chevelu est montrée (voyez planche I, *fig.* 1), et aussi des préparations microscopiques de ce cuir chevelu; et l'examen de l'un et des autres tend à confirmer la théorie qui considère cet état comme le résultat possible d'un développement rétrograde, plutôt que d'un simple « cuir chevelu hypertrophié », c'est-à-dire un cuir chevelu qui avait été destiné à couvrir un crâne de grosseur normale. J'attire une attention spéciale sur la coupe montrant la section, qui a été préparée par mon dernier assistant, le Dr J.-H. Thompson, lequel rencontra beaucoup de difficulté pour faire la préparation, à cause de son extrême dureté. Son effort, cependant, a été entièrement couronné de succès, et a le mérite de la nouveauté ; car le

[1] *Consul*, à l'Hippodrome.

[2] L'*hypertrophie* n'était pas de l'énorme variété signalée par les Drs Mc Dowall et Cowan. Dans leurs cas, le cuir chevelu était converti en de grands plis rugueux.

Dr Robertson déclare qu'il n'a été fait, autant qu'il le sache, aucune section de cuirs chevelus anormaux.

Le crâne à première vue ne présentait pas d'autre anomalie marquée que son petit volume et son asymétrie exagérée, le côté gauche étant plus petit que le droit. La synostose était complète. Un examen attentif révélait, en outre des caractères ordinaires d'un crâne microcéphale (os frontal étroit et allant en pente, fosses temporales profondes, fosses ethmoïdades étroites, condyles occipitaux saillants, sinus frontaux larges, os de la face prognathiques, arcade dentaire étroite), — de petits espaces correspondant aux éminences frontales, montrant de nombreuses dépressions qui causaient un aspect poreux. A cet espace de chaque côté la dure-mère était quelque peu adhérente ; de la même manière l'arachnoïde était adhérente à la dure-mère par un arrangement cribriforme ; une production villeuse la couvrait, dans une étendue correspondant à l'emplacement des aires osseuses poreuses.

Cerveau. — Vu en place, l'asymétrie des hémisphères cérébraux était tout de suite apparente. Une disproportion anormale était aussi évidente entre le cerveau et le cervelet, le dernier étant gros à l'excès par rapport au premier. Enlevé, l'organe pesait seulement 29 onces.

Les circonvolutions de l'hémisphère gauche présentaient une apparence vermiforme ; les sillons béants et éloignés ; les circonvolutions semblaient être contournées en nombreux petits cercles, chacune étant diminuée en volume, si bien qu'il y avait l'état complexe de la microgyrie et de l'ulégyrie ; les érosions à la surface et les indurations cicatricielles qui caractérisaient la dernière, étant bien marquées (voir PLANCHE I, *fig.* 2).

Scissures. — Les scissures de Sylvius et de Rolando étaient normales de direction et, relativement, dans leurs dimensions, mais dans chaque hémisphère la scissure rolandique commençait en un point postérieur au milieu de la ligne de la scissure longitudinale, d'où le résultat que les lobes frontaux étaient anormalement grands. Environ 3/8 seulement de la scissure pariéto-occipitale, étaient visibles sur la surface externe.

Hémisphère gauche. — Lobe frontal : circonvolution frontale ascendante assez bien développée ; circonvolutions supérieure et moyenne, normales de position mais mal formées ; circonvolution inférieure très atrophiée, les sillons par conséquent baillants et très irréguliers. Lobe pariétal : la circonvolution ascendante, comme la frontale ascendante, assez bien développée, mais à l'extrémité supérieure montrant de la minceur. Le lobule pariétal supérieur rétréci, atrophié, et irrégulier ; le premier sillon annexé, bien marqué, comme l'étaient aussi les deux divisions du lobule pariétal inférieur. Lobe occipital : circonvolutions petites et irrégulières. A cause de l'atrophie et du retrait des circonvolutions dans

la partie antérieure du lobe il y avait une constriction marquée qui rejetait en saillie la portion occipitale. Lobe temporo-sphénoïdal gauche : circonvolution supérieure très réduite, avec béance résultante des sillons ; circonvolutions inférieure et moyenne au-dessous du développement normal.

Hémisphère droit. — Lobe frontal : circonvolution ascendante bien marquée, tandis que le reste du lobe était à peu près nettement différencié, (par les sillons pré-rolandique, frontal supérieur et frontal inférieur), en les 3 circonvolutions frontales, qui toutes étaient bien développées. Lobe pariétal droit : circonvolutions et sillons normaux dans leur position, et, en tant que comparés avec la région correspondante du côté gauche, bien développés. Lobe occipital droit : circonvolution moyenne particulièrement bien développée. Toutes les divisions de ce lobe montraient leurs rapports avec les lobes pariétal et temporo-sphénoïdal, très clairement, par les différents sillons annexés.

Remarques. — Ce cas d'idiotie congénitale est un excellent spécimen des conditions anormales qui donnent naissance à la vraie microcéphalie, aussi bien qu'à ces changements pathologiques, auxquels les erreurs du développement dans la structure rendent particulièrement exposée la fine organisation du tissu cérébral et de la fonction cérébrale. Cliniquement, un cas d'« amentia » primitive essentielle ne peut pas être particulièrement attrayant ; cependant l'examen pathologique de tels cas est fascinant pour ceux qu'intéresse l'étude du cerveau comme organe de l'esprit. Il est satisfaisant de voir que récemment, à la fois chez nous et à l'étranger, un nouvel intérêt a jeté beaucoup de lumière nouvelle sur les erreurs fondamentales qui produisent celle-ci et les états alliés, et si nous ne pouvons pas guérir l'idiodie, nous pouvons du moins apprendre la leçon de ses maux. Il a été dit avec vérité, quoique « pas » par un Irlandais, « que la grande majorité des imbéciles et des idiots vivant actuellement devraient avoir été traitées il y a trois générations ». Nous devons être d'accord sur la vérité de cette observation, et ainsi par une étude plus minutieuse de ces infortunées créatures qui trouvent leur voie dans nos asiles, —

« Leurs têtes quelquefois si petites, qu'il n'y a pas d'espace pour l'esprit ;
Quelquefois si grandes, qu'il n'y a pas d'esprit pour un tel espace », —

puissions-nous poser les fondements scientifiques de telles mesures préventives qui puissent tendre à diminuer le nombre des idiots et des imbéciles dans trois générations d'ici.

XCVI. **Sur un cas de torticolis congénital avec autopsie et examen histologique du système nerveux**; par MM. GALLAVARDIN et SAVY. (*Lyon médical*. 22 Novembre 1903, p. 767).

Les auteurs relatent une observation :

Cliniquement. Torticolis congénital très accentué avec hémiatrophie cranio-faciale.

Autopsie. Transformation tendineuse, raccourcissement et rétraction extrême du chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien (8 centimètres au lieu de 18 centimètres). Atrophie musculaire simple du chef claviculaire. Pas d'apparence cicatricielle, pas trace d'hématome ancien, ni d'adhérences inflammatoires périmusculaires.

Examen histologique du système nerveux : — Aucune lésion dans le système nerveux périphérique (filets du spinal, tronc du sympathique cervical, ganglions cervicaux inférieur et supérieur).

Pas de lésion du noyau bulbaire du spinal. Atrophie très marquée de la corne antérieure de la moelle cervicale supérieure. (Noyau cervical du spinal).

MM. Gallavardin et Savy concluent de cette observation : 1° que les lésions macroscopiques ou microscopiques qu'ils ont constatées au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien dans ce cas de torticolis congénital ne leur semblent pas en faveur de l'origine musculaire locale (traumatique ou infectieuse), de cette affection; 2° que l'absence de lésions au niveau du système nerveux périphérique (filets du spinal, tronc et ganglions du sympathique cervical) ne permet pas non plus d'attribuer cette affection à une lésion névritique ; 3° qu'il existe une lésion médullaire « collatérale » du torticolis congénital, l'atrophie de la corne antérieure de la moelle cervicale supérieure c'est-à-dire du noyau d'origine du spinal cervical ; 4° que la signification exacte de cette lésion reste encore à préciser.

Il est possible qu'il s'agisse d'une lésion médullaire primitive, tenant sous sa dépendance les altérations musculaires et l'hémiatrophie cranio-faciale; cette interprétation très vraisemblable, qu'aucun argument ne permet de rejeter définitivement, ferait du torticolis congénital l'analogue de la paralysie infantile. Mais il est possible que cette lésion ait seulement la valeur d'une atrophie rétrograde consécutive à une malformation ou à une lésion *primitive* du muscle. G. C.

XCVII. **Hémiplégie immédiate consécutive à la ligature des carotides**; par M. BEUTTER. (*Lyon Médical*. 27 décembre 1903, p. 996).

M. Beutter publie une observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet d'un cas d'hémiplégie consécutive à la

ligature de la carotide primitive, pendant l'extirpation d'une tumeur maligne adhérente. Cette observation est intéressante à deux titres : d'abord parce que l'hémiplégie fut constatée presque immédiatement après la ligature, contrairement à ce qui eut lieu dans tous les autres cas publiés ; puis, parce que cette hémiplégie eut une prédominance marquée pour le membre supérieur.

Le cas que l'auteur présente autorise à rejeter les théories qui incriminent la thrombose ou la coagulation ; l'hémiplégie s'étant déclarée immédiatement après la ligature, un caillot n'aurait pas eu le temps de se former.

Doit-on incriminer l'anémie mécanique ou la congestion par paralysie des vaso-moteurs lésés dans la ligature de la carotide, ou par la ligature des jugulaires interne et externe droites.

Sans trancher la question l'auteur pense que le début immédiat et l'amélioration rapide sont en faveur des deux hypothèses. On peut admettre, que dans certains cas, le cercle de Willis est irrégulièrement développé, que les communicantes antérieure et postérieure peuvent être insuffisamment perméables, et que ce n'est que peu à peu qu'elles se laissent dilater pour suppléer à l'insuffisance de la circulation dans un territoire donné de la masse encéphalique. Ceci expliquerait la guérison graduelle de l'hémiplégie dans l'observation en question.

Pour expliquer le second point intéressant, c'est-à-dire la prédominance de la paralysie au membre supérieur, l'auteur pense que le fait est dû à la sensibilité plus ou moins grande des cellules nerveuses suivant qu'elles sont préparées à des fonctions plus délicates. Il en serait ainsi pour les centres moteurs du membre supérieur. G. C.

XCVIII. **Lésions du cervelet dans quelques formes d'aliénation mentale** ; par Bridier (*Lyon Médical*, 24 janvier 1904, n° 4).

S'appuyant sur de précédentes recherches anatomo-pathologiques faites sur les démences, lui permettant de différencier par les seules lésions histologiques du cerveau, certains types anatomiques différents rattachables à telle ou telle démence, M. Bridier a cherché, dans ce nouveau travail à décrire des types anatomiques différents de lésions cérébelleuses dans les démences paralytiques, sénile, vésanique. Dans deux cas de démence sénile il a constaté des proliférations névrogliques abondantes autour des cellules de Purkinjé ; dans une démence rapide chez une syphilitique il a trouvé des lésions cellulaires et l'existence d'éléments analogues aux cellules de Purkinje, mais plus petits et doublant en dessous la couche normale de ces cellules ; enfin dans une démence à longue évolution, les altérations morphologiques étaient notables et allaient jusqu'à la destruction cellulaire.

Ces faits semblent de nature à légitimer la nécessité d'un examen minutieux du cervelet des aliénés, mais sont en trop petit nombre pour en tirer une conclusion. G. C.

XCIX. **Sur la teneur en sucre du liquide Céphalo-rachidien** ; par MM. Lannois et Boulud (*Bulletin soc. méd. des Hôp. de Lyon*. 31 mai 1904, p. 192).

De leurs recherches qui portent sur 17 examens de liquide céphalo-rachidien les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1° Le corps réducteur qui existe dans le liquide céphalo-rachidien est bien du glycose, il donne avec la phénylhydrazine une ozazone caractéristique du glycose.

2° La teneur en glycose du liquide céphalo-rachidien varie dans des limides très étroites ; elle est de 0,40 à 0,50 p. 1000.

3° La fixité de ce chiffre, qui est la moitié du taux du glycose du sang normal, et le tiers de celui du sérum, est un argument en faveur de l'opinion qui voit dans le liquide céphalo-rachidien un liquide de sécrétion et non de transsudation simple. Il est probable que le sucre joue un rôle dans la nutrition des éléments nerveux avec lesquels il est en contact.

4° Le taux du sucre peut s'élever dans certaines conditions pathologiques ; dans le diabète les auteurs ont trouvé 1 gr. 22 et 1 gr. 65, soit 2 et 3 fois plus de sucre que dans le liquide céphalo-rachidien normal. G. Carrier.

C. **Acromégalie : Splanchnomégalie ; gros cœur : mort par asystolie (Sans lésion orificielle cardiaque ni néphrite)** ; par MM. J. Paviot et M. Beutter (*Bull. Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 31 mai 1904, p. 198).

L'intérêt de cette observation réside dans les deux points suivants :

1° Gros cœur chez une acromégalique, l'ayant conduite à la mort dans le syndrôme asystolique.

2° Bruits cardio-pulmonaires déterminés par ce gros cœur dans le parenchyme pulmonaire voisin.

Pour expliquer le premier point, on pourrait admettre dans ce cas, qu'à un moment donné c'est la disproportion même de l'organe central de la circulation qui fait apparaître l'asystolie, comme le gros cœur, quelque soit sa cause, essouffle le porteur et crée une asystolie transitoire et courte en présence de l'effort. Le cœur acromégale, grandissant lentement mais indéfiniment, arriverait à créer une asystolie définitive par un mécanisme analogue, mais qui échappe dans son intensité.

Les auteurs font ce rapprochement sans donner au phénomène une véritable explication. Ils attirent simplement l'attention sur

ces deux points : 1° L'acromégalie avec splanchnomégalie peut conduire à l'asystolie et à la mort, du seul fait d'un gros cœur. 2° Les bruits que ce gros cœur détermine dans le parenchyme pulmonaire voisin par son volume et par l'augmentation de calibre parallèle de l'aorte et de la pulmonaire, peuvent arriver à simuler des bruits de lésions orificielles, mais n'existant point en réalité.

G. C.

CI. **Un cas d'anencéphalie avec amyélie** ; par BRISSAUD et BRUANDET. (*Nouv. Iconogr. de la Salpétrière.* N° 3. 1903.)

Description anatomique d'un monstre humain mort-né de sept mois et demi, présentant des malformations très accentuées des cavités crânienne et rachidienne, et de plus une hernie ombilicale renfermant une grande quantité des viscères abdominaux. Capsules surrénales normalement développées. Pas d'adhérences amniotiques. Les autres parties de l'organisme sont normales. Les auteurs n'ont rien trouvé qui put éclairer la pathogénie des altérations constatées.

R. C.

CII. **Paraplégie cervicale incomplète par tumeur gliomateuse de la moëlle avec pachyméningite néoplasique**, par SPILLMANN et HOCHE. (*Nouv. Icronogr. de la Salpétrière.* N° 3. 1903.)

Jeune fille de dix-neuf ans, sans hérédité pathologique. Douleurs débutant à la racine du membre supérieur droit, irradiant vers l'extrémité. Atrophie progressive des muscles. Complications de broncho-pneumonie. Mort. A l'autopsie on découvre une tumeur volumineuse siégeant au niveau des VIIIe racine cervicale et Ire dorsale et produisant comme une véritable section graduelle et progressive de l'axe nerveux. Cette observation, dans laquelle l'évolution néoplasique ne s'est manifestée que par un tableau clinique restreint, montre la grande difficulté du diagnostic des tumeurs intramédullaires qui, surtout lorsqu'il survient un état phlegmatique intercurrent, peuvent en imposer par la polynévrite infectieuse.

R. C.

CIII. **Sur une forme rare d'hémimélie radiale intercalaire** ; par KLIPPEL et RABAUD. (*Nouv. Iconogr. de la Salpétrière.* N° 4. 1903.)

Il s'agit d'un cas de malformation portant sur deux régions symétriques des membres supérieurs — avec atténuation du côté droit — atrophie des phalanges et des métacarpiens avec extension aux régions musculaires et aux vaisseaux correspondants. A l'occasion de cette observation, les auteurs présentent quelques remarques critiques tendant à démontrer l'insuffisance des explications pathogéniques mises en avant jusqu'à ce jour (hérédité,

traumatisme, etc.), et la nécessité de chercher une voie nouvelle qui puisse conduire à des connaissances positives... mais comme le reconnaissent les auteurs eux-mêmes cette conclusion n'est pas une explication. R. C.

CIV. **Une observation d'abcès du cerveau**; par Hermon C. Gordinier (*American Journal of Insanity*, I, 03, p. 441-446. 1 planche). S.

CV. **Tumeur cérébrale chez une femme de soixante-dix-huit ans**; par J.-D. Madison (*The American Journal of Insanity*, I, 03, p. 447-455. 1 planche). S.

CVI. **L'écorce motrice**; par Clarence-B. Farrar (*The American Journal of Insanity*, I, 03, p. 477-514).

L'article commence par un long historique où l'on peut relever cette remarque relativement à la délimitation de la zone motrice que des ressemblances de configuration (sillons par ex.) sont insuffisantes pour affirmer en anatomie comparée l'identité fonctionnelle de deux régions. Chez l'homme, la zone motrice serait avant tout prérolandique. L'étude histologique proprement dite, comprend ensuite une vingtaine de pages. Simon.

CVII. **Une observation de tumeurs adiénales métastatiques dans la deuxième frontale et la frontale ascendantes gauches**; par Walter Channing et Wallace-R. Knowlton (*The American Journal of Insanity*, I, 03, p. 515-525. 3 planches).

Après l'exposé clinique et anatomo-pathologique (la moelle ne paraît pas avoir été examinée) du fait, courte revue bibliographique. Noter comme signes de tumeur des lobes frontaux : la raideur de la nuque, la stupeur, etc. Simon.

CVIII. **Contribution à l'étude du sang dans la folie maniaque dégressive**; par Yessie-Weston Fisher (*The American Journal of Insanity*, IV. 03, p. 559-581).

1° Résumé des recherches antérieures.

2° Analyse détaillée de 5 observations personnelles.

3° Conclusions : *a*) pas de modifications pathognomoniques du sang dans les phases maniaques de la folie maniaque dépressive; *b*) l'anémie n'est pas un facteur causal ni même n'accompagne pas toujours cette psychose ; *c*) l'hémoglobine et les globules rouges sont souvent, sinon toujours, accrues pendant un accès d'agitation ; *d*) un certain degré de leucocytose accompagne presque constamment l'activité psychomotrice et l'auteur a même tendance à y voir un effet de celle-ci. D'autre part, un accroissement de poids accompagne l'amélioration de l'état mental. Simon.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

LIV. **Sur les Hémispasmes de la face. Hémispasme facial vrai. Hémispasme hystérique** ; par MM. Lannois et Porot (*Lyon médical* 7 février 1904, n° 6).

Dans ce travail, MM. Lannois et Porot ont cherché à différencier cliniquement certains spasmes unilatéraux de la face, les uns cloniques et intermittents, les autres toniques et permanents. Les premiers, dont ils rapportent cinq observations sont pour eux de véritables spasmes présentant les caractères cliniques et l'allure évolutive d'une affection organique, ils leur donnent le nom d'*hémispasme facial vrai* ; les seconds (deux observations), contractures anciennes ou récentes de la face, étaient des manifestations survenant chez des hystériques en mal de contracture, ils les appellent *hémispasme facial hystérique*.

L'hémispasme facial vrai se caractérise par les symptômes principaux suivants : *a*) Secousses toujours unilatérales. — *b*) Les secousses n'atteignent que les muscles innervés par le facial. — *c*) Les secousses sont toujours cloniques, groupées en séries arrivant parfois à la production de véritables accès pouvant aller jusqu'à la tétanisation du muscle. — *d*) Les secousses échappent à l'influence de la volonté et persistent souvent pendant le sommeil. — *e*) Inexpression de l'hémispasme ; c'est-à-dire qu'il ne répond à aucune des expressions courantes de la physionomie.

La mimique bizarre et complexe de l'hémispasme n'est pas en rapport avec un geste, une idée ou un sentiment, mais est en rapport avec *un territoire nerveux périphérique, celui de la VIIe paire*. Ces différents symptômes différencient nettement l'hémispasme du tic. A ces caractères de première importance, s'en ajoutent quelques autres secondaires : Les *manifestations auriculaires*, l'hémispasme coïncide fréquemment avec une diminution de l'ouïe du même côté, des bourdonnements d'oreille. L'hémispasme facial vrai ne s'accompagne jamais de douleurs au moment des accès. On trouve quelquefois une diminution nette de la sensibilité à la piqûre dans le territoire cutané du trijumeau.

Ces données cliniques permettent d'affirmer le caractère organique de l'hémispasme facial vrai ; il traduit la réaction motrice du nerf facial. Au point de vue pathogénique, les auteurs tendent à admettre la théorie reflexe, le centre de réflexion est au niveau

du bulbe, la voie centrifuge motrice est représentée par la VIIe paire, c'est le trijumeau qui représente la voie centripète.

En général, on retrouve en effet dans l'étiologie des malades, de violentes névralgies faciales ou dentaires, affection ou lésion ayant intéressé quelques-unes des terminaisons de la Ve paire.

Ces affections ont pu produire, à la longue, des lésions dégénératives du nerf sensitif, et par un processus de névrite ascendante retentir dans le bulbe sur les noyaux d'origine de la VIIe paire.

L'hémispasme facial vrai, non douloureux, a les caractères d'une manifestation nerveuse organique systématisée. Il est essentiellement différent des manifestations motrices psycho-mentales du tic et de l'hystérie. Du fait de sa systématisation anatomique, de son étiologie et de ses caractères cliniques, il touche en certains cas à l'épilepsie jacksonienne, en d'autres à l'hémispasme douloureux.

Les *hémispasmes hystériques* sont en général d'un diagnostic facile; leur début est assez caractéristique; ils surviennent à la suite d'une émotion, quelquefois à la suite d'un traumatisme (hystéro-traumatisme). La recherche des stygmates oriente complètement le diagnostic. Le seul diagnostic auquel on puisse songer est la paralysie faciale suivie de contracture. G. Carrier.

LV. **De la forme la plus habituelle des modifications de l'intelligence et du caractère qui peuvent résulter des maladies du nez et du cerveau**; par M. Royet (*Société d'anthropologie de Lyon*, 7 février 1903.)

Des troubles psychiques se présentent assez souvent au cours des maladies du nez; ils peuvent avoir des formes variées, mais en général se rapportent à un type caractérisé, par une légère obnubilation intellectuelle et une incapacité marquée de diriger les opérations mentales dont les conséquences sont : L'impossibilité de saisir rapidement la signification des excitations venues de l'extérieur ou de l'intérieur. C'est un défaut d'attention, une asymbolie passagère; une très grande difficulté à réveiller rapidement les images de mémoire. L'absence de frein à la cérébration automatique qui déterminera une sorte d'état de rêve. Une sensation de dépression physique et morale très accentuée. Enfin un état d'angoisse constant qui, chez l'adulte à l'état de veille, détermine de l'anxiété et de l'irritabilité, une tendance mélancolique prononcée et, pendant le sommeil, des rêves pénibles et des cauchemars. Chez l'enfant de l'agitation sans but et des phénomènes moteurs, chorée, tics, etc., et aussi des peurs nocturnes. G. C.

LVI. **La parésie spasmodique des vieillards athéromateux**; par MM. Pic et Bonnamour. (*Société médicale des Hôpitaux*, 10 février 1903.)

MM. Pic et Bonnamour mettent en évidence un type clinique rarement observé et qui est constitué par une parésie spasmodique naissant insidieusement, progressant sans bruit et évoluant constamment sans ictus, sans troubles de la sensibilité.

Les malades présentent, en outre presque toujours des signes centraux ou périphériques d'athérome artériel. C'est pour cette raison qu'ils désignent ce syndrome clinique sous le nom de parésie spasmodique des vieillards athéromateux.

A la période d'état, la démarche parêto-spasmodique coïncide avec le syndrome spasmodique habituel : hypertonie musculaire, contracture, exagération des réflexes rotuliens, souvent trépidation épileptoïde et clonus de la rotule. Les réflexes cutanés sont souvent normaux; signe de Babinski inconstant. Pas de troubles de la sensibilité. Le psychisme est rarement intact, on constate généralement un affaiblissement intellectuel avec rire et pleurer spasmodiques, dysarthrie. On trouve, en outre constamment des signes d'athérome. La terminaison a lieu quelquefois par cachexie progressive, parfois par un ictus intercurrent, enfin, plus souvent, par une complication intercurrente (pneumonie ou broncho-pneumonie).

A l'autopsie, on constate *au cerveau* l'existence de lacunes de désintégration, siégeant, en général, dans les noyaux gris centraux, de préférence dans les noyaux lenticulaires; parfois dans les cas d'ictus, on trouve de petits foyers de ramollissement capsulaire. Les lésions de la moelle ne sont jamais bien systématisées ; elles sont plutôt un peu diffuses dans le cordon latéral et même dans les faisceaux postérieurs. Ces lésions sont variables d'étendue et de siège suivant les sujets et suivant la hauteur d'une même moelle. Sans l'affirmer, les auteurs pensent que ces lésions sont en connexion avec des altérations vasculaires. Il s'agit en somme dans la majorité des cas d'une sclérose combinée postéro-latérale.

MM. Pic et Bonnamour admettent que leurs observations constituent en quelque sorte une synthèse de deux ordres de faits, les uns mis en évidence par Demange en 1885, sous le nom de tabes spasmodique sénile, où il étudie surtout les lésions médullaires; les autres mis récemment en lumière par MM. Marie et Ferrand, qui font jouer un rôle exclusif aux lésions lacunaires et centrales du cerveau. Ils pensent que le syndrome parésie spasmodique est fonction de la lésion médullaire et non de la lésion cérébrale. Les lésions cérébrales, dans leurs observations, tiennent sous leur dépendance, sinon les phénomènes parétiques, du moins les troubles encéphaliques tels que les vertiges, les ictus, la démence, les phénomènes pseudo-bulbaires, le rire et le pleurer spasmodiques.

Interprétant ces différents faits, ils croient que chez des vieil-

lards athéromateux, on peut observer des phénomènes cérébraux qui sont directement fonction des troubles circulatoires et des scléroses médullaires, sous la dépendance des mêmes causes qui ont produit l'artério-sclérose. Ils comparent ces scléroses médullaires autochtones aux diverses scléroses viscérales si fréquentes à un âge avancé.

Le diagnostic devra être fait avec toutes les paraplégies spasmodiques d'origine encéphalique ou médullaire ; ces diverses causes éliminées, on pourra penser, chez un vieillard athéromateux, à cette variété de sclérose polyfasciculaire pseudo-systématique. G. Carrier.

LVII. **Surdité verbale par lésion temporale droite** ; par M. Mollard. (*Société nationale de médecine de Lyon*, 27 avril 1903.)

Il s'agit d'un malade atteint d'une hémiplégie droite présentant en même temps une aphasie complète, motrice et sensorielle (surdité verbale).

En présence de pareils symptômes, le diagnostic semblait être : vaste ramollissement de l'hémisphère gauche intéressant à la fois les centres moteurs et les centres du langage, particulièrement le lobe temporal. A l'autopsie, on trouva, en effet, un ramollissement de l'hémisphère gauche qui expliquait l'hémiplégie droite, mais dont la localisation ne pouvait donner l'aphasie totale observée et la surdité verbale. Les lésions trouvées sur l'hémisphère droit, qui consistaient en un ramollissement du lobe temporal droit, des premières et deuxièmes frontales, ainsi que de la face inférieure du lobe frontal, expliquaient au contraire les troubles sensoriels.

L'auteur fait remarquer que ces cas sont rares, il rappelle quatre observations publiées, une de Küssmaul, de Touche, de Koster et une récente de M. Joffroy. Dans ces quatre observations, les malades étaient des gauchers vrais ou corrigés (obs. de M. Joffroy). Sans affirmer que son malade soit un gaucher, M. Mollard met en évidence cette association de lésions tout à fait exceptionnelle et telle, qu'il est difficile au clinicien de la soupçonner. G. C.

LVIII. **Un cas d'acromégalie avec diabète. — Tumeur du corps pituitaire** ; MM. Josserand et Bériel. (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*. 1er décembre 1903).

Il s'agit de l'observation d'une jeune femme de 30 ans, sans aucun antécédent pathologique, ayant présenté une acromégalie fruste mais assez typique ne déterminant pas de véritables difformités et s'accompagnant de diabète évident. La mort est survenue brusquement en 24 heures avec des accidents imprévus ne rappe-

lant pas le coma diabétique; (céphalée plus vive, en une nuit apparition d'amblyopie avec paralysie totale des muscles extrinsèques et intrinsèques des globes et des releveurs de la paupière, pas de trouble de la respiration, coma terminal.

A l'autopsie la plupart des organes étaient sains; le thymus était plus visible que normalement. Il y avait une tumeur du corps pituitaire faisant une saillie hémisphérique au-dessus de la selle turcique, la loge osseuse etait dilatée et les sinus caverneux refoulés de chaque côté. La base de l'encéphale était comprimée et la tumeur y avait déterminé la formation d'une cupule aplatissant complètement le chiasma des nerfs optiques. La face antérieure de la protubérance dans sa moitié gauche présentait une petite dépression hémisphérique régulière due à un petit bourgeon qui faisait saillie à la face postérieure de la selle turcique.

Les auteurs appellent l'attention sur la coexistence du diabète, fait signalé par Marie dans un tiers ou même la moitié des cas.

Ils rappellent les diverses hypothèses données pour expliquer cette association sans prendre part dans le débat.

Intervention de lésions du pancréas (Dallemaque, Hauseman) d'une part; trouble de la secrétion interne de l'hypophyse d'autre part; enfin la théorie de Lœb qui fait jouer le plus grand rôle aux compressions exercées par la tumeur sur les centres nerveux, en particulier sur le tuber cinereum qui contiendrait des centres dont la lésion donne lieu à la glycosurie. G. C.

LIX. **Arthropathies et Ostéopathies tabétiques**; par M. Destot. (*Société nationale de médecine de Lyon*. 14 décembre 1903)

D'après M. Destot on peut décrire deux formes de troubles trophiques tabétiques. Les uns, tout à fait au début, caractérisés par la régression du squelette primitif et l'ossification irritative des tissus parostaux; les autres qui se montrent au décours du tabès et où on ne voit que la résorption du squelette avec membres de polichinelle. L'auteur insiste sur ce fait que la radiographie permet de faire le diagnostic à début osseux. G. C.

LX. **Deux cas de Chorée chronique : 1° Chorée congénitale molle. — 2° Chorée héréditaire de Huntington**; par MM. Audry et Porot. (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*. 15 décembre 1903).

La première observation est celle d'un enfant de 5 ans qui présenta des mouvements choréiques dès les premiers actes physiologiques volontaires un peu complexes (marcher, manger). Les mouvements choréiques se voyaient aussi bien au repos que pendant les différents mouvements. Il présentait en outre un état propulsif, et un besoin incessant de mouvement. Il y avait absence de spasmes, de contractures; l'état intellectuel était normal.

Les auteurs rangent ce cas dans le groupe des *chorées dites congénitales*, et de l'athétose double, qui pour la plupart des auteurs (Freud, Rosenthal, Lannois) est rattaché aux affections spasmo-paralytiques de l'enfance, aux diplégies cérébrales infantiles. M. Lannois dans sa classification des chorées arythmiques (1895) le range dans les chorées symptomatiques.

Les auteurs, à l'exemple de M. Gilbert Ballet, étiquètent leur cas *chorée congénitale molle* et le rangent dans le groupe des chorées congénitales, qui, pour eux comme pour M. Ballet, peuvent exister sans spasme.

Dans l'étiologie de cette variété de chorée congénitale on relève généralement un accident de la grossesse ou surtout un accouchement laborieux, ce qui existait dans le cas publié par les auteurs. L'anatomie pathologique n'en est pas encore au point; mais dans tous ces cas de chorée congénitale, qu'elle soit spasmodique ou molle, le caractère chronique et congénital, la coexistence fréquente des troubles intellectuels font penser qu'il s'agit bien d'une affection organique.

Dans la seconde observation il s'agit d'un malade âgé de 40 ans atteint de chorée chronique d'Huntington dont le caractère héréditaire et familial est des plus net (le père du malade et un de ses frères étaient atteints de manifestations choréiques). Il présentait en outre une paralysie avec atrophie du membre inférieur droit, vraisemblablement d'origine médullaire, et due à un foyer de poliomyélite. G. C.

LXI. **Trophœdème hystérique**; par MM. Lannois et Lançon (*Journal des médecins praticiens de Lyon*, 31 décembre 1903).

Deux observations de trophœdème hystérique; l'une chez une jeune fille de quinze ans d'une durée relativement courte; l'autre chez une jeune fille de vingt et un ans qui a été de très longue durée. G. C.

LXII. **Trophœdème chronique chez une épileptique**; par Lannois (*Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon*, 22 mars 1904).

Le cas de trophœdème chronique rapporté par M. Lannois est intéressant par la coïncidence de l'épilepsie. Il rappelle que l'épilepsie paraît, dans un certain nombre de cas, déterminer des œdèmes plus ou moins transitoires, tel le cas de Teissier et Lecreux et celui plus récent de Féré.

Dans son observation l'œdème ne semble pas sous l'influence de la névrose, mais ces trophœdèmes isolés ne s'en rattachent pas moins à la famille névropathique.

Cette tare nerveuse, dit l'auteur, expliquerait la fragilité anormale, fragilité congénitale probablement, des centres trophiques

conjonctifs, cause première du trophœdéme. Il ajoute que si l'on songe que dans les œdémes névropathiques, il y a, d'une part, des troubles vaso-moteurs marqués, que d'autre part, l'œdéme et l'adipose sous-cutanée masquent souvent les lésions dans les amyotrophies d'origine médullaire, on peut tendre à admettre que ces centres hypothétiques de la trophicité conjonctive doivent siéger près des centres trophiques des muscles et des centres vaso-moteurs, vraisemblablement à la base et à la partie la plus externe de la corne antérieure. G. Carrier.

LXIII. **Ostéomalacie sénile. — Forme nerveuse**; par MM. V. Chappet et G. Mouriquand (*Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon*, 22 mars 1904).

Une observation dont l'intérêt réside dans la forme nerveuse de l'ostéomalacie présentée par le malade. Les symptômes nerveux consistaient en une paraplégie (contracture douloureuse des adducteurs) et de l'exagération des réflexes.

Les auteurs pensent que l'hypothèse la plus vraisemblable est celle de l'inflammation du conduit vertébral ; il leur a été donné d'observer dans plusieurs autopsies d'ostéomalaciques une congestion marquée des méninges avoisinant les corps vertébraux.

Sans tirer aucune conclusion des recherches histologiques entreprises sur les moelles d'individus ayant présenté les signes cliniques de l'ostéomalacie nerveuse, ils ont trouvé dans trois cas des lésions médullaires constantes : une dégénérescence myélinique disséminée dans les différents cordons. Ils pensent que cette altération évidente peut expliquer suffisamment et la paraplégie incomplète présentée par les divers malades observés et l'exagération si marquée de leurs réflexes. G. C.

LXIV. **Gigantisme et acromégalie** ; par Lannois et P. Roy. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. N° 3. 1903.)

Géant de $2^m,12$ mort à trente-six ans acromégalique et diabétique. L'examen anatomique et histologique montre, outre les déformations squelettiques et l'existence d'une tumeur pituitaire volumineuse, quelques particularités intéressantes : plaques osseuses méningées spinales, tuberculose pulmonaire, hypertrophie énorme du corps thyroïde, gigantisme viscéral, diabète.

R. Charon.

LXV. **Gigantisme précoce avec développement précoce des organes génitaux** ; par Hudovernig et Papovik. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. N° 3. 1903.)

Observation d'un garçon de six ans, mesurant $1^m,40$ et présentant du côté des organes génitaux le développement d'un adulte.

LXVI. **Hypertrophie congénitale d'une main** ; par APERT. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. N° 3. 1903.)

Hypertrophie portant à la fois sur les parties molles et sur le squelette, mais relativement beaucoup plus accentuée sur les parties molles, ce qui permettrait de ranger ce cas dans une catégorie intermédiaire entre l'éléphantiasis congénitale et l'hypertrophie vraie. R. C.

LXVII. **Spasmes et tremblements chez des psychasténiques** ; par RAYMOND et JANET. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. N° 4. 1903.)

A l'occasion de deux cas nouvellement observés, les professeurs R... et J... continuent la discussion diagnostique tendant à établir le tableau clinique de la névrose spéciale dite psychasthénique.

LXVIII. **Tic tonique du membre supérieur droit** ; par RUDLER. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. N° 4. 1903.)

Jeune homme a hérédité vésanique et névropathique, léger traumatisme à la main droite à l'âge de quatre ans, évolution régulière, à l'âge de dix-huit ans est pris d'un tremblement de la main droite qui le gêne pour écrire, à ce trouble s'ajoute de la gêne dans les mouvements du bras, puis une attitude vicieuse du membre qui reste en formation et peu à peu s'accuse de l'exagération du creux sous-claviculaire et de l'effacement des pectoraux et quelqu'atrophie du biceps. Le malade ne présente aucun trouble de la conscience, aucune affection organique, il est seulement émotif et violent, il s'efforce de corriger son infirmité, continue à exercer son métier de mécanicien et fait six mois de service militaire sans se plaindre. Le Dr R... l'améliore par un traitement rééducateur.
R. C.

LXIX. **Infantilisme myxœdémateux et maladie de Recklinghausen** ; par MEIGE et FEINDEL. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. N° 4. 1903.)

L'observation chez un même sujet — jeune fille de dix-huit ans — des symptômes cliniques de deux affections différentes, résultant de l'insuffisance de deux glandes étroitement solidaires dans leur évolution et leur activité physiologique est une intéressante démonstration des synergies organiques, qui conduit les auteurs à poser ce problème pathogénique : « La neurofibromatose peut-elle être invoquée pour expliquer les insuffisances fonctionnelles qui s'observent chez nombre d'infantiles et qui portent sur les glandes thyroïde, pituitaire, surrénales, sexuelles ; ou bien la ma-

ladie de Recklinghausen n'est-elle qu'un mode de dystrophie du tissu nerveux et cutané qui, dans certains cas, vient se surajouter aux autres dystrophies (cutanées, osseuses, vasculaires, glandulaires) si souvent alliées à l'infantilisme et dont la cause commune nous échappe encore. R. C.

LXX. **Langue cérébriforme chez un aliéné alcoolique**; par le Dr Levi Bianchini. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière.* N° 4. 1903.)

Un homme ne présentant aucune tare héréditaire — s'était toujours montré normal au point du physique et mental — est pris tout à coup de troubles qui proviennent de la confusion mentale. Cet accès guérit, un deuxième se produit un an après, puis un troisième accompagné de manifestations convulsives. Le sujet présente comme particularité intéressante, une conformation anormale de la surface supérieure de la langue, qui est creusée de sillons longitudinaux et transverses profonds, donnant à l'aspect de l'organe celui d'un cerveau en réduction : pas de lésions musculaires. R. C.

LXXI. **Nouvelles remarques sur l'akathisie**; par Haskovec (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière.* N° 5. 1903.)

A la suite d'un premier travail de l'auteur, Raymond et Janet publièrent deux observations d'akathisie qu'ils identifièrent à celles relatées par H... et qu'ils placèrent sous la dépendance de l'*aboulie professionnelle des psychasténiques*. H... expose — en comparant la symptomatologie des quatre cas — que s'il y a analogie au point de vue clinique, il n'en est pas de même au point de vue pathogénique : les cas observés par l'auteur appartiendraient à la sphère des lésions motrices primaires, ceux de Raymond et Janet à la sphère émotive dont les lésions affectives primaires sont suivies par des lésions motrices secondaires. R. C.

LXXII. **Le pseudo-œdème catatonique**; par Dide. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière.* N° 6. 1903.)

Résumé : Nous supposons, au point de vue pathogénique, qu'il s'agit :

1° Pour le myxœdème, d'une lésion thyroïdienne primitive retentissant ensuite sur le cerveau et la trophicité générale. — 2° Pour le trophœdème d'une dystrophie probablement complexe. Ici le retentissement cérébral est inconstant. — 3° Pour l'adipose douloureuse, d'une dystrophie atteignant probablement d'emblée plusieurs glandes vasculaires sanguines et ayant un retentissement cérébral très fréquent. — 4° Pour le pseudo-œdème catatonique, d'un trouble cérébral probablement primitif et atteignant ultérieure-

ment d'abord d'une façon dynamique puis créant des lésions probablement durables dans le corps thyroïde et d'autres glandes vasculaires sanguines. R. C.

LXXIII. **Tics et stéréotypies de léchage chez l'homme et chez le cheval**; par RUDLER et CHOMEL (*Nouv. Iconogr. de la Salpétrière*, n° 6, 1903).

Intéressante étude de clinique comparée dont voici les conclusions :

De même qu'il existe chez les équidés, des tics véritables, comparables sinon identiques aux tics humains de même nature, il existe chez eux une variété d'habitudes motrices vicieuses de léchage, des stéréotypies parakinétiques de léchage, dont les manifestations objectives présentent les plus grandes analogies avec les troubles de même genre observés chez l'homme.

Tics et stéréotypies se rencontrant également chez des animaux présentant à la fois des troubles psychopatiques et des stigmates physiques analogues aux tares physiques ou psychiques de dégénérescence constatées chez les humains. L'habitude morbide de léchage, ne revêtant pas l'apparence convulsive n'est pas un tic, c'est une stéréotypie. Il existe d'ailleurs entre les stéréotypies et les tics du cheval le même degré de parenté morbide qu'entre les stéréotypies et les tics de l'homme.

Les stéréotypies de léchage du cheval reconnaissent le même mécanisme pathogénique que les stéréotypies de l'homme ; un acte volontaire, le léchage, déterminé par la gourmandise, devient anormal par sa fréquence et sa répétition et semble acquérir l'automatisme. De plus les lésions de la bouche, des troubles de la dentition, peuvent se rencontrer à l'origine des stéréotypies, aussi bien que des tics, chez le cheval aussi bien que chez l'homme.

R. C.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

XIII. **Section du sympathique cervical pour une maladie de Basedow**; par M. JABOULAY. (*Société nationale de médecine de Lyon*, 6 avril 1903.)

M. Jaboulay présente une jeune fille de vingt ans, chez laquelle il a pratiqué la section du sympathique cervicale en 1898, pour une maladie de Basedow.

L'observation a été publiée en détails dans la chirurgie du grand sympathique. Il existait une exophtalmie exceptionnelle,

le signe de Græfe, la convergence était impossible. Tachycardie : 120; tremblement considérable; le cou mesurait 35 centimètres; troubles digestifs, diarrhée, troubles menstruels.

La partie inférieure du ganglion cervical supérieur a été réséquée. L'amélioration a été immédiate. Actuellement, il n'y a plus d'exophtalmie, la paupière supérieure suit le globe, la convergence se fait facilement. Il existe encore un peu de tachycardie : 100, et un souffle au premier temps à la pointe. Il n'y a plus de tremblement. La diarrhée a disparu. Il n'existe aucun trouble trophique. Pas de troubles vaso-moteurs. Le cou a diminué de 3 centimètres. G. C.

XIV. **Sur un cas de neuromyélite optique aiguë**; par MM. Weill et Gallavardin. (*Lyon médical*, 9 août 1903.)

L'observation publiée par MM. Weill et Gallavardin est intéressante à un double titre : elle contribue à fixer le syndrome clinique de la double névrite optique évoluant au cours d'une myélite aiguë; de plus, l'étude des lésions observées semble donner une conception nouvelle de l'association de ces deux actes morbides.

Observation résumée : paraplégie ayant débuté insidieusement, sans cause étiologique connue, devenue totale en huit à dix jours et réalisant le tableau d'une section médullaire complète; impotence absolue, anesthésie totale, tactile, douloureuse, thermique, musculaire, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du sein; abolition des réflexes cutanés et tendineux, incontinence des matières fécales et de l'urine (guérison de l'incontinence par les cathétérismes systématiquement rapprochés). Eschare fessière.

Amaurose bilatérale, ayant débuté un mois et demi après le début de la myélite, devenue totale en quelques jours et ayant présenté ultérieurement une légère amélioration. Broncho-pneumonie terminale.

A l'autopsie et à l'examen microscopique on trouve : une myélite aiguë diffuse très intense de la moelle dorsale inférieure et du renflement lombaire, une névrite optique double. Des lésions légères de névrite périphérique (sciatique poplité externe). Enfin, une encéphalite interstitielle diffuse.

Pour expliquer la nature des rapports qui unissent les deux termes principaux de l'affection, myélite aiguë et névrite optique, de nombreuses hypothèses ont été mises en avant.

Wharton Jones, le premier, émit une *théorie vaso-motrice*; il prétend que les lésions du nerf optique sont consécutives à des troubles circulatoires rétiniens et rétro-bulbaires, qui eux-mêmes sont sous l'influence des lésions médullaires dorsales supérieures intéressant les origines du sympathique cervical.

Albutt invoque une *méningite ascendante* se basant sur les cas semblant relever d'une origine traumatique. Katz tend à admettre qu'il s'agit d'une inflammation localisée simultanément en deux endroits différents. MM. Weill et Gallavardin pensent qu'il s'agit d'un *processus inflammatoire, d'origine indéterminée, mais plus ou moins généralisé à tout le système nerveux.*

Ces neuromyélites optiques aiguës ne seraient qu'un syndrome anatomo-clinique, dû à la prédominance, en certains points (moelle, nerfs optiques), d'altérations généralisées à tout le système nerveux, tout comme d'autres syndromes, la psychose polynévritique par exemple, peuvent être considérés comme étant l'expression de la prédominance des lésions en d'autres points (nerfs, encéphale). G. CARRIER.

XV. **Arthropathie nerveuse traitée par la résection** ; par PATEL et CAVAILLON. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière.* N° 4. 1903.)

Cas d'artropathie trophique avec ouverture de l'articulation tibio tarsienne conduisant à une intervention chirurgicale. L'analyse des symptômes cliniques conduit d'autre part à formuler le diagnostic d'arthropatie nerveuse sur un fond de tabes frustes, et les résultats de l'opération pratiquée sans anesthésie par M. Jaboulay sont en faveur de la chirurgie conservatrice. R. G.

XVI. **Névrome adipeux diffus du médian. Résection, régénération autogène**; par DURANTE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière.* 1903.)

Observation anatomique concernant un névrome diffus du médian avec infiltration adipeuse ayant nécessité une large résection de ce nerf. L'autopsie pratiquée quatre ans après l'opération permet de constater les signes suivants : Ecartement de deux bouts mesurant dix-sept centimètres. Bout périphérique persistant avec névrome terminal et présence de fibres nerveuses présentant tous les stades entre les tubes protoplasmiques embryonnaires et les fibres nerveuses adultes. Fibres jeunes de néoformation. Cylindraxes nets mais moins nombreux et plus souvent interrompus que dans le bout central. L'auteur fait remarquer que cette observation « est en opposition avec la loi de Waller et la doctrine du neurone et confirme les travaux récents montrant que le nerf est, non pas formé par un prolongement cellulaire central, mais constitué par une chaîne de neuroblastes périphériques relativement indépendants ».

XVII. **Le traitement des aliénés**; par Charles-G. WAGNER (*The American Journal of Insanity*, IV, 03, p. 621-627.)

Généralités : le désespoir, la démoralisation, les suicides, conséquences des anciens asiles, prisons ; —influence calmante du luxe ;

— les clôtures entretiennent les idées d'évasion ; — ce que coûte la déchéance en chronicité ; les dépenses pour les cas aigus représentent par suite autant d'économies pour la société. SIMON.

XVIII. **Plan graduel et systématique d'exercice au dehors pour les déments vésaniques** ; par Chester-L. CARLISLE (*The American Journal of Insanity*, IV, 03, p. 637-641).

Amélioration des aliénés quand on s'en occupe, et notamment des démences consécutives aux formes mélancoliques, même de la démence précoce. SIMON.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XXIX. **L'alcoolisme en Bretagne** ; par DUCREST DE VILLENEUVE. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*. N° 3. 1903.)

La légende et l'histoire s'accordent à montrer que les Bretons ont toujours eu la passion des boissons alcooliques. Contre cette tare ancestrale, il n'y aurait d'autre remède que la suppression des débits d'alcool. R. C.

XXX. **Rapport du tabes avec la paralysie générale** ; par CURIONI. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. N° 5. 1903.)

Le tabes et la paralysie générale sont-ils une seule et même maladie dominée par la syphilis, ou bien y a-t-il lieu de différencier le tabes vrai des lésions tabetiformes de la paralysie progressive ? La question est en débat et ce n'est point, comme le dit l'auteur, une observation isolée qui pourra faire pencher la balance dans un sens ou dans l'autre ; mais la rareté même des cas publiés sur les associations tabeto-paralytiques est une raison de les recueillir avec intérêt.

Observation. — Femme de cinquante-huit ans. A eu cinq enfants dont trois sont morts : deux très jeunes et un idiot de vingt-un ans. Pas d'antécédents spécifiques prouvés. Il y a trois ans, troubles de la vue : signe de Romberg. Depuis lors, affaiblissement intellectuel progressif. Attaque apoplectiforme et embarras de la parole. Mélange d'idées de satisfaction puérile et de persécution. A gauche, déviation de la face, dilatation pupillaire. A droite, ptosis et strabisme divergent. Abolition des réflexes pupillaires, rotuliens et plantaires. Troubles de la sensibilité et des fonctions vésicales. Epanchement pleural. Arythmie. Mort. A l'autopsie, lésions mé-

ningo-corticales de la paralysie générale. Du côté de la moelle, lésions des méninges du canal épendymaire et des cordons postérieurs qui peuvent être considérés comme intermédiaires entre celles du tabes vrai et du pseudo-tabes. Dans le cerveau comme dans la moëlle, abondance de *plasmazellen*, disséminés entre des leucocytes polynucléaires et des lymphocites. R. C.

XXXI. **Adipose sous-cutanée symétrique et segmentaire chez une démente alcoolique et hérédo alcoolique** ; par Deny et Le Play. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. N° 5. 1903.)

Observation qui tendrait à démontrer qu'à côté des infections (scarlatine, variole, rougeole...) invoqués jusqu'ici pour expliquer la pathogénie des dystrophies conjonctives acquises, il y a lieu d'accorder un certain rôle aux intoxications et en particulier à l'alcoolisme chronique.

XXXII. **Délire alcoolique continu** par Soukhanoff et Wedensky (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1903).

Les auteurs cherchent à établir la symptomatologie particulière du délire alcoolique continu en vue de le différencier des autres psychoses alcooliques. Les particularités de cette forme seraient : Durée plus longue. Accès de delirium tremens antérieurs. Hallucinations et illusions auditives, quelquefois hallucinations olfactives, visuelles et tactiles. Pas de délire systématisé. Pas d'affaiblissement intellectuel progressif. Contractions idio-musculaires et lésions fréquentes de l'organe auditif. R. C.

XXXIII. **Les fous au Brésil** ; par Ridder (*The American Journal of Insanity*, I, 03, p. 377-392).

1° Notions générales sur le Brésil : Nature riche ; peuple oisif, pauvre, abstinent. Mais abus de café ; sensualité, tremblements, sénilité précoce. Alcoolisme. Malaria.

2° Un aliéné pour 800 ou 15.000 habitants, selon les contrées, ces différences de statistique étant des différences d'hospitalisation.

3° Description de l'hôpital de Rio-de-Janeiro : planchers admirablement cirés, etc. ; puis de ceux de San Salvador et de San Paulo. Simon.

XXXIV. **Contribution à la chimie de la dégénérescence nerveusé dans la paralysie générale et autres maladies mentales** ; par Isador H. Coriat, *Journal of Insanity*, I, 03, p. 393-416).

Deux parties dans ce travail : 1° Un résumé des recherches antérieures de même nature, de ce qu'on sait actuellement de la

chimie des dégénérescences nerveuses, à la fois d'après l'étude du métabolisme (sang et urine), du liquide cérébro-spinal, et du tissu nerveux lui-même ; 2° les recherches personnelles de l'auteur, technique et conclusions, parmi lesquelles la plus nette paraît celle-ci : la présence de choline dans le liquide céphalo-rachidien permet d'affirmer une affection organique.

Noter enfin 21 indications bibliographiques. SIMON.

XXXV. **Des dermatoses chez les aliénés** ; par James-Mac-Farlane WINFIELD (*The American Journal of Insanity*. I, 03, p. 417-426). S.

XXXVI. **Un cas de démence précoce avec autopsie** ; par William-Rush DUNTON (*The American Journal of Insanity*, I, 03, p. 427-439. 4 planches).

Altérations cellulaires distribuer à tout le cerveau, mais surtout marquées au niveau de la première frontale. Chromolyse centrale, légère pigmentation jaune pâle, légère atrophie cellulaire ; atrophie, dislocation et gonflement du noyau ; plissement de la membrane nucléaire ; endo-nucléole. Les couches profondes sont les plus atteintes. Mêmes altérations des cellules motrices. Légère augmentation des cellules de névroglie. Phagocytose bien marquée et désintégration cellulaire considérable. Pas d'altérations des fibres à myéline ni des vaisseaux. SIMON.

XXXVII. **Paralysie générale aiguë avec une observation, histoire clinique et anatomie pathologique** ; par Stewart PATON et G.-Y. RUSK (*The American Journal of Insanity*, p. 457-475. 2 planches).

On trouve d'abord au début de l'article un court historique avec la classification de Lissaner des cas anormaux de paralysie générale : 1° Paralysie générale avec localisation des lésions aux portions postérieures des hémisphères ; 2° Paralysie générale avec prédominance cérébelleuse des lésions et des symptômes ; 3° Paralysie générale à forme aiguë ; 4° Paralysie générale compliquant un tabes, avec délire hallucinatoire, etc.

L'observation et la description des lésions paraissent pouvoir prêter à discussion. Retenir toutefois la conclusion : à la forme foudroyante, exceptionnelle de la paralysie générale, correspondraient également des lésions spéciales. SIMON.

XXXVIII. **Les progrès de la psychiatrie en Grande-Bretagne en 1902** ; par H.-R. URQUHART (*The American Journal of Insanity*, IV, 03, p. 593-599).

Les questions passées en revue sont les suivantes : Folie pella-

greuse (Warpocke). — La syphilis comme cause de folie (Mott : pas de syphilis, pas de paralysie générale). — Tuberculose et dysenterie dans les asiles d'aliénés. — Infirmiers de nuit. Ecoles d'infirmiers. Laboratoires (Robertson : toute aliénation chez un sujet normal est conséquence d'une intoxication préexistante). — Premiers troubles mentaux (leur traitement dans les hôpitaux généraux, etc.) — Nourriture des aliénés. — La question des statistiques. etc., etc. SIMON.

XXXIX. **Folie puerpérale** ; par Robert JONES (*The American Journal of Insanity*, IV, 03, p. 601-620).

1° Etudes statistiques : pour 100 femmes internée de quinze à quarante-cinq ans, 75 environ en état de grossesse, d'accouchement, de puerpéralité ou de lactation. Proportion parmi elles des naissances illégitimes. Rôle de la primiparité, etc.

2° Epoque de début des troubles mentaux, et forme de l'aliénation selon celle-ci. — Pas de folie spéciale pour la grossesse ou la lactation, dit l'auteur ; mais il a tendance à rattacher à la parturition, et à la période immédiatement voisine un délire avec agitation, illusions, hallucinations et prédominance d'idées érotiques et religieuses — qu'il considère comme une entité nosologique spéciale — et dont on trouve au chapitre Symptomatologie, p. 605 et suivantes, une description riche en détails intéressants.

3° Idées de suicide, infanticides au cours des folies puerpérales. Age. Fréquence des antécédents héréditaires (50 p. 100). — Pronostic. — Pathogénie. — Traitement et revue des principales questions qui peuvent se poser à l'aliéniste : faut-il provoquer l'avortement ? etc. On trouve, sur tous ces points, dans l'article de R. Jones, outre l'opinion personnelle de l'auteur, et les données statistiques sur lesquelles elle repose, un résumé des conclusions d'autrui sur le même sujet. SIMON.

XL. **Des facteurs héréditaires dans l'épilepsie** ; par R.-E. DORAN (*The American Journal of Insanity*, VII, 03, p. 61-73).

Statistiques portant sur 1.300 cas. Conclusions : 1° Difficulté de ces recherches. On trouve cependant des névroses variées ou de l'alcoolisme dans 46,5 p. 100 des cas ; 2° Alcoolisme, épilepsie et folie combinés paraissent responsables de 38,5 p. 100 des cas ; 3° l'alcoolisme paternel existait dans 18 p. 100 des cas ; 4° les maladies sans relation avec le système nerveux paraissent n'exercer qu'une influence héréditaire faible ; 5° conclusion la plus intéressante, mais qu'on ne trouve nettement exposée qu'au cours de l'article : plus la tare héréditaire est forte, plus l'épilepsie est précoce. SIMON.

XLI. **Nature et genèse de l'illusion vésanique**; par J.-W. Wherry (*The American Journal of Insanity*, VII, 03, p. 89-96.)

L'auteur aboutit à la définition suivante de l'illusion vésanique : une idée née dans la cérébration inconsciente ; projetée dans la conscience par intervalles; crue aveuglément et vivement défendue par son auteur, mais qui ne peut par aucun autre être acceptée comme vraie. — Il est malheureusement impossible de résumer les nombreuses remarques d'observation fine qu'on rencontre d'autre part au cours de l'article. Simon.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 31 octobre 1904. — Présidence de M. Christian.

M. Christian. — Vous avez tous appris, avec une profonde douleur, l'attentat dont M. Vallon a été victime. J'ai le plaisir de vous apprendre que l'état de notre collègue est devenu meilleur et je vous propose de lui adresser les félicitations de notre Société. (adopté).

Etiologie de la démence précoce.

MM Roubinowitch et Phulpin dans une étude spéciale sur l'état de l'appareil circulatoire chez 31 sujets atteints de démence précoce, ont noté chez la grande majorité de leurs malades, l'abaissement habituel de la tension artérielle qui oscillait entre 13 et 14 centimètres et demi, quelquefois même descendait à 12 centimètres hypotension artérielle qu'ils attribuent en grande partie à la déchéance organique vers laquelle évoluent plus ou moins rapidement les sujets atteints de démence précoce.

Leur enquête leur a fait trouver parmi leurs 31 malades, 7 cas de rétrécissement mitral pur, associé chez tous à une tuberculose pulmonaire très légère, circonscrite et stationnaire, compliquée en outre chez 4 sujets d'un arrêt de développement considérable de l'organisme.

Ils admettent que, dans certains cas, il doit y avoir une relation entre ces trois éléments : le rétrécissement mitral pur, la dystrophie tuberculeuse et la démence précoce qu'ils ont trouvés trop

particulièrement réunis dans leurs observations pour qu'il n'y ait pas quelquefois plus qu'une simple coïncidence.

La démence vésanique n'est pas une démence.

MM. Toulouse et Demaye, après avoir défini ce qu'ils entendaient comme démence et dont ils donnent comme type la démence paralytique, admettent qu'à la fin des vésanies, il n'y a pas véritablement démence, mais confusion, c'est-à-dire impossibilité de se servir des connaissances antérieures qui, néanmoins, persistent. Par une série de questions simples, on arrive à faire ressortir ces connaissances antérieures. La démence précoce n'est, elle-même, qu'une confusion car on ne l'observe jamais au début, et parfois, transitoirement seulement.

M. Christian fait remarquer que personne ne défend plus guère la folie vésanique.

M. Arnaud. — Je viens chicaner M. Toulouse sur sa définition de la démence. La démence de la paralysie générale ne peut prêter à confusion avec la démence vésanique. M. Toulouse veut qu'il n'y ait pas affaiblissement intellectuel chez les vésaniques chroniques, je ne suis pas de son avis. La confusion mentale a été appelée au début démence aiguë. Il est difficile d'établir, comme le veut M. Toulouse une ligne de démarcation entre la démence et l'affaiblissement intellectuel.

M. Deny. — Je veux tâcher de concilier MM. Toulouse et Arnaud. Dans l'état actuel de la science, la solution serait d'admettre en France le mot de démence aiguë avec notion de curabilité.

M. Toulouse. — Je ne voudrais pas avoir l'air d'enfoncer des portes ouvertes, je réagis contre l'habitude d'employer : démence vésanique, dans les certificats.

M. Dupré. — Baillarger avait déjà établi la distinction que M. Toulouse indique entre la démence et les pseudo-démences. Je ne suis pas d'avis de prodiguer le mot de démence qui doit conserver son cachet d'incurabilité.

M. Doutrebente. — En ayant l'air de s'éloigner de Krœpelin et s'étonner du chaos qu'il a construit, M. Toulouse, se rapproche de Krœpelin et de M. Masselon. Son exemple du paralytique général dément est, en outre, mal choisi, à cause des rémissions de la paralysie générale.

M. Christian. — Je suis de l'avis de M. Doutrebente. Jamais personne n'a nié que l'incurabilité ne fut la caractéristique de la démence vraie.

M. Deny. — Je dirai à M. Toulouse que le symptôme confusion n'a jamais uniquement servi pour faire le diagnostic de démence précoce, mais surtout d'affaiblissement intellectuel.

M. Toulouse. — M. Dupré fait remarquer avec raison que Bail-

larger avait déjà décrit ces différences avant moi, d'autres l'ont fait aussi. Quant à M. Doutrebente, je lui répondrai que le terme démence paralytique est bien accepté par tout le monde comme le type le plus complet, le plus noir des démences. Quant aux rémissions, elles sont la plupart du temps des erreurs de diagnostics. Je ne comprends pas le gâtisme comme un signe de démence. La confusion mentale est souvent le seul symptôme invoqué pour faire le diagnostic de démence vésanique.

Paralysie générale et pachyméningite gommeuse.

MM. Doutrenbente et Marchand communiquent une nouvelle observation dans laquelle on constate des lésions syphilitiques cérébrales surajoutées à celles de la paralysie générale.

Il s'agit d'un homme de quarante ans, syphilitique depuis l'âge de vingt et un ans, qui présente les signes classiques de la paralysie générale. Le malade mourut après avoir présenté les symptômes du délire aigu. A l'autopsie, on constata, en outre des lésions habituelles de la méningo-encéphalite diffuse, une pachyméningite localisée au niveau du sinus longitudinal supérieur. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une pachyméningite gommeuse en pleine évolution.

M. Doutrebente. — Permettez-moi d'ajouter un mot : huit hommes n'ont pas pu arrêter mon malade et j'ai été, je l'avoue obligé d'employer la camisole de force.

M. Christian. — Sans étrangler le malade ?

M. Doutrebente. — C'est vrai.

Puérilisme mental guéri par suggestion.

M. Leroy présente l'observation d'une malade hystérique, chez qui les accès convulsifs sont remplacés par des crises de puérilisme : zézaiement enfantin, onomatopées, jeux du premier âge, larmes faciles, etc. Ces accès disparurent après l'établissement tardif des règles.

M. Dupré. — Il faut distinguer entre le puérilisme et l'infantilisme. L'hystérie joue, en effet, un rôle important dans la genèse de ces accès de puérilisme.

Singulières cachettes d'une aliénée.

M. Leroy présente l'observation d'une vieille délirante chronique qui collectionnait les sujets les plus divers et les plus saugrenus, dans son rectum et dans son vagin. Dans l'énumération de ces objets on trouve pêle-mêle des couteaux, des clous, des cailloux, des peignes, des boîtes de fer contenant des cheveux, des timbres des épingles, etc.

Une surveillance attentive suffisait à peine pour empêcher la mise en place de ces singulières collections, dans cette encore plus singulière cachette. MARCEL BRIARD.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 3 novembre 1904. — PRÉSIDENCE DE M. DÉJERINE.

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge funèbre de M. Gombault.

Sclérodermie.

M. HUET présente une malade dont la main gauche, les doigts, une longue bande sur toute l'étendue du bras et de l'avant-bras et le sein sont atteints de sclérodermie. L'électrisation par la haute fréquence n'a amené qu'un résultat peu appréciable. L'électrolyse, au contraire, a produit une amélioration très notable.

Hémorrhagie cérébro-méningée à symptômes méningitiques.

MM. ACHARD et RAMOND. — Le diagnostic entre l'hémorrhagie méningée et la méningite est parfois difficile, même après la ponction lombaire. Le liquide extrait peut, en effet, présenter à la fois la coloration hémitique et la leucocytose, soit que l'hémorrhagie ait secondairement déterminé une réaction leucocytaire, soit que la méningite ait donné lieu à une diffusion sanguine.

Chez une femme de 38 ans, frappée subitement d'une attaque épileptiforme, nous avons observé une série de symptômes méningitiques : attitude en chien de fusil, raideur de la nuque, signe de Kernis, vomissements, fièvre (38° 6). Les attaques épileptiformes se répétèrent avec une grande fréquence, laissant après elles une hémiplégie droite. La mort survint dans le cœur, avec une température de 40° 9, six jours après le début des accidents. Une ponction lombaire avait donné un liquide jaune ambré, renfermant, outre de nombreux globules rouges, quelques-uns polynucléaires, de grands mononucléaires et surtout des lymphocytes. On pouvait songer à la méningite tuberculeuse qui débute parfois chez l'adulte par des attaques épileptiformes. Or l'autopsie montre un foyer d'hémorrhagie du lobe frontal gauche, rompu sous les méninges qui étaient inondées de sang.

Myocysmie.

M. MARIE désigne par ce vocable le tremblement musculaire ondulatoire vermiculaire, ressemblant à un grouillement de vers

et qui se produit sur le membre inférieur *des deux côtés* dans l'hémiplégie organique récente du quinzième au vingt et unième jour. Le fait que ce tremblement fibrillaire est bilatéral et se produit seulement ou surtout au niveau des membres inférieurs tient à ce que ceux-ci reçoivent tous les deux beaucoup plus de fibres venant d'un seul hémisphère que les membres supérieurs.

Maladie bleue et cyanose rétinienne.

M. Babinski présente un petit garçon atteint de maladie bleue et montre des aquarelles reproduisant les veines dilatées et noirâtres du fond de l'œil. Malgré cette cyanose locale, la vision ne souffre aucun trouble chez ce jeune sujet.

L'hippus dans la chorée.

M. Cruchet (de Bordeaux) a noté la fréquence de l'hippus dans le cas de méningite tuberculeuse, de tumeur du cervelet, d'ophtalmoplégie ancienne, il l'a toujours rencontré dans la chorée, tandis qu'il manquait dans la maladie des tics. Il croit, à l'encontre de certains auteurs, à l'existence de ce phénomène et attire l'attention sur les causes d'erreur auxquelles l'hippus peut donner lieu dans la recherche du réflexe lumineux.

M. Haskovek (de Prague), dans une communication sur : *le syndrome thalamique de Déjerine et ses formes bénignes*, émet un avis conforme à celui de MM. Déjerine et Thomas. Dans une seconde communication, il note le cas de deux jumeaux atteints l'un d'épilepsie, l'autre de migraine ophtalmique.

M. Odda (de Marseille) communique un cas de *lésion de l'épicone* dans une plaie de la moelle.

M. Lannois (de Lyon), à propos de la remarque de Crocq, a fait pratiquer systématiquement dans son service le décubitus gauche pendant toutes les crises d'épilepsie. L'attaque est toujours plus courte dans cette attitude.

F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 25 octobre 1904. — Présidence de M. Jules Voisin.

Le facteur efficace en hypnothérapie.

M. E. de Geijerslam (de Gothembourg Suède) rapporte divers cas dans lesquels la suggestion expressément dirigée contre certains troubles fonctionnels ayant échoué, l'amélioration, puis la

guérison survinrent à la suite de simples séances de sommeil. Donc l'hypnotisme, indépendamment de toute suggestion, possède par lui-même une indéniable puissance thérapeutique.

M. Berillon. — Chez la plupart de nos névropathes, il y a déséquilibre fonctionnel entre le cerveau et la moelle épinière. Le sommeil normal rétablit l'équilibre; l'hypnose fait de même. L'action de cette dernière se manifeste même par des signes objectifs, par exemple, augmentation de la tension sanguine et, consécutivement, chaleur aux mains et aux pieds. L'hypnotisme est curatif en soi, en dehors de toute suggestion; il suffit, à lui seul, à guérir des symptômes qui n'ont pas été visés par les suggestions exprimées.

M. Paul Magnin. — Les mélancoliques anxieux sont, au début, très peu accessibles aux suggestions. Des séances successives de sommeil améliorent assez vite leur état, et alors, la suggestion les impressionne. A ces malades on ordonne, d'ordinaire, de fortes doses de préparations opiacées; dès lors, n'est-il pas rationnel de les soumettre à une cure de sommeil? J'ai soigné un peintre décorateur atteint d'accès de confusion mentale; il sortait complètement de son état de confusion après une demi-heure de sommeil provoqué, en dehors de toute suggestion. De même, dans certaines formes de l'hystérie, les malades sont peu accessibles à l'hétérosuggestion; mais, par le fait qu'ils dorment, ils détruisent d'eux-mêmes leurs autosuggestions.

Un cas de trac chez un musicien.

M. Paul Farez. — M. X..., élève du Conservatoire, a obtenu un premier accessit au concours de 1902. A l'approche du concours de 1903, il est pris de trac, toutes les fois qu'il joue en public; alors, il ne pense plus qu'à ne pas faire de fausse note, il ne se préoccupe que du mécanisme et le sentiment artistique manque totalement; aussi, au concours de 1903, il n'a pas de nomination. Comme il est travailleur et bien doué, il persévère en 1904. Chez lui ou à la classe, il joue en artiste, de manière à mériter de grands éloges; en présence d'un ou de plusieurs étrangers, non seulement il se sent démonté et désorienté, mais il s'arrête court, incapable de continuer à jouer. Dans ces conditions, il ne paraît pas possible qu'il affronte de nouveau le concours. Mais alors, il devra quitter le Conservatoire; il aura la honte de rentrer dans sa ville natale comme un « fruit sec », après avoir trompé les espérances de ses concitoyens; sa carrière d'artiste est brisée, etc... Obsédé par ces idées, il voit avec terreur s'approcher la date fatale; il devient sombre et taciturne, ne dort plus, mange à peine et désespère sa famille par ses lettres éplorées. Quatre jours avant le concours, il annonce à son père sa détermination de se tuer. Le père accourt

à Paris, affolé, et me l'amène. Après une première séance d'hypnotisme, M. X... prend part à une répétition dans une salle de concert. A sa grande stupéfaction, il joue facilement, avec entrain, sans hésitation, trouble ou appréhension; en même temps, ses idées noires l'ont quitté; il est tout à fait calme et confiant; il ne redoute plus l'époque du concours. La veille de celui-ci, nous faisons une nouvelle séance; et, au jour dit, on lui décerne, à l'unanimité, le premier des seconds prix. Le voilà tout désigné pour un brillant premier prix en 1905; il ne manquera pas de recourir encore à l'hypnotisme pour être en possession de tous ses moyens.

M. Voisin. — J'ai soigné jadis une jeune fille qui préparait les examens de l'hôtel de ville. Quoique travailleuse et intelligente, elle avait été plusieurs fois refusée; chaque fois qu'elle paraissait devant les examinateurs, elle était prise de trac et ne pouvait faire aucune réponse. Je l'ai soignée par l'hypnotisme et elle a passé très facilement ses deux brevets. Elle est devenue une excellente institutrice et n'a souffert d'aucun trouble nerveux pendant dix-huit ans. Ces jours-ci, à la suite de préoccupations, de chagrins et de surmenage, elle a de nouveau présenté un état névropathique dont je l'ai débarrassée par la suggestion. Qu'il s'agisse de trac chez les musiciens, chez les acteurs ou chez les écoliers, c'est par l'hypnotisme qu'on le traite efficacement.

M. Beaillon. — C'est surtout chez les musiciens qu'apparaît le trac. A vrai dire, la musique fait appel à la névropathie, l'entretient et la développe; je parle surtout des exécutants. Ceux-ci se surmènent sans répit, du matin au soir, ils sont étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux; leur culture générale est souvent médiocre, pour ne pas dire nulle; obsédés par tel air, tel passage, ils sont comme monoidéisés par une idée fixe; et, ainsi, ils se déséquilibrent. Chez eux les diverses formes de trac rentrent dans ces phobies dont j'ai déjà, il y a longtemps, signalé le caractère professionnel. On les guérit en simulant, pendant l'hypnose, avec tous ses détails, la scène qui, d'ordinaire, provoque le trac.

M. Lionel Dauriac. — Il est très très vrai que la musique, par elle-même, porte au déséquilibre nerveux. La musique, en effet, est excitatrice d'émotions: les natures musicales prennent plaisir à reproduire cette émotion et ainsi ils surmènent leur émotivité. Aussi, je recommande toujours aux musiciens : ne personnifiez pas votre morceau, ne vous laissez pas prendre par votre émotion, oubliez-vous vous-même, passez du subjectif à l'objectif, mettez en valeur les grandes lignes de la composition musicale que vous interprétez, etc. Les exécutants se créent un mode d'excitation qui les isole du monde extérieur; la pratique même de leur art les mène au nervosisme. Il n'en est pas de même des compositeurs, car ceux ci s'objectivent, et la pratique correcte de la composition exige la pleine possession de soi-même.

La suggestion mentale et les rayons Blondlot, par M. Naoum Kotik (d'Odessa).

Un cas de claire audition, par M. Pewnitzky (de Saint-Pétersbourg).

Influence de la suggestion hypnotique sur le sexe des nouveau-nés, par M. Feldmann (de Saint-Péterbourg).

(Ces trois manuscrits sont renvoyés à l'examen de MM. Aragon, Binet Sanglé, Lionel Dauriac et Paul Farez).

VARIA.

L'affaire de l'asile de Nantes.

Il y a deux semaines, tous les journaux ont raconté la mort d'un aliéné de l'asile de Nantes en donnant à ce fait un titre sensationnel. D'après cela, on aurait pu croire que le malade avait été ou étranglé par ses gardiens ou étouffé par suite de leur incurie ou de leur imprudence.

Nous avons demandé des renseignements dans le but de connaître l'exacte vérité et voici ce que nous avons appris :

Pendant plusieurs jours, le nommé E..., âgé de 40 ans, quittant à chaque instant son domicile, avait fait du scandale dans la ville de Nantes et occasionné des attroupements par ses discours et ses actes extravagants. Il s'était rendu chez deux armuriers, M. Brichet, rue de la Fosse, et M. Aubron, rue Contrescarpe, leur réclamant violemment un fusil qu'il disait leur avoir remis. Les journaux avaient parlé de lui dans leur chronique locale et la police arrêta enfin E... alors qu'il vagabondait de nouveau dans les rues. Au poste il se montra très surexcité, incohérent, se disant marchand de vins en gros, acheteur de toute la récolte de la contrée dont une partie lui avait déjà été livrée et dont le reste allait lui être expédié sous peu, etc., etc.

Le docteur Bahuaud, appelé à constater son état, délivra un certificat et E... fut conduit à l'asile Saint-Jacques le 9 octobre, où il fut reconnu atteint de manie, peut-être par alcoolisme, mais sans signes de paralysie générale.

Comme au dehors, il se montra agité, violent, avec le même délire, il fallut le maintenir le jour et la nuit par les moyens ordinaires de contention. On le laissait cependant parfois libre de tous ses mouvements. Le lundi 17 octobre, vers cinq heures du soir, il put ainsi se faufiler dans le dortoir d'un pavillon qui n'a qu'un rez-de-chaussée, brisa le grillage d'une croisée et passa dans le parc des hommes pensionnaires. Les gardiens le retrouvèrent là,

le ramenèrent dans sa section et au moment du coucher, après lui avoir mis la camisole, le recouvrirent des pieds à l'abdomen avec de nombreux balins servant de garniture aux lits de gâteux, et assujettirent ces balins avec des bandes de toile remontant du bas à la tête du lit. Ils avaient spontanément agi ainsi pour empêcher le malade d'avoir froid et de se découvrir durant la nuit.

Le 18, à huit heures et demie du matin, E... était encore maintenu au lit par les mêmes moyens; il eut soudain une syncope. Le premier gardien de la section, qui venait de rentrer de permission, partit effaré à la recherche de l'interne de garde, criant partout que E... venait d'être étouffé dans son lit. Quand le médecin en chef arriva quelques minutes après, E... était mort et déjà débarrassé de toutes les entraves.

Le docteur Biaute ordonna aux gardiens de remettre toutes choses en l'état et fut convaincu alors que ses prescriptions habituelles n'avaient pas été suivies et qu'on n'avait tenu aucun compte des recommandations qu'il adresse si fréquemment à son personnel.

Le corps de E... ne portait cependant aucune trace de violence. Le malade avait été vu pendant la nuit par le veilleur qui n'avait remarqué que son insomnie, ses paroles incohérentes et son agitation; un des gardiens lui avait vers sept heures présenté un morceau de pain dans lequel il avait grignoté quelques bouchées et sur lequel l'empreinte de ses dents était apparente.

Le malaise était donc postérieur et avait été subit, comme le gardien l'avait rapporté; la mort ne parut donc pas au docteur Biaute pouvoir être sûrement attribuée à une suffocation par compression des organes thoraciques.

Mais en raison du bruit propagé dans tout l'hospice par le premier gardien, le médecin en chef ordonna le transport de E... à l'amphithéâtre avec les plus grandes précautions et remit à vingt-quatre heures la signature du bulletin de décès.

Le 19, à huit heures et demie du matin, il constate qu'un écoulement très abondant de sang avait eu lieu par les narines et que de l'emphysème soulevait les tissus du cou et de la partie supérieure du thorax. En présence de ces phénomènes qui seuls n'auraient pas suffi pour démontrer la mort accidentelle par suffocation, mais qui en auraient été des signes certains pour le vulgaire, la famille, les amis, les curieux qui auraient cherché à voir le cadavre et le garçon d'amphithéâtre, le docteur Biaute dit dans la déclaration de décès que la cause ne pouvait être déterminée que par l'autopsie et, dans le rapport au préfet, qu'il avait constaté à l'égard de E... une application de moyens de contention contraire a ses prescriptions habituelles, qu'une syncope rapidement suivie de mort était survenue et qu'il fallait demander au parquet l'autopsie nécessaire pour préciser la cause du décès.

L'autopsie fut pratiquée le 20, quarante-huit heures après le décès par M. le docteur Ollive, professeur de clinique médicale de l'Ecole de Nantes. Le médecin légiste ne constata extérieurement aucune marque de violences, ne trouva d'autres lésions internes que celles d'une aortite chronique et après s'être enquis de tout ce qui s'était passé, n'attribua la mort de E... qu'aux effets de la grave affection organique si visible sur les pièces anatomiques.

La justice n'avait donc plus à intervenir et, le corps de E... pouvait être inhumé, sans qu'on ait la crainte, à cause des bruits qui auraient couru, de voir dans la suite surgir des dénonciations.

Mais si l'œuvre de la justice était terminée, il restait à l'administration des hospices, et c'est ainsi qu'ont pensé avec raison quelques journaux ayant raconté la fin de cette triste histoire, le devoir de punir disciplinairement ceux qui avaient gravement manqué aux règles de patience, de mansuétude et de traitement que le docteur Biaute, de l'aveu de tous, ne cesse d'inculquer aux agents de tout ordre, depuis les simples infirmiers jusqu'aux surveillants en chefs.

C'est là, d'ailleurs, qu'en est actuellement l'affaire. L'administration des hospices a recherché les fautes commises et les responsabilités encourues, elle y est poussée encore par les frères de E... qui, s'en rapportant aux conclusions de l'autopsie, exigent seulement une sanction disciplinaire exemplaire à l'égard de ceux qui, par défaut de surveillance ou mauvaise application des moyens de contention, ont méconnu toutes les prescriptions médicales dans les soins qu'on doit aux aliénés.

Psychologie des émeutes.

A. Manzoni, dans Ses *Fiancés*, a décrit avec un grand soin l'*état mental* des foules durant les émeutes. Nous croyons intéressant de reproduire cette description [1].

Dans les émeutes populaires, il y a toujours un certain nombre d'hommes qui, soit un effet de la violence de leurs passions, soit par une persuasion fanatique, un dessein criminel, un infernal amour de destruction, font tout ce qu'ils peuvent pour pousser les choses au pire. Ils proposent ou appuient les projets les plus barbares; ils attisent le feu chaque fois qu'il semble se ralentir.

Rien n'est jamais trop violent pour eux; ils voudraient que le tumulte n'eut ni mesure ni fin. Mais, pour servir de contre-poids, il y a toujours un certain nombre d'autres hommes qui, peut-être avec la même ardeur et la même obstination, s'appliquent à obtenir l'effet contraire, ceux-ci portés d'amitié ou de partialité pour les personnes qu'on menace, ceux-là sans autre impulsion qu'une

[1] Manzoni, Les *Fiancés*, trad. Rev. Dusseuil. Biblioth. Charpentier.

pieuse et soudaine horreur du sang et du crime. Que le ciel les bénisse ! Dans chacun de ces partis opposés, encore bien qu'il n'y ait jamais de mesures concertées d'abord, la conformité des volontés fait naître un concours subit dans les opérations. Ce qui compose ensuite la masse et même le matériel du tumulte, c'est un vaste mélange d'hommes qui. par des nuances et des gradations infinies, tiennent à l'une et à l'autre de ces extrémités ; un peu échauffés, un peu coquins, penchant un peu vers une certaine justice comme ils l'entendent, un peu affamés de voir quelque bonne scélératesse, prompts à la férocité et à la miséricorde, à l'adoration et à l'exécration, selon que l'occasion se présente d'éprouver l'un ou l'autre sentiment ; avides à chaque instant de savoir, de croire quelque chose d'étrange ; éprouvant le besoin de crier, d'applaudir ou de hurler contre quelqu'un.

Qu'il vive ! et qu'il meure ! sont les mots qu'ils aiment à jeter. Si l'un a réussi à leur persuader qu'un tel n'a pas mérité d'être écartelé, on n'a pas besoin de dépenser plus de paroles pour les convaincre qu'il est digne d'être porté en triomphe. Acteurs, spectateurs, instruments, obstacles, tout va selon le vent : prompts aussi à se taire quand personne ne leur donne le mot, à se désister quand les instigateurs manquent ; à se débander quand plusieurs voix d'accord et non contredites ont dit : « Allons nous-en », et à s'en retourner chez eux en se demandant l'un à l'autre : « Qu'est-ce donc ? » Toutefois, comme, en de telles occurences, cette masse a la plus grande force, qu'elle est la force même, chacun des deux partis actifs use de toute son habileté pour l'attirer à lui, pour s'en rendre maître. Ce sont comme deux âmes ennemies qui combattent pour entrer dans ce vaste corps et le faire mouvoir. C'est à qui saura le mieux répandre les bruits les plus propres à exciter les passions, à diriger les mouvements en faveur de l'une ou de l'autre intention ; c'est à qui saura le plus à propos trouver les nouvelles qui excitent l'indignation ou la tempèrent, mettre en jeu les espérances et les craintes ; c'est à qui saura trouver le cri qui, répété de bouche en bouche, exprime, atteste et forme en même temps le vœu du plus grand nombre, pour l'un ou pour l'autre parti.

Nous avons fait tout ce long bavardage pour en venir à dire que, dans la lutte entre les deux partis qui se disputaient le vœu du peuple rassemblé en foule devant la maison du vicaire l'apparition d'Antonio Ferrer donna presque en un instant un grand avantage au parti des modérés, qui avaient visiblement le dessous. Si ce secours avait encore un peu tardé d'arriver, il n'aurait plus eu ni la force ni un but pour combattre. L'homme était agréable à la multitude à cause de ce tarif de son invention si favorable aux acheteurs, et à cause de son héroïque résistance contre tout raisonnement contraire. Les esprits déjà portés en sa faveur étaient

maintenant encore plus touchés de la courageuse confiance d'un vieillard qui, sans gardes, sans appareil, venait trouver et affronter une multitude courroucée et tumultueuse. Cet avis qu'il venait prendre le vicaire pour le conduire en prison, faisait ensuite un admirable effet. La fureur contre ce malheureux se serait soulevée plus terrible encore si l'on était venu la braver et si l'on n'y avait voulu faire aucune concession ; mais avec cette promesse de satisfaction, ou, pour le dire à la milanaise, avec cet os dans la bouche, elle s'apaisait un peu et donnait place aux autres sentiments opposés qui naissent dans une grande partie des esprits.

Les partisans de la paix, ayant repris haleine, secondaient Ferrer de cent manières : ceux qui se trouvaient près de lui, en excitant à chaque moment par leurs applaudissements, l'applaudissement public, et cherchant en même temps à faire un peu reculer le monde pour ouvrir un passage au carrosse ; les autres en applaudissant, en répétant et en faisant courir ses paroles ou celles qui paraissaient les meilleures qu'il pût dire, en imposant silence aux furieux obstinés et en tournant contre eux la nouvelle passion de la mobile assemblée : « Qui est celui qui ne veut pas qu'on dise vive Ferrer? Tu ne voudrais donc pas, hé ! que le pain soit à bon marché? Ce sont des coquins, ceux qui ne veulent pas d'une justice de chrétiens ; et il y en a parmi ceux qui crient plus fort que les autres pour faire sauver le vicaire. En prison, le vicaire? vive Ferrer ! place à Ferrer ! » Le nombre de ceux qui parlaient ainsi allant toujours en augmentant le nombre du parti contraire diminuait sans cesse.

Les premiers en vinrent même a donner sur les doigts à ceux qui voulaient tout ruiner, à les maltraiter, à leur retirer les outils des mains. Ceux-ci écumaient de rage, menaçaient même, cherchaient à se relever ; mais la cause du sang était perdue ; le cri qui dominait, c'était : « Prison, justice, Ferrer ! » Après une courte lutte, ceux-ci furent vaincus ; les autres s'emparèrent de la porte, et, pour la défendre contre de nouveaux assauts et pour préparer l'entrée à Ferrer. L'un d'eux, en criant au travers (car les fentes n'y manquaient pas), avertit les gens de la maison qu'il était venu du secours, et que le vicaire eut à se tenir prêt « pour aller tout de suite... en prison. Hein ! vous comprenez !

Est-ce ce Ferrer qui aide à faire les ordonnances ? demanda à un de ses voisins notre Renzo, qui se souvint du *vidit Ferrer* que le docteur lui avait montré au bas de la fameuse ordonnance que l'on sait, et qu'il lui avait fait sonner à l'oreille.

— Justement, le grand chancelier, lui répondit-on.

— C'est un galant homme, n'est-il pas vrai ?

— C'est bien plus, vraiment, qu'un galant homme ! C'est lui qui avait mis le pain à bon marché ; ils ne l'ont pas voulu, et maintenant il vient chercher le vicaire pour le mener en prison, parce qu'il n'a pas agi selon la justice. ».

Il est inutile de dire que Renzo fut aussitôt pour Ferrer. Il voulait aller à sa rencontre. La chose n'était pas facile ; mais avec ses coups de pied, ses coups de coude de montagnard, il parvint à se faire jour et à se porter au premier rang, juste à côté de la voiture. La voiture avait déjà pénétré dans la foule ; dans ce moment elle était arrêtée par un de ces écueils inévitables et fréquents dans une telle promenade.

Le vieux Ferrer présentait tantôt à l'une, tantôt à l'autre des portières, une figure tout humble, toute douce, tout aimable, une figure qu'il avait toujours tenue en réserve pour le jour où il viendrait à se trouver en présence de don Philippe IV ; mais il fut contraint de la dépenser en cette occasion. Il parlait aussi, mais le bruit et le bourdonnement de tant de voix, les *vivat* même qu'on poussait pour lui ne laissaient entendre qu'à peine et bien peu de ces discours. Il s'aidait aussi du geste : tantôt il portait le bout de ses doigts unis sur ses lèvres pour y prendre un baiser que ses mains en s'ouvrant aussitôt, distribuaient à gauche et à droite comme pour rendre grâce de la bienveillance que lui témoignait le public ; tantôt il les allongeait et les agitait lentement hors de la portière pour demander un peu de place ; tantôt il les baissait poliment pour demander un peu de silence. Quand il en avait un peu obtenu, les plus voisins entendaient et répétaient ses paroles : « Pain, abondance. Je viens pour faire justice ; un peu de place, de grâce. » Etouffé ensuite et comme suffoqué du bourdonnement de tant de voix, de la vue de tant de figures enflammées, de tant de regards fixés sur lui, il se tirait un moment en arrière, gonflait ses joues, en chassait le vent à grand bruit, et se disait à part : *Por mi vida, que de gentes!* (sur ma vie, que de monde!)

« Vive Ferrer ! N'ayez pas peur. Vous êtes un brave homme. Du pain ! du pain !

— Oui ! du pain ! du pain ! répondit Ferrer.

Abondance ! je vous le promets, moi » ; et il mettait la main sur son cœur. « Ouvrez-moi le passage, ajoutait-il ensuite en criant de toutes ses forces, je viens pour le mener en prison, pour lui infliger un juste châtiment. » Et il ajouta a voix bien basse : *Si est a culpable* (s'il est coupable).

Se baissant ensuite vers son cocher, il lui disait, en hâte : *Adelante, Pedro, si puedes* (en avant, Pedro, si tu peux).

Le cocher souriait aussi au peuple avec une politesse affectueuse comme s'il avait été un grand personnage ; et avec une grâce ineffable ; il promenait lentement, le fouet à droite et à gauche, pour demander aux voisins incommodes de se ranger et de se retirer un peu sur les côtés. « De grâce, disait-il aussi, Messieurs, un peu de place, un tant soit peu, à peine de quoi passer. »

En attendant, les officieux les plus actifs s'employaient pour faire le passage demandé avec tant de grâce.

Quelques-uns, devant les chevaux, font retirer le monde avec de bonnes paroles, en leur mettant les mains sur la poitrine, en les poussant doucement : « la, la, un peu de place, messieurs. » Les autres faisaient le même manège aux deux côtés du carrosse pour qu'il pût courir sans effleurer les pieds ni caresser les visages ; accident qui, outre le mal qui aurait pu en résulter, aurait fait courir de grands risques à la popularité d'Antonio Ferrer.

Renzo, qui avait été quelques instants à regarder avec complaisance cette respectable vieillesse, un peu troublée par le chagrin, tourmentée par la fatigue, mais animée par la sollicitude embellie, pour ainsi dire, par l'espérance d'arracher un homme à des angoisses mortelles ; Renzo, dis-je, laissa de côté toute idée de retraite. Il résolut de prêter main-forte à Ferrer, et de ne pas l'abandonner jusqu'à ce qu'il fut venu à bout de ses desseins. Il se mit aussitôt avec les autres à faire faire place, et il n'était, certes, pas un des plus paresseux. Un passage s'ouvre. « Avancez, avancez », disaient quelques-uns au cocher en se retirant ou en courant en avant pour faire ranger le monde un peu plus loin. « *Adelante presto, con juicio*, (en avant, vite, avec précaution) » lui dit aussi le patron ; et le carrosse se mit en mouvement.

Au milieu des saluts qu'il prodiguait à l'aventure au public. Ferrer en adressait certains autres de remerciement, avec un sourire d'intelligence, à ceux qu'il voyait s'employer pour lui : Plus d'un de ces sourires fut adressé à Renzo, qui, en vérité, les méritait bien, et servait en ce jour le grand chancelier mieux que ne l'aurait pu faire le plus intrépide de ses secrétaires. Le jeune montagnard extravaguait de joie de cette politesse ; il lui semblait presque qu'il s'était lié d'amitié avec Antonio Ferrer.

La voiture, une fois en mouvement, poursuivit sa route avec plus ou moins de lenteur, et non sans s'arrêter de temps à autre. Le trajet était très court ; mais eu égard au temps qu'on y mettait, il aurait semblé un petit voyage même à qui n'aurait pas eu la sainte hâte de Ferrer. Le peuple se pressait, s'agitait en avant, en arrière, à droite, à gauche du carrosse, comme des dauphins autour d'un vaisseau qui s'avance, battu par la tempête. Le fracas était plus perçant, plus discordant, plus étourdissant que celui de la tempête. Ferrer, en regardant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, en s'agitant et en gesticulant toujours, cherchait à entendre quelque chose pour régler là-dessus ses réponses. Il voulait, pour mieux faire, entamer la conversation avec cette troupe d'amis ; mais la chose était difficile, la plus difficile peut-être qu'il eût encore rencontrée dans ses longues années de service à la grande chancellerie. De temps en temps pourtant, quelque mot, quelque phrase même répétée par l'assemblée sur son passage, se faisait entendre comme l'éclat d'une grosse fusée domine le bruit confus

d'un feu d'artifice. Lui, tantôt en se mettant en quatre pour répondre d'une manière satisfaisante à ces cris, tantôt criant de toute la force de ses poumons les mots qu'il savait devoir être les mieux accueillis, ou que quelque nécessité subite semblait demander, leur parla tout le long de la rue : « Oui, messieurs, pain, abondance. Je le mènerai en prison; il sera châtié..., *si está culpable* (s'il est coupable). Oui, oui, je l'ordonnerai, moi; le pain à bon marché. *Así es*... Cela est ainsi, veux-je dire. Le roi notre Seigneur ne veut pas que ses fidèles sujets souffrent la faim. *Ox, ox, guardaos*. (Ho! ho! prenez garde.) Qu'on ne vous fasse pas de mal, messieurs. *Pedro, adelante con juicio* (Pedro, en avant, avec précaution), abondance, abondance! un peu de place par charité. Pain! Pain! en prison! en prison! — Qu'est-ce...? » demandait-il ensuite à un homme qui avait jeté la moitié de son corps dans la portière pour lui hurler un conseil, une demande, un applaudissement, n'importe quoi. Mais celui-ci sans vouloir entendre le « Qu'est-ce? » avait été tiré brusquement en arrière par un autre qui le voyait sur le point d'être écrasé sous les roues. A travers les acclamations réitérées, à travers aussi quelque frémissement d'opposition qui se faisait entendre çà et là, mais qui était aussitôt comprimé, voilà que Ferrer arriva enfin à la maison, grâce surtout à ses bons auxiliaires.

Les autres qui, comme nous l'avons dit, étaient là avec les mêmes bonnes intentions, avaient, en attendant, travaillé à faire et à refaire un peu de vide. Prière, exhortation, menace, ils avaient tout employé; ils poussent, ils pressent, ils foulent aux pieds deçà et delà avec ce redoublement d'ardeur et de force que donne toujours l'approche d'une issue désirée. Ils étaient parvenus à partager la foule en deux, et ensuite à rejeter les deux files en arrière, si bien qu'entre la porte et le carrosse, qui s'arrêta devant, il y avait un petit espace libre. Renzo, qui, en faisant un peu le batteur d'estrade et un peu le guide, était arrivé avec le carrosse, put trouver place dans l'un de ces deux remparts d'officieux qui faisaient en même temps face au carrosse et servaient de digues aux deux flots frémissants de peuple. En aidant à en soutenir une avec ses puissantes épaules, il se trouva très bien placé pour voir.

Ferrer respira en voyant la place libre et la porte encore fermée, ou, pour mieux dire, pas encore ouverte.

Du reste les gonds étaient plus qu'ébranlés dans leurs fondements; les huisseries en éclats, brisées, enfoncées, fendues vers le milieu, laissaient voir par une large brèche un bout de cadenas tordu, forcé et presque arraché, qui, pour ainsi dire, les tenait jointes ensemble. Un officieux s'était mis à ce pertuis à crier qu'on ouvrit, un autre accourt pour ouvrir la portière du carrosse; le vieillard met la tête dehors, se lève, et s'appuyant de la main sur le bras de ce digne homme, il pose le pied sur le marchepied.

La foule se soulève de tous côtés pour voir; mille figures, mille nez sont à l'air. La curiosité et l'attention générale font naître un moment de silence. Ferrer s'arrête en ce moment sur le marche-pied; il promène ses regards autour de lui, s'incline pour saluer le peuple, met la main sur le cœur et crie : « Pain et justice! » Revêtu de sa toge, la tête haute, la démarche assurée, il descend à travers les acclamations qui montent jusqu'au ciel.

Les gens de la maison avaient, en attendant, ouvert la porte, où, pour mieux dire, avaient fini d'arracher le cadenas et les anneaux déjà chancelants. Ils firent une ouverture pour donner l'entrée à cet hôte si désiré, en mettant toutefois un grand soin à borner l'ouverture à l'espace que son corps pouvait occuper. « Vite, vite, disait celui-ci, ouvrez-bien, que je puisse entrer; et vous, en braves gens contenez le peuple, et ne le laissez pas venir derrière moi..., pour l'amour du ciel...! Préparez un peu de passage pour tantôt, à l'instant. Aïe, aïe! messieurs, un moment, disait-il ensuite aux gens de la maison; doucement avec cette porte; laissez-moi passer. Hé, mes côtes! je vous recommande mes côtes. Fermez, maintenant. Non, hé, hé! ma robe! ma robe! » Elle serait restée prise entre les jointures si Ferrer n'en avait pas retiré avec précipitation la queue. Elle parut comme la queue d'un serpent qui, poursuivi se cache dans un trou.

Les portes, refermées du mieux que l'on pouvait, étaient, en attendant, étayées par derrière avec des supports. Au dehors, ceux qui s'étaient constitués gardes du corps de Ferrer travaillaient des épaules, des bras et de la voix à maintenir la place vide, en priant du fond du cœur leur seigneur Dieu qu'il eût bientôt fait.

« Vite, vite, disait encore celui-ci dans la maison, sous le portique, aux serviteurs qui l'entouraient essoufflés et criant : soyez béni! Ah! Excellence! Oh! Excellence! Juste ciel! Excellence!

— Vite, vite, répétait Ferrer; où est ce cher homme? »

Le vicaire descendait l'escalier, demi entraîné, demi porté par les autres domestiques, pâle comme la mort.

Quand il vit son sauveur, il poussa un grand soupir; il lui revint un peu de pouls, il lui courut un peu de vie dans les jambes, un peu de couleur sur les joues, et il se hâta d'arriver devant Ferrer en disant : « Je suis dans les mains de Dieu et, de votre Excellence. Mais comment sortir d'ici? nous sommes entourés de toutes parts de gens qui veulent ma mort.

— *Venga con migo, usted* (venez avec moi) et prenez courage. Ma voiture est là dehors : vite, vite. » Il le prend par la main et le conduit vers la porte en le rassurant durant tout le trajet, mais en disant en son cœur : *Aqui está et busilis! Dios nos valga!* (Voici le point difficile, que Dieu nous soit en aide).

La porte s'ouvre; Ferrer sort le premier; l'autre le suit, tout rapetissé, cramponné, collé à cette toge protectrice comme un

petit enfant à la jupe de sa mère. Ceux qui avaient maintenu la place libre lèvent aussitôt les mains, agitent leurs chapeaux, ils font en quelque sorte un nuage pour soustraire le vicaire à la vue dangereuse de la multitude. Celui-ci entre le premier dans le carrosse et se tapit dans un coin. Ferrer monte ensuite; la portière se ferme. Le peuple entrevoit, sait, devine ce qui est arrivé, et il envoie un bruit confus d'applaudissements et d'imprécations.

La partie du voyage qui restait à faire semblait la plus difficile et la plus dangereuse. Mais le vœu public pour laisser aller le vicaire en prison s'était suffisamment manifesté : et pendant que la voiture s'était arrêtée plusieurs de ceux qui avaient favorisé l'arrivée de Ferrer s'étaient encore plus appliqués à préparer et à maintenir un chemin au milieu de la foule; le carrosse put au retour, courir avec un peu plus de vitesse et sans intervalles. A mesure qu'il s'avançait les deux foules rangées sur les côtés se confondaient ensemble et se réunissaient derrière.

Ferrer, à peine assis, s'était baissé pour avertir le vicaire qu'il se tint bien caché dans le fond, et qu'il ne se laissât point voir, pour l'amour du ciel ; mais l'avis était inutile.....

Le martyrologe des asiles. — L'attentat de l'Asile clinique.

La série rouge dont nos asiles s'ensanglantent se poursuit avec une désolante persistance, depuis quelques mois; avec les morts tragiques des infirmiers victimes des malheureux insensés qu'ils soignaient à Paris, puis à Villejuif, nous avons eu à déplorer les attentats contre les médecins aliénistes :

Celui de M. le Dr Devay, à Lyon, tout d'abord, pour ne pas remonter plus loin ; ici, l'intervention du savant chirurgien Jaboulay, parvint à sauver notre collègue, frappé dans des conditions analogues.

Le Dr Vorster, frappé de même d'un poignard au ventre, périt, il y a quelques mois, dans son asile, en Allemagne, de la main d'un de ses malades ; et voici qu'à l'asile clinique, le Dr Vallon tombe frappé d'une lame à la nuque, le mardi 4 octobre, à dix heures du matin, au cours de sa visite médicale.

Hâtons-nous de dire que les conséquences de l'attentat n'ont pas été aussi graves qu'on l'a craint tout d'abord et avec raison. Tout danger pour la vie est écarté aujourd'hui. Notre ami et dévoué collaborateur ne présente plus qu'un affaiblissement de la motilité dans le côté droit du corps et une diminution de la sensibilité dans le côté gauche, accidents en voie d'amélioration.

L'instrument de l'attentat est une lame effilée, longue de 8 centimètres, solidement emmanchée, dont l'origine n'est pas encore établie : vient-elle du dehors? fut-elle dérobée à l'épluchérie ? l'enquête l'établira ; toujours est-il que le malade la tint

cachée dans son béret tous ces jours derniers, préméditant son acte[1].

Il avait été, par M. Vallon même, soustrait aux poursuites judiciaires comme irresponsable.

M. Vallon, depuis vingt ans, s'est spécialement consacré à l'étude des délicats problèmes de la médecine légale ; il tombe victime, à la fois de son dévouement professionnel de médecin d'asile et de son apostolat médico-légal. Le malade qui l'a frappé avait été deux fois sauvé par lui des condamnations que ses actes dangereux entraînaient, mais dont son état psychique morbide le fit déclarer indemne.

Les établissements d'aliénés et le pari mutuel.

La commission extraparlementaire du pari mutuel a examiné la question de principe suivante : les établissements d'aliénés doivent-ils être considérés comme œuvres de bienfaisance et appelés, à ce titre, à bénéficier du prélèvement de 2 p. 100 opéré en faveur de ces œuvres sur les sommes engagées au pari mutuel ? La commission, à l'unanimité, a déclaré que les charges résultant de la construction et de l'entretien des établissements d'aliénés étaient essentiellement départementales et qu'il était impossible d'assimiler ceux-ci aux œuvres de bienfaisance pour lesquelles la loi de 1893 a stipulé un prélèvement sur le pari mutuel. (*L'Aurore* du 21 novembre 1904).

Les dangers de l'hypnotisme.

Sous ce titre : *Une affaire d'hypnotisme*, le *Progrès de Lyon* du 3 novembre, raconte ce qui suit : Le tribunal correctionnel de Dôle, avait à connaître en sa dernière audience d'une espèce — comme on dit au Palais — assez particulière et que nos tribunaux n'ont pas eu à juger souvent jusqu'ici. Voici sommairement exposée l'affaire dont il s'agit :

Un jeune boulanger de notre ville, le sieur Victor Latcha, âgé de vingt-deux ans, originaire de Montbéliard (Doubs), se livrait, en amateur, depuis trois années, aux pratiques mystérieuses de l'hypnotisme et de la suggestion mentale, pratiques dans lesquelles il avait obtenu, il faut le reconnaître, certains succès. C'est ainsi qu'à Dôle, où il travaillait depuis quelques mois, chez M. Natt, boulanger, il avait expérimenté ses connaissances en hypnose sur maints et maints jeunes gens de la ville.

Au mois de juillet dernier, le jeune Henri Bertaut, âgé de seize ans, fils d'un honorable conseiller municipal de Dôle, se prêtait bénévolement aux expériences successives de Latcha, mais bientôt ce nouveau sujet tombait en des crises d'hystérie répétées, avec

[1] Voir les nos 41 et 43 du *Progrès médical* de 1904.

aggravation de catalepsie, anesthésie et troubles qui l'obligèrent à garder le lit deux mois durant et desquels il paraît à peine guéri aujourd'hui.

Plainte fut donc portée par le père du jeune malade ; une enquête laborieuse intervint et finalement, après qu'une expertise médico-légale eût été ordonnée, laquelle fut confiée à M. le docteur Journiac, médecin à l'asile de Saint-Ylie, l'hypnotiseur en question se voyait poursuivi, à la reqnête du Parquet, pour violences sur la personne d'autrui, violences ayant entraîné pour la victime une incapacité de travail de plus de vingt jours.

A l'audience, l'inculpé ne nie pas les pratiques auxquelles il se livrait depuis quelques années, mais il essaie d'expliquer que le jeune Berthaux était plutôt prédisposé à l'hystérie. Il ajoute qu'aucun des sujets qu'il a endormi n'a éprouvé le moindre trouble.

L'interrogatoire terminé, M. Couchepin, procureur de la République, dans un lumineux et très savant réquisitoire, qui a duré près d'une heure, regrette tout d'abord que la loi soit désarmée en France vis-à-vis de l'hypnotisme, tandis que certains pays étrangers, comme la Russie, l'Allemagne, le Danemark et l'Autriche possèdent des lois et règlements restrictifs de la liberté desdites pratiques.

M. le procureur lit ensuite de longs extraits du livre de Gilles de la Tourette où des cas semblables à celui du jeune Berthaux sont relevés, des personnes qui de santé excellente jadis ont vu leur état général physiologique et mental péréclliter et la mort même les atteindre après avoir servi de champs d'expériences à des hypnotiseurs, tels que Donato et autres exhibitionnistes. En conséquence le ministère public demande une condamnation sévère au tribunal, duquel il attend un verdict qui fera, il l'espère, jurisprudence en la matière. L'affaire a été en délibéré mardi et le jugement intervenu jeudi a condamné Latcha à 200 francs d'amende et aux frais qui, vu l'expertise médicale et les enquêtes préliminaires, seront assez élevées pour le condamné.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Mutations octobre* 1904. — M. le Dr Maupaté, docteur-médecin à Naugeat (Haute-Vienne), nommé en la même qualité à La Charité (Nièvre). — M. le Dr Broquère, directeur-médecin à Laval (Mayenne), nommé en la même qualité à Naugeat (Haute-Vienne). — M. le Dr Pain, médecin-adjoint à Laval (Mayenne), nommé directeur médecin du même établissement. — M. le Dr Nolé,

directeur-médecin à St-Illan (Lozère), nommé à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er octobre 1904. — M. le Dr Colin, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine, promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr Viallon, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Brou (Rhône), promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr Lépine, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Pau, nommé en la même qualité à Brou. — M. le Dr Juquelier, 4e du concours de 1904, nommé médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Laval (Mayenne).

Asiles d'aliénés, — *Nominations et promotions. Mouvement de nov.* — M. le Dr Cornu, 4e du concours 1904 nommé médecin-adjoint à Pau en remplacement de M. le Dr Lépine nommé à Bron. — M. le Dr Vernet, médecin en chef à l'asile de Maréville, promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Lwoff, médecin-directeur de l'asile de Moisselles, nommé médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche (Seine), en remplacement de M. le Dr Taguet admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire. — M. le Dr Trenel, médecin en chef à Ainay-le-Château, nommé directeur-médecin à l'asile de Moisselles. — M. le Dr Bonnet, médecin en chef à l'asile Saint-Robert, nommé médecin en chef à la colonie familiale à Ainay-le-Château. — M. le Dr Capgras, médecin-adjoint à l'asile de Dury (Somme), nommé médecin-adjoint à la colonie familiale à Dun-sur-Auron. — M. le Dr Dupain, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, promu à la première classe du cadre. — M. le Dr Dezwarte, médecin-adjoint à Bailleul, nommé médecin-adjoint à Laval en remplacement de M. le Dr Pain nommé directeur-médecin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Garnier. — *Rapport médical pour l'année 1903 de l'asile départemental d'aliénés de Dijon.* 1 vol. de 102 pages. Imp. Sirodot-Carré, Dijon, 1904.

Hugentobler (J.). *Ecoles régionales pour les sourds-muets et les aveugles.* In-8° de 22 pages. Imp. Storck à Lyon.

Marie (A.). — *Névrose et paralysie générale.* In-8° de 24 pages. Imp. Severeyns. Bruxelles, 1904.

The Seguin physiological School. In-8° de 36 pages.

Wobins (L. J.). *Ausgervahlte Werke. Band V. Nietzsche,* 1904. Mk. 4.50. Librairie J.-A. Barths, à Leipzig.

EXPLICATION DES PLANCHES

Les PLANCHES I (p. 46), PL. II (p. 47), PL. III (p. 48), PL. IV (p. 49) ont été intercalées dans le texte et décrites dans la relation de l'autopsie.

PLANCHE V. *Base de l'encéphale de Ham...* (Voir p. 473). — Elle montre l'atrophie de *l'hémisphère droit* et de *l'hémisphère cérébelleuse* **gauche.**

PLANCHE VI. *Face convexe de l'encéphale :* Mieux que la précédente, cette planche montre très nettement le degré d'atrophie de l'hémisphère cérébral droit.

PLANCHE VII. *Hémisphère cérébral gauche : face interne.* — F^1, frontale interne, avec un pli sinueux, $F^{1'}$, faisant une saillie notable sur le plan de F^1 — LP, lobe paracentral. — CCC, pli doublant la circonvolution du corps calleux, cachée par le trigone *Tg* et le *septum lucidum*; il aboutit en arrière au lobe paracentral. — *Tgp*, pilier postérieur du trigone (?). — *Scm*, partie du sillon calloso-marginal. — CS, tête du corps strié, dont l'autre partie est cachée par le trigone *Tg*. — CO, couche optique. — NO, nerf optique. — PC, pédoncule cérébral. — *it*, incisure temporale très marquée. — CH, circonvolution de l'hippocampe, — LQ, lobe carré. — C, coin. — LO, lobe occipital. L, *f*, lobe fusiforme très volumineux. T^3, troisième temporale.

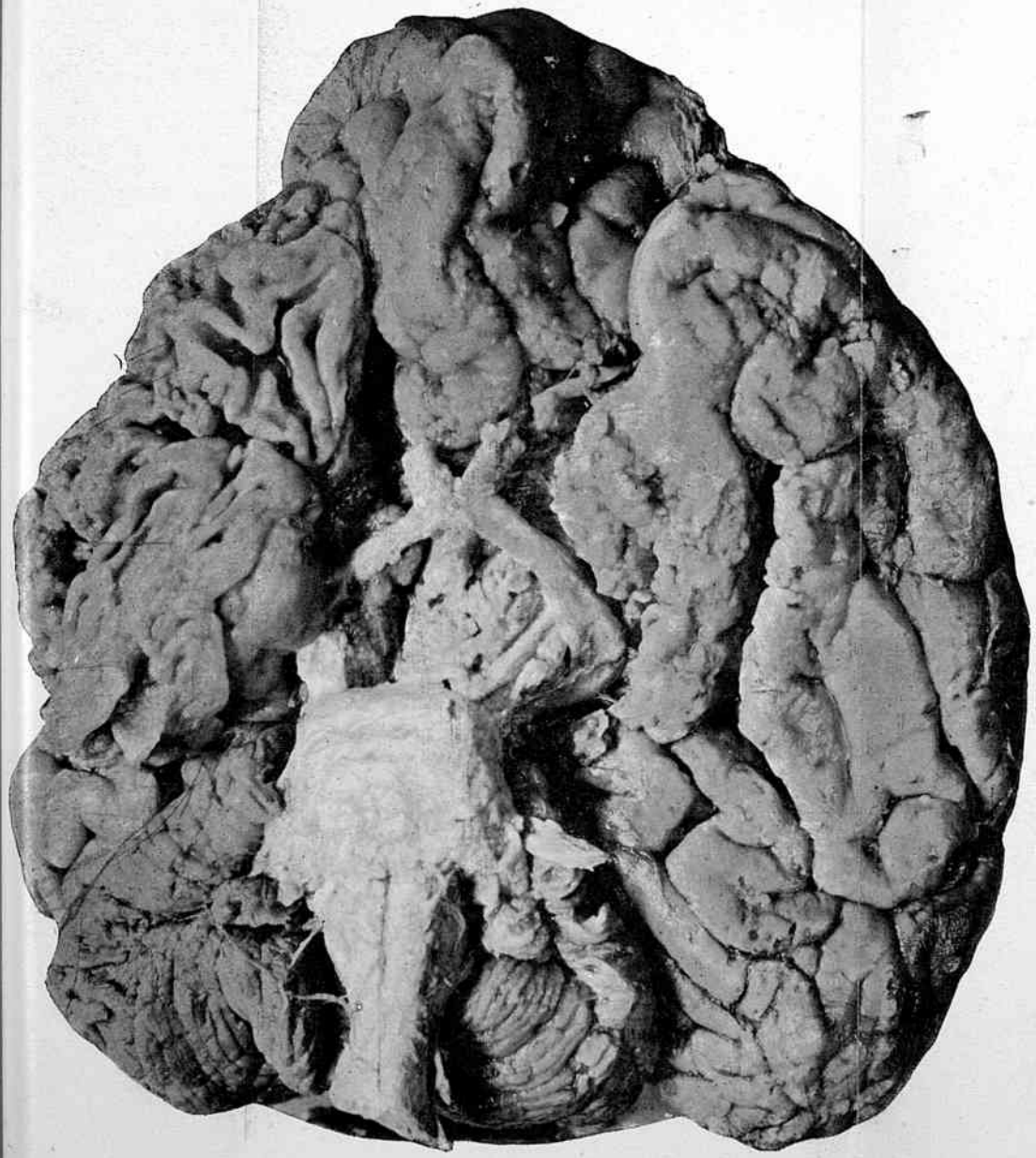
PLANCHE VIII. *Hémisphère droit : face convexe.* — LF, lobe frontal; toutes ses circonvolutions sont atteintes de *sclériose atrophique* à un degré extrêmement prononcé. — FA, PA, frontale et pariétale ascendantes paraissant confondues (Voir PL. IX). — SS. Scissure de Sylvius très distincte. En écartant ses lèvres on voit le lobule de l'insula très atrophié. La digitation antérieure, très atrophiée, existe dans toute sa longueur. La deuxième digitation est réduite à une courte crête. Les autres digitations ont disparu, d'où une surface plane, d'aspect un peu vitreux. — LT, lobe temporal, dont les circonvolutions sont extrêmement atrophiées, — P^1, lobule pariétal supérieur. — P^2 lobule pariétal inférieur. — LO, lobe occipital.

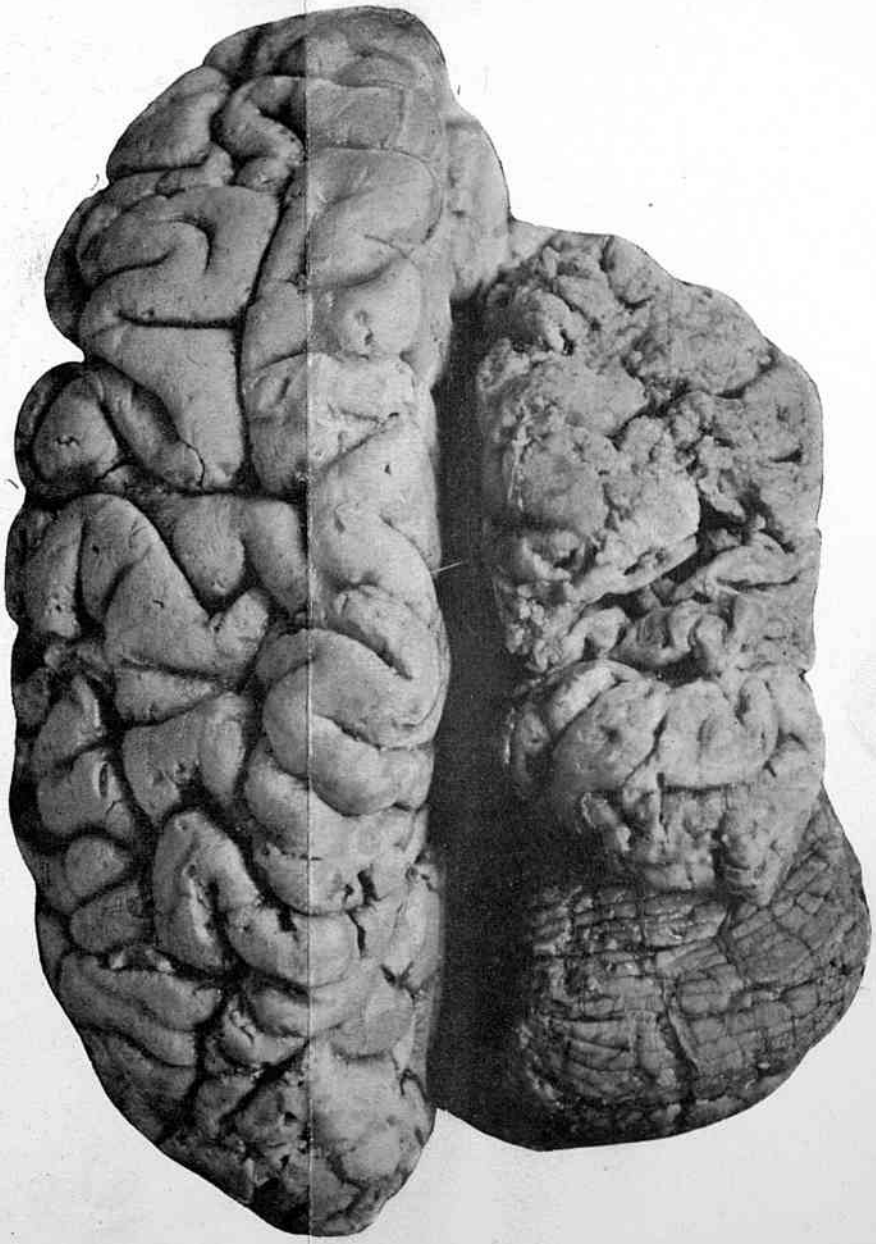
PLANCHE IX. *Hémisphère cérébral droit : face convexe.* — L'hémisphère est renversée en dehors afin de bien mettre en évidence la frontale et la pariétale ascendantes confondues sur la PLANCHE VIII, ainsi que le sillon de Rolando, SR.

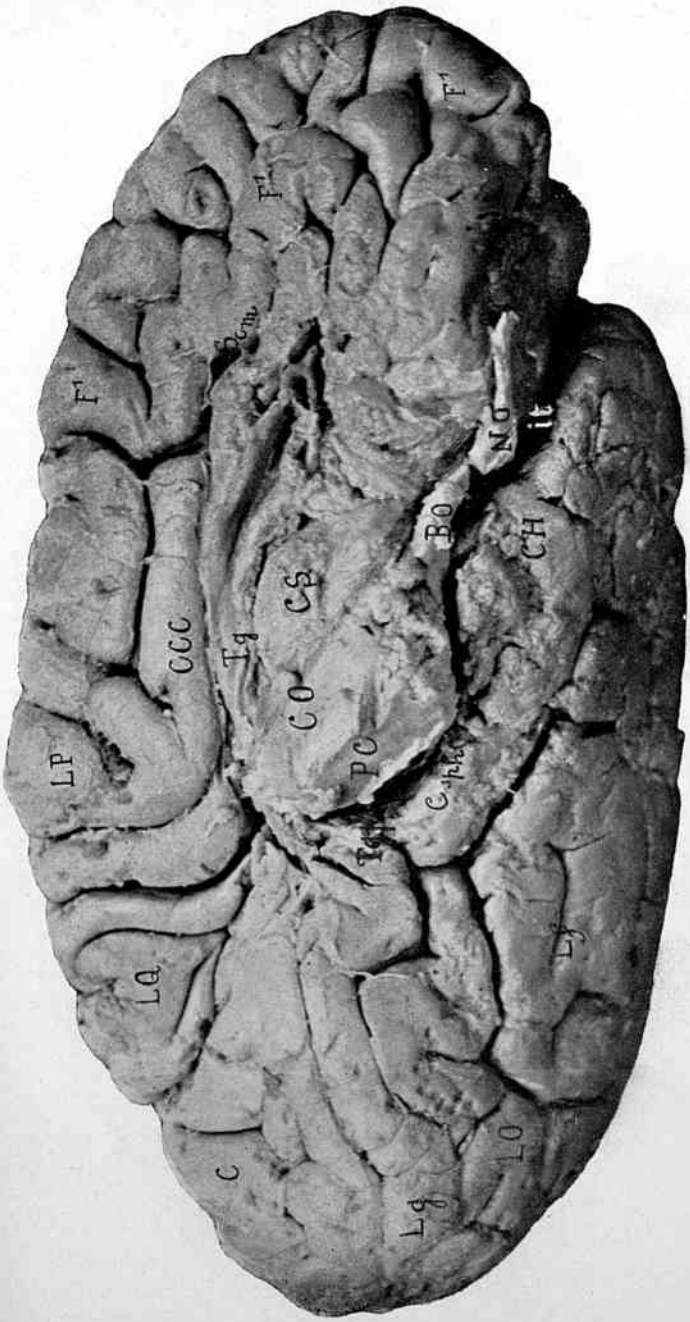
PLANCHE X. *Hémisphère droit : face interne.* — LF, lobe frontal. — F'. portion de la première frontale ou frontale interne. — LP, lobe paracentral. — CCC, circonvolution du corps calleux. — CC, corps calleux très réduit. — CS, corps strié. — CO, couche optique. — PC, pédoncule cérébral.

PLANCHE XI. *Hémisphère droit : face inférieure.* — LO, lobe orbitaire. — LT, lobe temporal composé de circonvolutions très atrophiées. — LO, lobe occipital.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

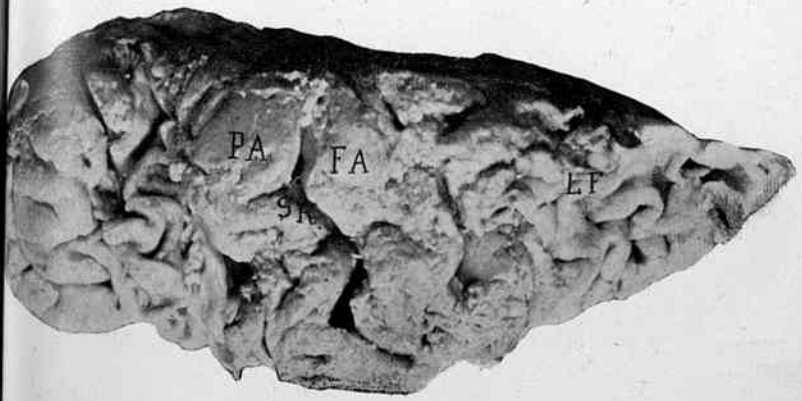


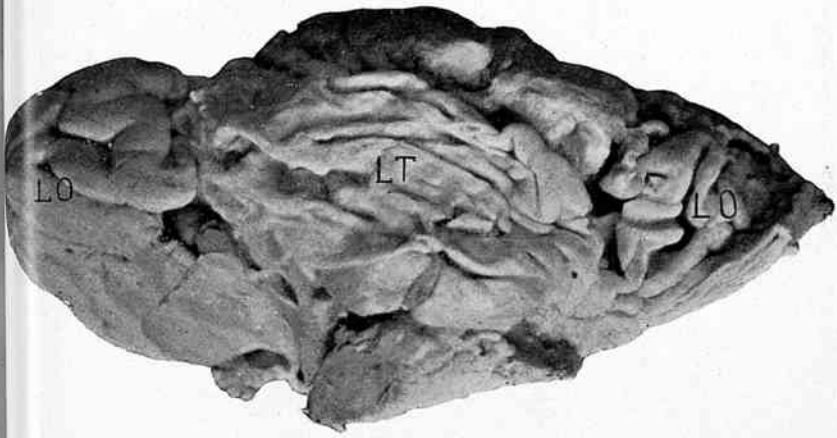



F1
F1
F1
Scm
NO
it
BO
CH
CS
CCC
Tg
CO
PC
LP
Csph
Lf
LQ
LO
C
Lg

LP
LQ
C
C C C C
C C C C
VL
Tg
LO
LO

FA
PA
LO
LF
LT


PA
FA
LT


LO
LT
LO

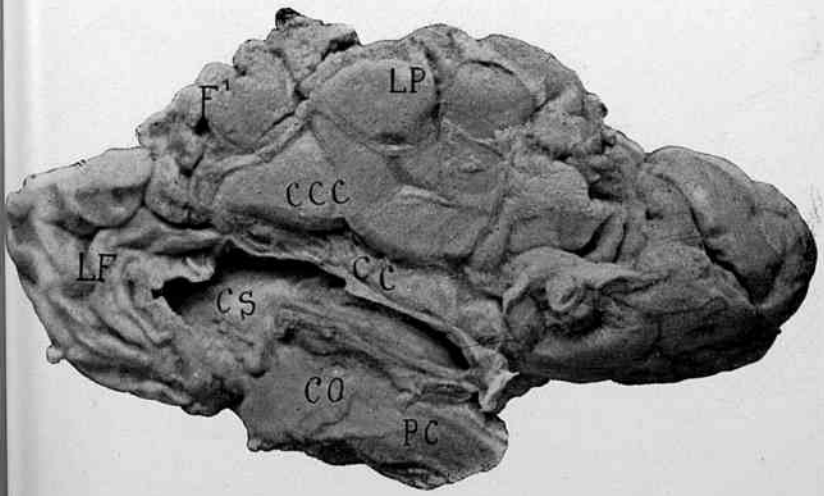

F1
LP
CCC
LF
CC
CS
CO
PC

TABLE DES MATIÈRES

Abasie. Un cas particulier d'— guéri par la suggestion, par Stembo, 81.

Abcès. Voir *Cerveau*.

Accidents bulbaires. D'origine auriculaire, par Bonnier, 74.

Accommodation. Voir *Centres corticaux*.

Achromatopsie. Voir *Monochromatopsie*.

Acide cacodylique. Le traitement à l'— —, par Smidt, 356.

Acrocyanose chronique hypertrophiante, par Péhu, 55.

Acromégalie. Contribution à l'étude des échanges nutritifs dans l'—, par Parhon, 91. — : Splanchnomégalie; gros cœur; mort par asystolie, par Paviot et Beutter, 487. Un cas d'— avec diabète. Tumeur du corps pituitaire, par Josserand et Beriel, 493. — Voir *Gigantisme*.

Acroparesthésies. Remarques sur la pathologie des —, par Pick, 51.

Adipose. Un cas d'— douloureuse, par Raymond et Guillain, 74.

Affections cérébrales. Contribution à la pathologie des — — toxiques par Alter, 151. Des — mentales et nerveuses à la période secondaire de la syphilis, par Schaikewitsch, 346.

Agraphie. Voir *Cécité verbale*.

Akathisie. Nouvelles remarquables sur l'—, pa. Haskovec, 498.

Alcoolisme. La cure actuelle de l'—, par Legrain, 177. L'— en Scandinavie, 445. L'— en Bretagne, par Ducrest de Villeneuve, 502. Drames de l'—, 524.

Alcooliques. Voir *Suggestibilité*. — traités avec succès. — traités avec succès, contre son gré et à son insu, par suggestion pendant le sommeil naturel, par Farez, 178.

Aliénés. Les — en liberté, 93. —, Voir *Os*. Des mesures à prendre à l'égard — criminels, par Keraval, 252. Contribution à la casuistique de la réaction biologique des cheveux des —, par Heinicke, 408. — Voir *Craniométrie*. — Voir *Bains*. Visite faite à un certain nombre d'établissement d'— en Allemagne, Bavière et Autriche, par de Maëre, 436. Colonie wallonne d'— de Lierneux; par Deperon, 437. Les — en liberté, 443. Les — enceintes, 447. — criminels et asiles spéciaux, par Boudin, 454. Le traitement des —, par Wagner, 501. Les dermatoses chez les —, par Winfield, 504. Singulières cachettes d'une —, par Leroy, 508. Evasion d'un — assassin, 513.

Amaurose. Voir *Rétine*. Etude du nerf optique dans l'— tabétique, par P. Marie et Léri, 77.

Amyélie. Voir *Anencéphalie*.

Anatomie pathologique. L'état actuel de l'— — du système nerveux central, par Nissl, 154.

Anencéphalie. Un cas d'— avec amyélie, par Brissaud et Bruandet, 488.

Anesthésie. Action des excitations mécaniques faibles et répétées sur l'— hystérique, par Magnin, 82. Des rapports de l'— avec les rêves et les cauchemars chez une hystérique, par Jourdan, 312.

Angoisse. De l'—, par Londe, 409.

Année psychologique. L'— —, 284.

Appareil. Notice sur un nouvel — pour les fractures de la rotule chez les convulsionnaires et les aliénés, par Beesau, 433.

Aphasie. Contribution à l'étude de l'— sensorielle optique, par Rosenfeld, 329.

Aphasiques. Voir *Lésions corticales*.

Aponevrose. Note sur la rétraction de l'— palmaire chez les aliénés, par Féré et Francillon, 354.

Apraxie motrice. Contribution à la psychologie de l'— —, par Pick, 422.

Argent. Voir *Cylindraxes*. — Voir *Neurofibrilles*.
Arthropathie. Voir *Syringomyélie*.
Artério-sclérose. Voir *Ophtalmoplégie*.
Artropathies et Ostéopathies tabétiques, par Destot, 494. — nerveuse traitée par la résection, par Patel et Cavaillon, 501.
Asile de Bron : condamnation d'un infirmier. — d'aliénés : noms des médecins en chef, des médecins adjoints et nombre des internes, 182. Les habitués des —, par Marie, 276. — d'aliénés : mouvements de mai, juin et juillet 1904, 287. — public d'aliénés de Lesvellec, 367. — d'aliénés de Villejuif, 367. — d'Alençon, 367. — d'aliénés des Pyrénées-Orientales, 421. De la protection de la fortune des malades dans les — d'aliénés, par S. Garnier, 434. Des sorties d'essai et des congés de distractions dans les — d'aliénés, par Hospital, 434. Sur l'autonomie d'un — public d'aliénés, par Dumas, 435. L'— de Galkhausen, par de Maëre, 435. Statistique clinique des alcooliques traités à l'— de Bel-Air en 1901 et 1902, par Papadaki, 435. — d'aliénés. Mouvement de septembre 1904, 446. — d'aliénés. Mutations d'octobre et novembre, 525. L'affaire de l'— de Nantes : 514. L'attentat de l'— clinique, 523.
Assistance des idiots ; 443. — à domicile : Séquestration et assassinat d'un dément, 444.
Astasie-abasie labyrinthique, par Bonnier, 53.
Ataxie. De l'— cérebelleuse ; aiguë, par Bechterew, 346.
Atrophies. cérébrales unilatérales, par Paul-Boncour, 28.
Autocytotoxine spécifique et anti — dans le coma des épileptiques : par Ceni, 150.

Bains. De l'application des — d'air chaud au traitement des aliénés et des épileptiques, par Germain, 431.
Basedow. Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie de — ; par Kedzior, 351. Section du sympathique cervical pour une maladie de —, par Jaboulay, 499.
Bielschowsky. Voir *Diplopie*.
Bulbe. Voir *Malformations crâniennes*.
Buveurs. Voir *Dispensaire*.

Calcium. Quelques expériences sur l'action du — sur l'écorce cérébrale, par Ronconori, 401.
Caractère. Note relative à la question des modifications du — à la suite des lésions du cerveau, par Friedmann, 325.
Catalepsie symptomatique et rythme de Cheyne-Stokes, par Bauer, 52.
Catatonie. Observation de — en relation avec la première menstruation, par Mucha, 350. — Voir *Troubles intellectuels*. Considérations sur la —, par Crocq, 420.
Cauchemars. Voir *Anesthésie*.
Cécité verbale avec agraphie ; par Thomas, 74. — Voir *Surdité*. — Voir *Paralysie*.
Centres nerveux. Voir *Kyste*. Des — corticaux de l'accommodation, par Bielitzky, 156.
Certificats d'aliénation. Secret professionnel, 442.
Cerveau. Voir *Caractère*. Une observation d'abcès du —, par Gordinier, 489. — Voir *Maladie*.
Cervelet. Atrophie du — et sclérose en plaques, par Thomas, 62. — Voir *Tumeurs*. Note sur un cas de ramollissement du — avec étude des dégénérescences secondaires, par Négel, 65. Lésions du — dans quelques formes d'aliénation mentale, par Bridier, 486.
Chéilophagie. Voir *Tics*.
Chéilophobie. Voir *Tics*.
Chéiromégalie. Voir *Syringomyélie*.
Cheval. Voir *Dégénérescence*.
Cheveux. Voir *Aliénés*.
Cheyne-Stokes. Voir *Catalepsie*.
Chorée. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de la —, par Kopczynski, 54. Accidents pseudo-méningitiques à répétition au cours de l'évolution d'une — de Sydenham chez un hystérique, par Barjon, 58. Deux cas de — chronique, — congénitale molle —, héréditaire de Huntington ; par Audry et Porot, 494.
Cœur. De l'appareil inhibiteur du

— chez les chiens nouveau-nés par Gartié, 335.
Coit. Voir *Circulation*.
Colonne vertébrale. Fracture de la — —. Lésion spinale limitée à une minime partie d'étage radiculaire, par Brissaud et Brecy, 63.
Congrès. XIVe. — des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Pau, 1er-7 août 1904), 96, 191, 209. XXIIIe — des médecins aliénistes et neurologistes du S.-O. de l'Allemagne, 415.
Conjonctive. Voir *Sensibilité*.
Constitution idéo-obsessive comme forme psycho-pathologique autonome, par Soukhanoff, 414.
Contracture. Sur un cas remarquable de — post-hémiplégique, par Devic et Gallavardin, 52. — Voir *Paralysie*.
Convulsions. Des — rythmiques et des mouvements automatiques chez les hystériques, par Bechterew, 326. — Voir *Paralysie générale*.
Coprolalie. Voir *Tics*.
Cornée. Voir *Sensibilité*.
Corps étranger. Voir *Mydriase*.
Couche optique. Contribution à l'étude des fonctions de la — —, par Benaky, 385.
Circulation. La — cérébrale pendant le coït, par Poussèpe, 162.
Crane. Du — ostéomalacique, par Paviot et Mauriquand, 69.
Craniométrie. La — chez les aliénés, par Portougalow, 412.
Cylindraxes. — L'imprégnation des — à l'argent, par Bielschowsky, 340.
Cytodiagnostic. — Voir *Tabès*.

Décubitus. Voir *Paralysie générale*.
Dégénérescences secondaires. Voir *Cervelet*. — Voir *Noyau rouge*. Des stigmates anatomiques, physiologiques et psychiques de la — chez l'animal, en particulier chez le cheval, par Rudler et Chomel. 265.
Délire. Voir *Imitation*. Etat obsédant point de départ d'une déformation de l'épaule et suivi du — des négations, par Privat de Fortunié, 169. — hystérique traité par la suggestion hypnotique, par Mlle de Majewska, 181. Deux cas de — aigu traités avec succès par les bains frais, par Doutrebente et Marchand, 541. Traumatisme et — alcoolique, par Mabille, 260. — de possession par les reptiles, — de grossesse et entéro-colite muco-membraneuse, par Mirallié, 272. De la pathogénie du — spécifique du paralytique, contribution aux recherches de pathologie expérimentale sur la démence paralytique, par Wizel, 409. — hypocondriaque de zoopathie interne chez un débile tabétique, hystérique et gastropathe, par Dupré et Lévi, 414. — alcoolique continu, par Soukhanoff et Wedensky, 503.
Démences. Les — vésaniques, par Deny, 211. De certains caractères psychologiques de la — précoce et des limites de cette affection, par Masselon, 231. — de la puberté, par Marie, 232. Sur la — organique secondaire à quelques délires chroniques hallucinatoires, par Marie, 232. Un cas de — précoce avec autopsie, par Leroy et Laignel-Lavastine, 232. De la — précoce chez les jeunes gens, par Mefus, 419. Un cas de — précoce avec autopsie, par Dunton, 504. Etiologie de la — précoce, par Roubinowitch et Phulpin, 506. La — vésanique n'est pas une démence, par Toulouse et Demaye, 507.
Déments vésaniques. Plan graduel et systématique d'exercice au dehors pour les — —, par Carlisle. Adipose sous-cutanée symétrique et segmentaire chez une — alcoolique et hérédo-alcoolique, par Deny et Le Play, 503.
Dermatoses. Voir *Aliénés*.
Diabète. Voir *Psychasténie*. — Voir *Acromégalie*.
Diète. Voir *Epilepsie*.
Difformité congénitale observée chez un enfant de cinq ans, 394.
Diplégie. Sur la — faciale périphérique, par Panegrossi, 55.
Diplopie. Remarques critiques relatives au mémoire de Bielschowsky intitulé : monoculaire sans causes physiques, et considérations sur la vision des strabiques, par Storch, 319.
Dispensaire. Le — anti-alcoolique

de Paris et le traitement des buveurs d'habitude, par Bérillon, 264.
Doigt en valgus, par Pauly, 394.
Douleur. — Voir *Neurasthénie.*

Ecorce cérébrale. Lésions de l'— — et cérébelleuse chez une idiote aveugle-née, par Taty et Giraud, 242. De l'influence de l'— — et des ganglions sous-corticaux sur la contraction de l'utérus de la lapine, par Plokhinsky, 394. Lésions de l'— cérébelleuse chez les paralytiques généraux, par Taty et Jeanty, 480. L'— motrice, par Farrar, 489.
Ecoles régionales pour les sourds-muets et les aveugles, par Hugentobler, 525.
Ectoscopie. L'— et l'ectothérapie cérébrales, par Biafchi, 181.
Education physique. L'— — appliquée au traitement des maladies mentales, par Tissié, 263.
Electricité statique. Les principes de l'action thérapeutique de l'— —, par Schatzky, 356.
Emeutes. Psychologie des —, 515.
Encéphale. Du poids de l'— et de quelques-unes de ses parties chez le nourrisson et les enfants plus âgés, par Pfister, 399.
Enfants Anormaux. Les — — au point de vue mental; leur traitement et leur éducation, par Shuttleworth; traduite, par Ley, 285. Pour les — —, 437.
Epaule. Voir *Syringomyélie.* — Voir *Delire.*
Epilepsie. L'— ne peut pas être causée par des états toxémiques, par Holl, 50. Pathologie et traitement de l'—, par W. Thomson, 70. Les résultats de la chirurgie cérébrale dans l'— et dans les défectuosités mentales congénitales, par W. Spratling, 73. Traitement de l'— par la diète, par Schnitzer, 92. — Voir *Excitabilité.* —, pathogénie et indications thérapeutiques, par Paris, 369. Des facteurs héréditaires dans l'—, par Doran, 505.
Epileptiques. Voir *Sang.* — Voir *Autocytotoxine.* — Voir *Sang.* — Voir *Bains.* L'assistance publique des —, par Parent, 434.
Erysipèle. Voir *Névrite.*
Esquirol. Rapport sur le prix —, par Vigouroux, 360.
Etats vertigineux. Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de quelques — —, par Royet, 281. Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les — mélancoliques, par Soukhanoff, 305.
Euphorie délirante. Voir *Phtisiques.*
Excitabilité. — De l'— de la région corticale motrice du cerveau à la suite de l'attaque d'épilepsie, par Ossipow et Borischpolsky, 325.

Face. Voir *Paralysie.*
Faisceau longitudinal. Voir *Reil.*
Fibres. De la quotité des — à myéline d'un cerveau normal et d'un cerveau paralytique, par Schaffer, 155. Contribution à l'étude du trajet des — du goût, par Kron, 332. Existe-t-il une régénération autogène des — nerveuses ? Contribution à la théorie du neurone, par Muenzer, 396.
Fièvre hystérique. Voir *Hystérie.*
Folie. Un cas de — à deux avec infériorité relative de l'organe actif, par Dromard et Levassort, 168. La — hallucinatoire qui se développe à l'occasion d'une affection commune de l'ouïe, par Bechterew, 413. Aperçus et démonstrations sur la — maniaque dépressive, par Thomsen, 418. — Voir *Sang.* — puerpérale, par Jones, 505.
Fou. Un — furieux, 286. Terrible lutte avec un —, 287. Un — à la tête dure, 363. Un — mystique, 363. Les — au Brésil, par Ridder, 503.
Fractures. Voir *Colonne vertébrale.*

Gigantisme et acromégalie, par Lannois et Roy, 496. — précoce avec développement précoce des organes génitaux, par Hudovernig et Papovik, 496.
Glandes. Les — parathyroïdes. Etude anatomique et expérimentale, par Jouty, 88.
Gliome. Voir *Ponction lombaire.*
Gout. Voir *Fibres.*

Habitude. Des phénomènes morbides d'—, par Crocq, 247.

Hémianesthésie. De l'élément psychique dans l'— hystérique, par Bernheim, 343. Contribution à la localisation de l'— cérébrale, par Schaffer, 395.
Hémiataxie post-hémiplégique et coordination sous-corticale, par Claparède, 53.
Hémiatrophie. Un cas d'— faciale progressive, par Calmette et Pagès, 55. — Voir *Paralysie*.
Hémicranie. Observation remarquable d'—, par Flatau, 347.
Hémimélie. Voir *Phocomélie*. — et dégénérescence mentale, par Laruelle, 405. Sur une forme rare d'— radiale intercalaire, par Klippel et Rabaud, 488.
Hémiplégie immédiate consécutive à la ligature des carotides, par Beutler, 485.
Hémiplégiques. Du trouble de la marche chez les —, par Schuller, 338.
Hémispasmes. Sur les — de la face, par Lannois et Porot, 490.
Hémorrhagie cérébro-méningée à symptômes méningitiques, par Achard et Ramond, 509.
Hérédosyphilis cérébrale tardive, par Haudrix, 350.
Hippus. L'— dans la chorée, par Cruchet, 510.
Hopitaux pour aliénés militaires, 365.
Hypnothérapie. Le facteur efficace en —, par Geijerslam, 510.
Hypnotisme. L'— et la sgugestion à l'état de veille, par Magnin. Les dangers de l'—, 524.
Hypnose et sorcellerie, par Demonchy, 181.
Hypoglosse. Contribution à l'étude des localisations dans le noyau de l'—, par Parhon, 63.
Hystérie. Du cas d'— à grandes manifestations. Fièvre hystérique, par Lannois et Porot, 60. Un cas grave d'—, par Bérillon, 179. — Voir *Phénomène plantaire*. Théorie physiologique de l'—, par Sollier, 406. — à forme de paralysie générale, par Collet et Lépine, 411. L'— par Young, 423.
Hystérique. Voir *Chorée*. — Voir *Anesthésie*. — Voir *Convulsions*. Les états d'obnubilation psychique des — et leur paralogie, par Westphal, 347. Sur l'appréciation des dénonciations et témoignages des — dans la pratique médico-légale, par Biondi, 427.

Idiotie. L'anatomie pathologique de l'—, par Alzheimer, 403. — microcéphalique, épilepsie, asymétrie cérébrale, microgyrie, ulégyrie, cuir chevelu suggestif d'atavisme, par Nolan, 481.
Illusion vésanique. Nature et genèse de l'—, par Wherry, 506.
Image mentale morbide, par Vaschide et Vurpas, 411.
Imbécilité; hémiplégie gauche: épilepsie; état de mal; mort; atrophie considérable de l'hémisphère cérébral droit, par Bourneville et Mlle Maugeret, 461.
Imitation. Du rôle de l'— dans la formation d'un délire, par Vurpas et Duprat, 166.
Impression consciente. Contribution à la pathologie du sentiment de l'—, par Pick, 336.
Infantilisme. Cas d'— pancréatique, résultat du traitement, par Bramwell, 356. — myxœdémateux et maladie de Recklinghausen, par Meige et Feindel, 497. Infirmiers, brutalités, 513.
Institut de médecine légale et de psychiatrie, 366.
Instituteurs. Fédération générale des — belges, 366.
Intoxication saturnine avec polynévrite chez un électricien, par G. Guillain et Lhermitte, 75.

Janet. La psycholepsie de — et la théorie de Storch-Foerster, par de Buck, 401.
Juges et experts, par Hoche, 430. — par Noecke, 430.

Kernig. Signe de —, pathogénie, par Piéry, 480.
Korsakoff. Contribution à l'étude de la psychose de —, par Soukhanoff et Boutenko, 84, 173. Un cas de psychose de —, par Guilliarovsky, 172.
Kyste. Un cas de — dermoïde des centres nerveux, par Raymond et Courtellemont, 76,

Langue. Un cas de — double, par Leitz, 394. — cérébriforme chez

un aliéné alcoolique, par Bianchini, 498.
Lasègue. Signe de —, par Piéry, 480.
Léchage. Voir *Tics*.
Lèpre. Deux cas de — nerveuse, par Raymond, 97.
Lésions corticales et sous-corticales minimes avec — sous-épendymaire très prononcée chez deux aphasiques, par P. Marie et Léri, 80. Contribution à la connaissance des — corticales circonscrites de la région motrice chez l'homme, par Lévi, 340. — Voir *Cervelet*.
Léthargie. Un cas de —, 93.
Liébeault. Eloge de —, par Van Renterchem, 176. Prix —, par Farez, 176. — et l'Ecole de Nancy, par Beaunis, 176.
Liquide céphalo-rachidien. Le — dans les processus méningés subaigus d'origine rhumatismale, par J. Lépine, 70. Le — sur la teneur en sucre du —, par Lannois et Boulud, 487.
Lobe. Voir *Tumeurs*. — Voir *Sclérose*.
Localisations spinales. Nouvelles recherches sur les —, par M. et Mme Parchon, 403.

Macrodactylie. Un fait de —, par Lejars, 56. —, par Cayla, 56.
Macro-esthésie. Contribution à la question de la —, par Iwanow, 60.
Main. Hypertrophie congénitale d'une —, par Apert. 497.
Mal de mer. Le — et la suggestion, par Bonnet, 82.
Maladie du demi-sommeil, par Le Menant des Chesnais, 181. — Voir *Raynaud*. — mentales. Voir *Education physique*. — nerveuses. Voir *Pupilles*. — Voir *Basedow*. De la forme la plus habituelle des modifications de l'intelligence et du caractère qui peuvent résulter des — du nez et du cerveau, par Royet, 491. — Voir *Recklinghausen*. — bleue et cyanose rétinienne, par Babinski, 510.
Malformations crâniennes et syndrome bulbaire. Enclavement du bulbe, par Sicard et Oberthur, 271.
Manie transitoire alcoolique, par Iwanow, 351.
Martyrologe des asiles. L'attentat contre M. Wallon, 522.
Médiumnité délirante, par Paul Sollier et Boissier (F.), 1, 130.
Méningite. — terminée par la mort, dans laquelle le myosis et la suppression de la salive ont été les seuls symptômes. Autopsie. Etude de diagnostic par exclusion, par Altschul, 67. — cérébro-spinale. Traitement par production d'un abcès de fixation. Guérison, par Probst, 433.
Mérycisme. Deux cas de —, par Raviart et Caudron, 390.
Méthode hypno-pédagogique. Ses applications au traitement des habitudes vicieuses chez les enfants, par Berillon, 266. — Courte communication sur une nouvelle — de coloration du système nerveux central, par Schrœtter, 320.
Meurtrier. Un — de quatorze ans, 384.
Migraine ophtalmique avec hémianopsie et aphasie transitoires. Hémiface succulente. Photophobie et tic de clignement, par Meige, 275. Remarquable complication d'un accès de — par Kœflmayr, 347.
Miracles. Les —, 445.
Mœbius. Remarques critiques sur le livre de P.-J. Mœbius, intitulé : *La Bosse des Mathématiques*, par Ahrens, 320.
Moelle. Voir *Névrite*. Les lésions du système lymphatique postérieur de la — sont l'origine du processus anatomo-pathologique du tabes, par Marie (P.) et Guillain, 62. Les dégénérations du cordon antérieur de la —, par P. Marie et Guillain, 164. Un cas de carcomatose de la — épinière, par Préobragensky, 174. La localisation des fonctions motrices de la — épinière, par Sano, 235. Note sur quelques centres sympathiques de la — épinière, par Laignel-Lavastine, 238. A propos des modifications de la — consécutives aux amputations de membres chez le tétard, par Brissaud et Bauer, 244. Contribution à l'étude des représentations motrices du membre inférieur dans la — de l'homme, par

Parhon et Goldstein, 280. — Voir *Réflexes*.
Monochromatopsie et achromatopsie, par Alter, 338.
Moyen épilepto-frénateur héroïque, par Crocq, 248.
Muscles. Rôle des — spinaux dans la marche normale chez l'homme, par Lamy, 278.
Musique. De l'influence de la — sur le travail musculaire, par Spirtow, 336.
Mydriase unilatérale et corps étranger du conduit auditif externe, Sabrazès, 52.
Myéline. Voir *Fibres*.
Myélite. Note sur l'anatomie pathologique de la — aigu ë diffuse' par Weill et Gallavardin, 65. — Voir *Réflexes*. Une observation de — apoplectique, par Flatau, 344.
Myocysmie, par Marie, 509.
Myokymie. Voir *Spasme*.
Myokynie. Un cas de — dans la polioencéphalo-méningite aiguë, par Delektorsky, 170.
Myopathie. Un cas de — atrophique progressive avec troubles de la sensibilité, par Lamion et Porot, 57.
Myosis. Voir *Méningite*.
Myotonie avec atrophie musculaire, par Lannois, 273.
Myxœdémateux. Voir *Sclérose*. — Voir *Infantilisme*.
Narcose. De l'origine et de la nature de la — nerveuse, par Wedensky, 158.

Nécrologie. Mordret, 287. Duhamel, 447. Raoul, 447.
Négativisme. Contribution à la psycho-physiologie du —, par Vogt, 338.
Nerf auditif. Voir *Tumeur*. — optique. Voir *Amaurose*. Contribution à la question de la régénération autogène des —, par Bethe. Réplique, par Muenzer, 396. Dégénérescecne et régénération des terminaisons motrices des — coupés, par Odier et Herzen, 402.
Nerveux. Voir *Suggestibilité*. Le climat de Pau et les —, par Crouzet, 251.
Neurasthénie. Douleur épigastrique suraiguë dans la —, par Page, 269. La —, par Cappeletti, 361.
Neurasthéniques. Les — dans l'armée, par Lux, 180. Comment faut-il traiter les —? par Glorieux, 431.
Neurofibrilles. L'imprégnation à l'argent des —, par Bielschowsky, 340.
Neurofibrosarcomatose. La —, par Cestan, 53.
Neuromyélite. Sur un cas de — optique aiguë, par Weill et Gallavardin.
Neurone. A propos de la théorie du —, par Durante, 79. Quelques déductions pratiques de la réputation du —, par Debray, 402. Régénération autogène chez l'homme et la théorie du —, par Durante, 407.
Névralgie. Deux cas de — guéris par la suggestion hypnotique, par Damoglou, 81.
Névrite radiculaire subaigue. Dégénérescences consécutives dans la moelle (racines postérieures) et dans les nerfs périphériques (racines antérieures), par Nageotte, 61. — et atrophie optique dans l'érysipèle facial, par Cabannes, 268. Observation de — périphérique de l'hypoglosse droit, par Danski, 423.
Névrome adipeux diffus du médian. Résection, régénération autogène, par Durante, 501.
Névrose. Pression intraartérielle dans la — traumatique, par Haskovec, 62. — et paralysie générale, par A. Marie, 526.
Nez. Un arrêt de développement du —, nouveau signe de dégénérescence, par Gudden, 334. — Voir *Cerveau*.
Nissl. Que sont les corpuscules de —? par Chenzinski, 342.
Nitrite de soude. Voir *Tabès*.
Nœvi. Note sur la fréquence et sur la distribution des — chez les aliénés; par Féré et Amouroux, 193.
Nœvus avec varices et hypertrophie osseuse, par Guillain et Courtellemont, 164.
Noyau rouge. Lésion ancienne du —. Dégénérations secondaires, par P. Marie et Guillain, 67. — spécial. Voir *Protubérance*.

Obnubilation. Voir *Hystérique*.
Obsessions et vie sexuelle, par Marandon de Montyel, 289.

Œil. Voir *Paralysie générale.*
Ophtalmoplégie et artério-sclérose, par Péchin et Rollin, 52.
Orteils. Etude sur le phénomène des —, par Marinesco, 63.
Os. Trois cas de fragilité des — chez des aliénés, par Marie et Viollet, 166.
Ostéomalacie. Voir *Winogradsky.*
Ostéomalacie sénile. Forme nerveuse, par Chappet et Mouriquand, 496.
Ostéopathies. Voir *Arthropathies.*
Ouïe. Voir *Folie.*

Paires craniennes. Des terminaisons et connexions centrales des septième et huitième —, par Wyroubow, 329.
Parallélisme. Le — moderne, par Moskiewicz, 321.
Paralysie. De la contracture secondaire du releveur de la paupière supérieure dans le cours de la — faciale, par Berger et Lœwy, 54. — radiculaire totale du plexus brachial avec hémiatrophie et parésie de la face, par Courmont, 57. — hérédo-syphilitique, par Rose, 75. Lésions des neurofibrilles dans la — générale, par Ballet et Laignel-Lavastine, 162. Le décubitus aigu dans la — générale, par Vigouroux, 165. Quelques réflexions sur l'étiologie de la — générale dans le département de l'Orne, par Coulonjou, 242. Relations cliniques de la cécité avec la — générale et le tabès, par Léri, 248. Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil, dans la — générale, par Briche, Raviart et Caudron, 277. Etude anatomo-pathologique d'un cas de — infantile au point de vue de la topographie des muscles atrophiés et des localisations médullaires, par Parhon et Papinian, 279. Convulsions myocloniques dans la — générale progressive, par Hermann, 332. Suicide et — générale, par Marie et Viollet, 361. A propos de l'anatomie pathologique de la — générale, par Mahaim, 403. — générale. Voir *Réaction pupillaire.* Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la — générale, par Raviart et Caudron, 417. — faciale : rire et pleurer spasmodiques ; localisation cérébrale, par Piéry, 425. — faciale. Voir *Phénomène palpébral.* Un cas particulier de — facial, par Bienfait, 427. Contribution à la chimie de la dégénérescence nerveuse dans la — générale et autres maladies mentales, par Corial, 503. — aiguë, par Rusk, 504. — générale et pachyméningite gommeuse, par Doutrebente, 508.
Paralytique général. Voir *Syringomyélie.* La prétendue bienveillance du —, par Pactet. 165. — Voir *Ecorce cérébelleuse.*
Paramyoclonus multiplex. Sur un cas de —. Etat psychique spécial, par Bertrand, 350.
Paraplégie cervicale incomplète par tumeur gliomateuse de la moelle avec pachyméningite néoplasique, par Spillmann et Hoche, 488.
Parésie. Voir *Paralysie.* La — spasmodique des vieillards athéromateux, par Pic et Bonnamour, 491.
Pari mutuel. Les établissements d'aliénés et le —, 524.
Parkinson. Des formes anormales de la maladie de —, par Collet, 59.
Pau. Voir *Nerveux.*
Phénomène plantaire combiné. Etude de la réflectivité dans l'hystérie, par Crocq, 261. Un — palpébral constant dans la paralysie faciale périphérique, par Dupuy-Dutemps et Cestan, 427.
Phobie. La — du regard, par Hartemberg, 202. Des — professionnelles. — du Saint-Sacrement chez les prêtres, par Bechterew, 412.
Phocomélie. Un cas de — et hémimélie, par Halbron, 68.
Photophobie. Voir *migraine.*
Photothérapie. La — à Paris, Hambourg et Berlin, par Poussèpe, 355.
Phtisiques. Euphorie délirante des —. Etude anatomo-clinique, par Dupré, 282.
Pied. Voir *Réflexe.*
Plexus choroïdes. Voir *Vomissements.*
Poliencéphalite supérieure aigue hémorrhagique, par Brissaud et Brécy, 243.

POLIOMYÉLITE. Contribution à l'étude de la — aiguë (avec présentation de préparations), par Préobrajensky, 87.

POLYNÉVRITE. Voir *Intoxication*. Un cas de — éthylique ayant évolué sous la forme de paralysie ascendante, par Oberthür et Roger, 270.

PONCTION LOMBAIRE. La — au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique : par Gerhardt, 415. Gliome volumineux du lobe frontal gauche ; amélioration par la —, par Charvet et Bancel, 479.

PRÉDISPOSITION. La — en étiologie mentale, par Marandon de Montyel, 420.

PRISONS. Organisation d'un service de médecine mentale dans les —, par Masoin, 430.

PROCESSUS méningés. Voir *Liquide céphalorachidien*.

PROTUBÉRANCE. Un noyau spécial de la formation réticulée dans la région supérieure de la —, par Bechterew, 158.

PSEUDO-ŒDÈME. — Le — catatonique, par Dide, 498.

PSEUDO-ÉPILEPSIE. Voir *Suggestion hypnotique*.

PSYCHASTÉNIE et diabète, par Oberthür et Chenais, 271.

PSYCHASTÉNIQUES. Voir *Spasmes*.

PSYCHIATRIE. Les progrès de la — en Grande-Bretagne en 1902, par Urquhart, 504.

PSYCHOLOGIE DES ÉMEUTES, par Manzoni, 516.

PSYCHOSE. Voir *Korsakoff*. — Voir *Rétractions musculaires*. Documents figurés représentant d'anciennes pratiques chirurgicales contre les —, par Meige, 267. De quelques considérations sur les — puerpérales, par Picqué, 273.

PUÉRILISME MENTAL guéri par suggestion, par Leroy, 509.

PUPILLES. La réaction paradoxale des —, avec observation personnelle de rétrécissement des — sous l'influence de l'ombre, par Piltz, 161. De la valeur diagnostique des irrégularités des bords des — dans les maladies nerveuses dites organiques, par Piltz, 348.

PYROMANIE et puberté. Examen médico-légale d'une jeune incendiaire par Leroy, 449.

RADIUM. Le — en thérapeutique nerveuse, par Foveau de Courmelles, 247. De l'action des rayons du — sur l'excitabilité des centres psychomoteurs, par Joukowsky, 401.

RAGE. La — expérimentale à virus fixe et ses lésions histologiques, par Ladame, 405.

RAPPORT MÉDICAL pour l'année 1903 à l'asile départemental de Dijon, par Garnier, 525.

RAYNAUD. Un cas de maladie de —, suivi de mort chez une jeune fille hystérique et tuberculeuse, par Coulonjou, 243.

RÉACTION PUPILLAIRE. De la — prolongée aux toxiques comme signe précoce de la paralysie générale, par Toulouse et Vurpas, 417.

RECKLINGHAUSEN. Voir *Maladie* de —.

RÉFLECTIVITÉ. Voir *Phénomène plantaire*.

RÉFLEXE. Note sur un — adducteur du pied, par Kirschberg, 54. Quelques nouvelles donnée sur la physiologie des — tendineux, par Stcherback, 61. Nouveaux éléments relatifs à la physiologie des — profonds, par Schterbak, 156. Nouvelles contributions à la physiologie des — tendineux, par Schterbak, 156. Du — sous-épineux, — de l'extrémité supérieure de l'homme, inconnu jusqu'ici, par Steiner, 159. Du — sous-épineux, par Pickett, 159 — sous-épineux. Réplique à Pickett, par Steiner, 159. Des — sous-scapulaire et pectoral, par Bechterew, 159. De l'absence des — patellaires en un cas de myélite dorsale par compression avec dégénérescence des racines postérieures dans la moelle lombaire, par Bartels, p. 332. Du — carpophalangien, par Bechterew, 343. Sur le — du fascia lata, par Dide et Chénais, 405.

REGARD. Voir *Phobie*.

REIL. Des relations du faisceau longitudinal inférieur avec le ruban de — et d'un nouveau système moteur de couronne rayonnante, par Schuetz, 398.

REMÉMORATION. La — périodique des souvenirs musicaux, par Swoboda, 179.

RÉTINE. Etude de la — dans l'amau-

rose tabétique, par P. Marie et Leri, 77.
Rétractions musculaires. Des — et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses, par Cullerre, 244.
Retraites. Caisse des —, par Dubourdieu, 279.
Rêves. Voir *Anesthésie*.
Rhumatisme. Accidents nerveux tardifs du — articulaire franc, par Lhermitte, 163.
Rougeur émotive. Les formes pathologiques de la —, par Hartemberg, 342.

Samuel. Le prophète —, par Binet-Sanglé, 179.
Sang. Du parasite trouvé dans le — des épileptiques. Son agglutination par le sérum des animaux infectés et par le sérum des épileptiques, par Bra, 61. —, voir *Autocytotoxine*. Contribution à la question de quelques propriétés soit-disant toxiques et thérapeutiques du sérum du — des épileptiques, par Sala et Rossi, 151. Recherches bactériologiques sur le — des épileptiques, par Lannois et Lesieur, 481. Contribution à l'étude du — dans la folie maniaque dégressive, par Fisher, 489.
Sciatique d'origine spécifique, par Gauchler et Roussy, 75.
Sclérodermie, par Huet, 509.
Sclérose en plaques. Voir *Cervelet*. Un cas de — symétrique des lobes occipitaux, par Marchand, 68. — en plaques chez un infantile myxœdémateux, par Raymond et Guillain, 163.
Schéma bulbaire, par Bonnier, 239.
Sens des attitudes. A propos du soi-disant « — », par Claparède, 67. Sur l'exploration clinique du — musculaire, par Claparède, 245.
Sensibilité. Voir *Myopathie*. Recherches sur la — normale de la cornée et de la conjonctive, par Cabannes et Robineau, 249. De la — de l'arcade zygomatique, comme signe d'affection organique des parties essentielles du cerveau et des méninges, par Bechterew, 350.
Sexe. Influence de l'état mental des parents sur la formation du — de leurs enfants, par Litkens, 334.
Sinus. Voir *Thrombose*.
Sorcellerie. Voir *Hypnose*.
Spasme essentiel ou idiopathique, par Fiske, 51. Le — facial ; ses caractères cliniques distictifs, par Meige, 54. — professionnel, par G. Ballet et Rose, 76. De la genèse sous-corticale de — musculaires isolés. Contribution à la clinique des tumeurs des tubercules quadrijumeaux avec remarques sur le trajet du faisceau central de la calotte, par Sorgo, 397. Cas insolite de — facial ; myokymie limitée au facial gauche ; par Bernhardt, 422. Observation de — facial tonique primitif avec palpitations musculaires, par Newmark, 422. — et tremblements chez les psychasténiques, par Raymond et Janet, 497.
Splanchnomégalie. Voir *Aeromégalie*.
Spondylose rhyzomélique et tuberculose, par Pic et Bombes de Villiers, 70.
Sucre. Voir *liquide céphalo-rachidien*.
Suggestibilité. La — des alcooliques, par Berillon, 176. Examen de la — chez les nerveux, par Schnyder, 246.
Suggestion hypnotique. Attaques de pseudo-épilepsie guéries par la —, par Viazemsky, 80. —; voir *Abasie*. —; voir *Névralgie*. —; voir *Mal de mer*. La — impérative, par Bérillon, 83. — voir *Alcoolique*. — à l'état de veille et — hypnotique, par Bourdon, 178. —; voir *Hypnotisme*. —; voir *Délire*.
Suicide d'un fou, 95. Tentative de — d'un adolescent, 288. —. Voir *Paralysie générale*. — d'un vieillard, 362. —, 363. — d'un officier, 363.
Surdité et cécité verbales, aphasie totale ; autopsie, par Déjerine et Thomas. Discussion de quelques nouveaux travaux sur la — verbale, par Liepmann, 344. De la localisation des diverses formes de la — verbale ; par Bischoff,

344. — verbale par lésion temporale droite, par Mollard, 493.
Sthénomètre. Présentation du —, par Joire, 179.
Storch-Foerster. Voir Janet.
Sydenham. Voir *Chorée*.
Syndromes solaires. Les — expérimentaux, par Laignel-Lavastine, 407.
Syphilis. Un cas de — héréditaire tardive à forme cérébro-spinale, par Richon, 57. — Voir *Affections mentales*. — et divorce, par Morroir, 429.
Syringomyélie, arthropathie de l'épaule, par Brissaud et Bruandet, 56. Lésions de — trouvées à l'autopsie d'un paralytique général, par Joffroy et Gombault, 64. — avec chéirométalie, par Raymond et Guillain, 163.
Système lymphatique. Voir *Moelle*. — nerveux ; voir *Anatomie pathologique*. — nerveux ; voir *Méthode*.

Tabès. A propos du cytodiagnostic du —, par Widal, Sicard et Ravaut, 53. —. Voir *Moelle*. —. Voir *Paralysie générale*. Les formes fébriles du —, par Faure, 277. Contribution à la thérapeutique du —. Le nitrite de soude, par Oberthür et Bousquet, 278. Un cas d'association du — à la paralysie générale, par Joffroy et Rabaud, 414. Rapport du — avec la paralysie générale, par Curioni, 502.
Tabétique. Monstrueuse déformation du tibia droit en fourreau de sabre chez un —, par Sabrazès, 57.
Tétanos. Un cas de — céphalique avec paralysie faciale et oculaire ; guérison, par Haltenhoff, 425. Un cas de — céphalique avec diplégie faciale, par Bouchaud, 426.
Thrombose. Observation de — autochtone des sinus, par Good, 322.
Tibia. Voir *Tabétique*.
Tics. Forme clinique des — unilatéraux de la face, par Cruchet, 264. Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques — de l'enfance, par Meige et Feindel, 274. — de clignement, voir *Migraine*. — des lèvres, chéilophagie, chéilophobie, par Meige, 415. — convulsif avec coprolalie, par Morel de Litchfield, 424. — tonique du membre supérieur droit, par Rudler, 497. — et stéréotypies de léchage chez l'homme et chez le cheval, par Rudler et Chomel, 499.
Torticolis. Sur un cas de — congénital avec autopsie et examen histologique du système nerveux, par Gallavardin et Savy, 482.
Toux hystérique. L'attaque convulsive de —, par Abadie et Grenier de Cardenal, 349.
Trac. Un cas de — chez un musicien, par Farez, 511.
Traumatisme. Voir *Délire*.
Tremblements. Contribution à l'origine corticale des —, par Massalongo, 62.
Trional. Traitement par le —, et addition au même mémoire, par Wolff, 355.
Trophœdème chronique acquis et progressif, par Sicard et Laignel-Lavastine, 55.
Trophœdème hystérique, par Lannois et Lançon, 495, — chronique chez une épileptique, par Lannois, 495.
Troubles. Voir *Tumeurs*. Aperçu médico-légal sur les — mentaux post-traumatiques, par Marie et Viollet, 167. Nouvelles communications sur les — de perception des distances en profondeur, par Pick, 328. — de la sensibilité dans les états neurasthéniques et mélancoliques, par Dubois, 413. — dysarthriques permanents chez un enfant épileptique, par Decroby, 418. — intellectuels et catatonie, par Peeters, 419.
Tuberculose. Voir *Spondylose*.
Tumeurs. Les manifestations des — du cervelet, par Duret, 64. Sur les manifestations des — du lobe occipital et du lobe temporo-sphénoïdal, par Duret, 66. — (des plexus choroïdes) du quatrième ventricule avec vomissements incoercibles et fécaloïdes, par Paviot, 66. Deux cas de — du nerf auditif, par Lépine, 66. — Voir *Vomissements*. Troubles auditifs dans les — cérébrales, par Souques, 164. — cérébrale chez une femme de soixante-dix-huit ans, par Madison, 489. Une ob-

servation, de — métastatiques dans la deuxième frontale et la frontale ascendante gauches, par Channing et Knowlton, 489. — du corps pituitaire. Voir *Acromégalie*.

Vagabonds. Les psychoses des —, par Wilmanns, 407.

Ventricules latéraux. Considérations sur l'ampliation des — dans les maladies mentales, par Marchand, 421.

Vermont. Phases médico-légales de la loi de — en ce qui concerne l'observation des criminels aliénés, par de Berry, 428.

Véronal. Communications sur le —, par Matthey, 432. Essais cliniques avec le —, par Spielmeyer, 432. Expériences avec le — dans les états d'agitation des paralytiques généraux, par Abraham, 432.

Vie sexuelle. Voir *Obsessions*.

Vision corticale. Leçons de choses sur la physiologie de la —, par Hitzig, 328.

Vol avec escalade et effraction. Simulation d'aliénation mentale. Rapports médico-légaux, par Lentz et de Bœck, 430.

Vomissements incoercibles et fécaloïdes au cours d'une tumeur des plexus choroïdes du IVe ventricule, par Paviot, 150.

Voix eunucoïde. Un cas de — de l'ictus dans l'hémiplégie, par Grasset, 426.

Willis. Les anomalies de formation du cercle artériel de —, leur fréquence et leur signification chez les aliénés, par Wyroubow, 323.

Winogradsky. Recherche des microbes de — dans un cas d'ostéomalacie sénile, par Lacomme, 68.

Yeux. Déviation conjugée des — avec rotation en sens opposé de la tête, par Roussy et Gauckler, 163.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Abadie, 349.
Abraham, 432.
Achard, 509.
Ahrens, 320.
Alter, 151, 338.
Altschul, 67.
Alzheimer, 403.
Amouroux, 193.
Appert, 497.
Audry, 494.

Babinski, 510.
Ballet, 76, 162.
Bancel, 479.
Barjon, 58.
Bartels, 332.
Bauer, 52, 244.
Beaunis, 176.
Becheterew, 158, 160, 326, 343, 346, 350, 413.
Benaky, 385.
Berger, 54.
Bériel, 493.
Bernhardt, 422.
Bernheim, 343.
Berillon, 83, 176, 179, 264, 266.
Bertrand, 350.
Berry (de), 428.
Beesau, 433.
Beutter, 485, 489.
Biafchi, 181.
Bianchini, 498.
Bielitzky, 156.
Bielschowsky, 340.
Bienfait, 427.
Binet-Sanglé, 179.
Biondi, 427.
Bischoff, 344.
Bloch, 182.
Bœck, 430.
Boissier, 1, 130.
Bombes de Villiers, 70.
Bonnamour, 491.
Bonnet, 82.
Bonnier, 53, 74, 239.
Bouchaud, 426.
Boudin, 455.
Boulud, 487.
Bourdon, 178.
Bourneville, 461.
Bousquet, 278.
Boutenko, 84, 173.
Bra, 61.
Bramvwell, 356.
Brecy, 63, 243.
Briche, 277.
Bridier, 486.
Brissaud, 56, 63, 243, 244, 488.
Bruandet, 56, 488.
Bruck (de), 401.

Cabannès, 249, 268.
Calmette, 55.
Cappeletti, 361.
Carlisle, 502.
Caudron, 277, 390, 417.
Cavaillon, 501.
Cayla, 56.
Ceni, 151.
Cestan, 53.
Channing, 489.
Chappet, 496.

Charvet, 479.
Chénais, 271, 405.
Chenzinski, 342.
Chomel, 265, 499.
Christian, 166, 167, 506.
Claparède, 53, 67, 245.
Clarence, 51.
Collet, 57, 411.
Corial, 503.
Coulonjou, 242, 243.
Courmont, 57.
Courtellemont, 76, 164.
Crocq, 247, 248, 261, 420.
Crouzet, 251.
Cruchet, 264, 510.
Cullerre, 244.
Curioni, 502.

Damoglou, 81.
Debray, 402.
Decroly, 418.
Déjerine, 74, 163.
Delektorsky, 170.
Demaye, 507.
Demouchy, 181.
Deny, 503.
Deperon, 437.
Destot, 494.
Devic, 52.
Dide, 405, 498.
Doran, 505.
Doutrebente, 241, 508.
Dubois, 413.
Dubourdieu, 279.
Ducrest de Villeneuve, 502.
Dumas, 435.
Dunton, 504.
Duprat, 166.
Dupré, 282, 414.
Dupuy-Dutemps, 427.
Durante, 79, 407, 501.
Duret, 64, 66.

Farez, 82, 83, 176, 178, 511.
Farrar, 489.
Faure, 277.
Feindel, 274, 497.
Féré, 193, 354.
Fisher, 489.
Flatau, 344, 347.
Foveau de Courmelles, 247.
Francillon, 354.
Freidmann, 325.

Gallavardin, 52, 63, 485, 500.
Garnier, 434.
Gartié, 335.
Gauckler, 74, 163.
Geljerslam, 510.
Gerhardt, 415.
Germain, 431.
Giraud, 242.
Glorieux, 431.
Goldstein, 280.
Gombault, 64.
Good, 322.
Gordinier, 489.
Grasset, 426.
Grenier de Cardenal, 348.
Gudden, 334.
Guillain, 62, 67, 74, 75, 163, 164.
Guiliarovsky, 172.

Halbron, 68.
Hall, 50.
Haltenhoff, 425.
Hartemberg, 202, 342.
Haskovec, 62, 498.
Haudrix, 350.
Heinicke, 408.
Hermann, 352.
Hirschberg, 54.
Hitzig, 328.
Hoche, 430.
Hœflmayr, 347.
Hospital, 434.
Hudovernick, 496.
Huet, 509.

Iwanoff, 60, 351.

Jaboulet, 499.
Janet, 497.
Jeanty, 480.
Joffroy, 64, 414.
Joire, 179.
Jones, 505.
Josserand, 493.
Joukowsky, 401.
Jourdan, 312.
Jouty, 88.

Kedzior, 351.
Kéraval, 252.
Klippel, 488.
Knowlton, 489.
Kopczynski, 54.
Kron, 332.

Lacomme, 68.
Ladame, 405.
Laignel-Lavastine, 65, 162, 232, 238, 407.
Lamion, 57.
Lamy, 278.
Lançon, 495.
Lannois, 60, 273, 481, 487, 491, 495, 496.
Laruelle, 405.
Legrain, 177.
Leitz, 394.
Lhermitte, 75, 163.
Lejars, 56.
Le Menant des Chesnais, 181.
Le Play, 503.
Lentz, 430.
Lépine, 66, 70, 411.
Léri, 77, 80, 248.
Leroy, 232, 449, 508.
Lesieur, 481.
Lévi, 340, 414.
Litchfield (de), 424.
Litkens, 335.
Lœvy, 154.
Londe, 409.
Lux, 180.

Mabille, 260.
Madison, 489.
Maëre (de) 435, 436.
Magnin, 82, 83, 180.
Mahaim, 403.
Majewska (de), 181.
Marandon de Montyel, 289, 420.
Marchand, 68, 241, 421, 508.
Marie (P.), 62, 67, 74, 77, 80, 164, 166, 167.
Marie, 232, 276, 361, 509.
Marinesco, 63.
Massalongo, 62.
Masselon, 231.
Matthey, 432.
Maugeret, 461.
Mauriquand, 69, 496.
Méeus, 419.
Meige, 54, 267, 274, 275, 415, 497.
Mirallié, 272.
Mollard, 493.
Morroir, 429.
Moskiewicz, 321.
Mucha, 350.
Muenzer, 396.

Nageotte, 61.
Negel, 65.
Newmark, 422.
Nissl, 154.

Noecke, 430.
Nolan, 481.

Oberthür, 270, 271, 278.
Odier, 402.
Ossipow, 325.

Pactet, 165.
Panegrossi, 55.
Page, 269.
Pagès, 55.
Panski, 423.
Papadaki, 435.
Papinian, 279.
Papovik, 496.
Parchon (M. et Mme), 403.
Parent, 434.
Parhon, 63, 91, 279, 280.
Paris, 369.
Patel, 501.
Paton, 504.
Paul-Boncour, 28.
Pauly, 394.
Paviot, 66, 69, 151, 487.
Peeters, 419.
Péchin, 52.
Pèhu, 55.
Pfister, 399.
Phulpin, 506.
Pic, 70, 491.
Pick, 51, 328, 336, 422.
Pickett, 160.
Picqué, 272.
Piéry, 425, 480.
Piltz, 1, 61, 348.
Plokhinsky, 339.
Porot, 57, 60, 490, 494.
Portougalow, 412.
Poussèpe, 162, 355.
Préobrajensky, 87, 174.
Privat de Fortunié, 169.
Probst, 433.
Rabaud, 414, 488.
Ramond, 509.
Ravaut, 53.
Raviart, 390, 277, 417.
Raymond, 74, 76, 97, 163, 497.
Renterchem (van). 167.
Richon, 57.
Riddler, 503.
Robineau, 249.
Roger, 270.
Rollin, 52.
Roncoroni, 401.
Rose, 75, 76.
Rosenfeld, 329.
Rossi, 151.
Roubinowitch, 506.
Roussy, 74, 163.
Roy, 211, 496.
Royet, 281, 491.
Rudler, 265, 497, 499.
Rusk, 504.

Sabrazès, 57.
Sala, 151.
Sano, 235.
Savy, 485.
Schaffer, 155, 395.
Schaikewitsch, 346.
Schatzky, 356.
Schnyder, 246.
Schroetter, 321.
Schuetz, 398.
Schuller, 338.
Shuttleworth, 285.
Sicard, 53, 55, 272.
Smidt, 356.
Sollier, 1, 130, 406.
Sorgo, 397.
Soukhanoff, 84, 173, 305, 414.
Souques, 164.
Spielmeyer, 432.
Spillmann, 488.
Spirtow, 336.
Spratling, 73.
Stecherback, 61, 156.
Steiner, 159.
Stembo, 81.
Storch, 319.
Swoboda, 179.

Taty, 242, 480.
Théohari, 65.
Thomas, 62, 74, 163.
Thomsen, 418.
Thomson, 70.
Tissié, 263.
Toulouse, 417, 507.

Urquhart, 504.

Vaschide, 411.
Viazemski, 80.
Viollet, 166, 16, 232, 361.
Vigouroux, 165, 360.
Vogt, 338.
Voisin, 81.
Vurpas, 166, 411, 417.

Wagner, 501.
Walter, 428.
Wedensky, 158, 503.
Weill, 65, 500.
Wesphal, 347.
Wherry, 506.
Wiazemsky, 177.
Widal, 53.
Wilmanns, 407.
Winfield, 304.
Wizel, 409.
Wolff, 355.
Wyroubow, 323, 329.

Young, 423.

Zanietowski, 351.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 10-1904.