

Διὰ συλλογισμῶν ἐρειδομένων ἐπὶ τῶν ἰδιοτήτων τούτων καὶ τῶν συνήθων ὑποθέσεων τῆς Τεχνικῆς Μηχανικῆς ἐπιτυγχάνεται ἡ ἄρσις τῆς στατικῆς ἀοριστίας τοῦ συστήματος, οἰοδηποτε βαθμοῦ, ὑπολογιζομένων γραφικῶς διὰ τοῦ κανόνος καὶ τοῦ διαβήτου τῶν ἀγνώστων ὑπερστατικῶν ἀντιδράσεων τῶν ὀφειλομένων εἰς τυχόν σύστημα φορτίσεως καὶ τυχούσαν μεταβολὴν θερμοκρασίας. Ἡ μέθοδος οὕσα ἀπολύτως γενικὴ ἐφαρμοζομένη δι' οἰοδηποτε τύπον συνεχοῦς τόξου, μορφῆς τυχούσης μὲ διατομὴν μεταβλητῆς ροπῆς ἀδρανείας, ὀλοσώμου ἢ δικτυωτοῦ, χρησιμοποιεῖ εἴτε τὴν Γραφοστατικὴν εἴτε τὴν Ἀνάλυσιν εἰς τὸν προσδιορισμὸν δύο σειρῶν ἐλλείψεων τῶν στηρίξεων καὶ τῶν τόξων καλουμένων : ἐξ ἀριστερῶν καὶ ἐκ δεξιῶν, ἐκφραζομένων ἀντιστοίχως τὴν ἐλαστικὴν σύνδεσιν τοῦ τόξου μὲ τὸ ἀριστερὸν τμήμα τῆς κατασκευῆς, τοῦ πρὸς τὰ δεξιὰ κατηργημένου νοερῶς καὶ ἀντιστρόφως. Αἱ ὑπερστατικαὶ ἀντιδράσεις λαμβάνονται ἐν συνεχείᾳ κατὰ τρόπον ἀπλοῦν ὡς ἀντιπολικαὶ εὐθειᾶ σημείων τινῶν περιστροφῆς ὡς πρὸς τινὰς ἐλλείψεις ἐλαστικότητος. Ἐκαστον τόξον ὑπολογίζεται κεχωρισμένως : εἰς τὰς ἀπ' εὐθείας ἐπ' αὐτοῦ ἐνεργούσας δυνάμεις, εἰς τὰς ἐκ τῶν παρακειμένων ἀνοιγμάτων μεταβιβαζομένας ἀντιδράσεις πρὸς δὲ καὶ εἰς μεταβολὴν θερμοκρασίας. Δι' ἐπιπροσθέσεως τῶν ἀποτελεσμάτων λαμβάνεται ἡ τελικὴ καμπύλη τῶν πιέσεων τοῦ συνεχοῦς τόξου καὶ τὸ πρόβλημα εὐρίσκεται λελυμένον ἐν ὅλῃ τῇ γενικότητι.

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ. — Sur un cas de myoclonie épilepsie (Syndrome d'Unverricht) traité par l'action saline*, suivant la méthode du Professeur Dontas (avec projection cinématographique), par **E. A. Catacousinos**, Neurologue de l'Hôpital «Évanghélismos». Ἀνεκοινώθη ὑπὸ τοῦ κ. Σπ. Δοντᾶ.

Ὁ κ. Σπ. Δοντᾶς, ἀνακοινῶν τὴν κατωτέρω ἐργασίαν τοῦ κ. Ε. Κατακουζινοῦ, λέγει τὰ ἑξῆς :

Εἰς πολλὰς ἀνακοινώσεις, γενομένας κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη ἐνώπιον τῆς Ἀκαδημίας, ἐξέθηκα τ' ἀποτελέσματα πειραματικῶν ἐρευνῶν μου ἐπὶ τῆς δράσεως μεγάλων δόσεων ὑπερτονικῶν ἢ ὑποτονικῶν διαλυμάτων οὐδετέρων ἀλάτων ἀπ' εὐθείας εἰς τὸ αἷμα εἰσαγομένων δι' ἐνδοφλεβίων ἐνέσεων. Ἐκ τῶν ἐρευνῶν τούτων εὐρέθη, ὅτι τὰ ἀνισότονα διαλύματα, διὰ τῆς ἀλυκῆς κυρίως ἐνεργείας, προκαλοῦσι λειτουργικὰς μεταβολὰς τῶν διαφόρων κυττάρων, κατ' ἐξοχὴν δὲ τῶν νευρικῶν, τῶν μᾶλλον εὐαίσθητων. Ἐκ τῶν ἐνδοφλεβίως ἐνιεμένων διαλυμάτων τὰ μὲν ὑπερτονικὰ φέρουσιν ἐλάττωσιν τῆς διεγερσιμότητος τῶν νευρικῶν κυττάρων, ὧν ἐπέρχεται ἀφυδάτωσις ὑπὸ τοῦ ὑπερτονικοῦ καθισταμένου αἵματος. Τοῦναντίον δὲ

* Ε. Α. ΚΑΤΑΚΟΥΖΗΝΟΥ.— Θεραπεία περιπτώσεως μυοκλονικῆς ἐπιληψίας (συνδρομῆς τοῦ Unverricht) διὰ τῆς ἀλυκῆς ἐνεργείας.

τὰ ὑποτονικά διαλύματα αὐξάνουσι τὴν διεγερσιμότητα τῶν νευρικῶν κυττάρων συνεπεία τῆς οὕτω προκαλουμένης ὕδατώσεως αὐτῶν.

Μετὰ τὴν παρατήρησιν τοῦ γεγονότος τούτου, συνέστησα τὴν χρῆσιν τοιούτων ἐνέσεων, αἵτινες σημειωτέον εἶναι ἐντελῶς ἀκίνδυνοι, πρὸς θεραπείαν διαφόρων ψυχικῶν καὶ νευρικῶν παθήσεων, καθ' ὧν ἄλλως τε οὐδεμία ἄλλη λυσιτελής θεραπεία εἶναι μέχρι τοῦδε γνωστή. Πρὸς τοῦτο δὲ παρεκάλεσα καὶ προσωπικῶς πάντας τοὺς εἰδικοὺς συναδέλφους νὰ ἐφαρμόσωσι τὴν μέθοδον ἐπὶ ἀρρώστων των. Οἱ ὀλίγοι, οἵτινες πρῶτοι ἐφήρμοσαν τὴν νέαν ταύτην θεραπευτικὴν μέθοδον, ἔσχον εὐθὺς ἕξ ἀρχῆς εὐτυχῆ ἀποτελέσματα, ἅτινα καὶ ἀνεκοίνωσα ἐνώπιον τῆς Ἀκαδημίας τὴν 3ην Νοεμβρίου 1938. Μετὰ τὴν πρώτην ἀνακοίνωσιν ἤρχισε γινομένη εὐρύτερα ἐφαρμογὴ τῆς νέας θεραπευτικῆς μεθόδου, ὅχι μόνον ἐν Ἑλλάδι, ἀλλὰ καὶ ἐν τῇ ἀλλοδαπῇ, ἐδημοσιεύθησαν δ' εὐνοϊκώταται κρίσεις ὑπὸ ξένων ἐπιστημόνων.

Κατὰ δὲ τὴν ἐν τῇ Ἀκαδημίᾳ ἀνακοίνωσίν μου τῆς 1ης Φεβρουαρίου 1940 ἐπέδειξα τ' ἀποτελέσματα τῆς θεραπείας ἐπ' ἀρρώστων τοῦ Δημοσίου Ψυχιατρείου Ἀθηνῶν διὰ κινηματογραφικῆς ταινίας προβληθείσης ἐν τῇ αἰθούσῃ ταύτῃ.

Ἄλλὰ καὶ ἐπὶ ἄλλων νοσημάτων, ἐκτὸς τῶν ψυχικῶν καὶ νευρικῶν, ἐδοκιμάσθη ἡ περὶ ἧς ὁ λόγος μέθοδος. Οὕτως ἐν συνεργασίᾳ μετὰ τοῦ συναδέλφου Γ. Κοσμετάτου ἀνεκοινώσαμεν τῇ 1 Δεκεμβρίου 1939 τὴν ἐπίδρασιν τῶν ὑπερτονικῶν διαλυμάτων ἐπὶ τοῦ γλαυκώματος, τὴν δὲ 16ην Μαΐου 1940 ἀνεκοινώσαμεν μετὰ τοῦ ἱατροῦ Κ. Δρακονταειδῆ τὴν ἐπίδρασιν τῶν διαλυμάτων τούτων πρὸς θεραπείαν τῶν ὀφθαλμικῶν συμπτωμάτων εἰς τὰς ἐκ τῆς κινήσης δηλητηριάσεις.

Παρὰ πάσας δὲ τὰς εὐνοήτους ἐκ τοῦ πολέμου δυσχερείας, ἡ χρῆσις τῆς θεραπευτικῆς ταύτης μεθόδου ἐπεκτείνεται βαθμηδόν, χάρις εἰς τὰ ἐπιτυγχανόμενα ἀγαθὰ ἀποτελέσματα καὶ τὸ ὅλως ἀκίνδυνον αὐτῆς, ὥστε ἤδη ἐφαρμόζεται εἰς μεγαλύτεραν κλίμακα ὅχι μόνον ὑπὸ πολυαριθμοτέρων ἱατρῶν, ἀλλὰ καὶ ἐπὶ περισσοτέρων νοσημάτων διαφόρων κλάδων τῆς Ἰατρικῆς.

Μεταξὺ δὲ τῶν πρώτων ἐφαρμοσάντων τὴν περὶ ἧς ὁ λόγος μέθοδον εἶναι ὁ νευρολόγος καὶ ψυχίατρος Ἀγγελος Κατακουζηνός, ὅστις ὑπέβαλεν εἰς τὴν δι' ὑπερτονικῶν ἢ ὑποτονικῶν διαλυμάτων θεραπείαν πολλοὺς ἀρρώστους πάσχοντας ἐκ διαφόρων ψυχικῶν καὶ νευρικῶν νοσημάτων.

Αἱ πρῶται κλινικαὶ παρατηρήσεις τοῦ Α. Κατακουζηνοῦ περιλαμβάνονται εἰς προηγηθείσας ἀνακοινώσεις μου ἐν τῇ Ἀκαδημίᾳ. Ἰδιαιτέρως δ' ἀνεκοίνωσε κατὰ τὸ παρελθὸν ἔτος ὁ Κατακουζηνός τὰ ἀποτελέσματα τῆς θεραπείας ἐπὶ 50 παρκινσονικῶν εἰς ἐργασίαν του δημοσιευθεῖσαν ἐν τῇ Psychiatisch-Neurologische Wochenschrift (τεῦχος 45 τοῦ 1940). Εἰς τὴν ἐργασίαν ταύτην ἀναφέρει, ὅτι ἐπὶ τῶν ἀρρώστων τούτων, οἵτινες ἔπασχον ἐκ τῆς νόσου τοῦ Πάρκινσον ἀπὸ

πολλῶν ἐτῶν καὶ εἶχον ὑποβληθῆ ἑῖς πάσας τὰς γνωστὰς μέχρι τοῦδε θεραπείας ἄνευ οὐδεμιᾶς ὠφελείας, ἐπετεύχθη βελτίωσις τῆς καταστάσεως εἰς μᾶλλον ἢ ἦττον μείζονα βαθμὸν ἐπὶ τῶν 39 περιπτώσεων, ἤτοι εἰς ἀναλογίαν 78 %. Ἡ δὲ βελτίωσις τῆς καταστάσεως τῶν ἄρρωστων τούτων διὰ τῆς ἐφαρμογῆς τῆς ἡμετέρας μεθόδου διήρκει ἀπὸ ἐνὸς μέχρι πολλῶν μηνῶν καὶ μετὰ τὴν διακοπὴν τῆς θεραπείας. Ἡ μακροτέρα διάρκειά τῆς βελτιώσεως παρατηρήθη ἐπὶ προσφάτων περιπτώσεων μετεγκεφαλιτιδικοῦ παρκινσονισμοῦ καὶ ἰδίως ἐπὶ τῶν νεαρῶν ἀτόμων.

Ἡ ἠθικὴ ἱκανοποίησις καὶ ἡ ἀγαλλίασις, ἣν αἰσθάνομαι ὁσάκις ἀγγέλλεται νέα θεραπεία πάσχοντος, ἀποτελοῦσι τὴν ὑψίστην δι' ἐμὲ ἀμοιβήν. Τοῦτο δὲ πρὸ πάντων ὅταν ἐπιτυγχάνηται καταστολὴ νόσου ἐκ τῶν μέχρι τοῦδε ὡς ἀνιάτων καὶ ἀκαταμαχίτων θεωρουμένων, ὅπως εἶναι ἡ σχιζοφρένεια, ἡ μελαγχολία, ἡ νόσος τοῦ Πάρκινσον, ἡ ἐπιληψία, ἥς μίαν μορφήν ἐκ τῶν φοβερωτέρων, τὴν μυοκλονικήν, καλουμένην καὶ νόσον τοῦ Unverricht, θὰ γνωρίσητε σήμερον, ὅτε ἔχω τὴν τιμὴν νὰ ἐκθέσω ἐνώπιον ὑμῶν ἀνακοίνωσιν τοῦ Ἀγγέλου Κατακουζηνοῦ «Θεραπεία περιπτώσεως συνδρομῆς τοῦ Unverricht (μυοκλονικῆς ἐπιληψίας) δι' ἐνέσεων ὑπερτονικῶν διαλυμάτων χλωριούχου νατρίου» καὶ νὰ προβάλλω κινηματογραφικὴν ταινίαν παριστῶσαν τὴν ἄρρωστον πρῶτον μὲν ὅπως ἦτο πρὸ τῆς θεραπείας, ὅτε δὲν ἠδύνατο οὐδ' ἐπ' ἐλάχιστον νὰ ἡσυχάσῃ ἀπὸ τῶν ἐντόνων μυϊκῶν συσπάσεων, κατόπιν δὲ μετὰ τὸ ἐπιτευχθὲν ἀποτέλεσμα τῆς θεραπείας, γενομένης διὰ μιᾶς σειρᾶς ἐνδοφλεβίων ἐνέσεων ὑπερτονικῶν διαλυμάτων.

Sous le nom de myoclonie-épilepsie, Unverricht a décrit en 1891 une nouvelle forme d'épilepsie, caractérisée par la coexistence et l'évolution parallèle chez le même malade de crises comitiales et de secousses myocloniques, qui sont souvent généralisées et d'une intensité progressive. Depuis cette époque, cette nouvelle forme d'épilepsie est connue sous le nom de syndrome d'Unverricht. Et comme cet auteur avait observé cette affection, chez cinq membres de la même famille, il lui attacha un caractère familial.

Cette variété nouvelle d'épilepsie, a été observée depuis par de nombreux auteurs et c'est grâce à leurs travaux, qu'elle a acquis une personnalité et une place spéciale parmi les différentes myoclonies et surtout celles qui se manifestent chez un sujet épileptique. Parmi ces auteurs, Lundborg en 1904 ayant réuni et étudié toutes les observations connues, montrait que ce qui caractérisait surtout le syndrome d'Unverricht n'était pas le facteur familial, qui manquait fréquemment, mais son évolution progressive et fatale. C'est pourquoi il appelait cette affection myoclonie-épilepsie

progressive, ajoutant que pendant celle-ci, la guérison n'avait jamais été observée. Suivant cet auteur, ce syndrome, lorsqu'il est typique, évolue en trois stades. Au début se présentent les crises comitiales. Quelque temps après, les secousses myocloniques font leur apparition et deviennent de plus en plus intenses. Enfin, dans un troisième stade, le malade ne pouvant plus quitter le lit et secoué continuellement par les mouvements myocloniques, sombre petit à petit dans la cachexie et il meurt.

Depuis cette description par Lundborg et malgré la publication de plusieurs observations pareilles par différents auteurs, cette affection est considérée toujours en pratique, comme une trouvaille clinique rare. Dans ces observations, les malades ont été soumis à différentes médications, sans résultat appréciable et durable. Certains auteurs seulement, comme Crouzon, Bouttier et Basch, Abadie et Molin de Teyssieu, Krebs et quelques autres, ayant employé la phenylethyl-malonylurée sous la forme commerciale de Gardenal et Luminal, ont obtenu une certaine amélioration des mouvements myocloniques, qui n'a duré que pendant le traitement. Des résultats analogues ont été rapportés aussi par Bresler et sont dûs à la médication bromurée. Mais en dehors de ces cas, où une amélioration légère et passagère a été signalée, tous les auteurs sont d'accord pour affirmer, que dans cette affection, aucun résultat satisfaisant et durable n'a été obtenu, malgré l'emploi de toutes les médications connues.

Ayant eu l'occasion d'observer à l'hôpital «Evangelismos» un cas typique de syndrome d'Unverricht, j'ai l'honneur de le communiquer aujourd'hui, non seulement parce qu'il s'agit d'une rareté clinique, mais surtout parce que, ayant soumis le malade au traitement par l'action saline, suivant la méthode bien connue de Monsieur Dontas, Professeur à la Faculté de Médecine et membre de l'Académie, j'ai pu constater des résultats vraiment extraordinaires dont on peut se rendre compte, par le film cinématographique, qui sera projeté au cours de cette communication. L'histoire de ce malade est la suivante :

P. K. jeune fille âgée de 17 ans. Vient me consulter, accompagnée et soutenue par son père, qui me raconte, que sa fille est atteinte depuis 8 ans d'épilepsie et de mouvements involontaires et désordonnés de tout le corps, qui rendent la marche difficile et provoquent souvent la chute et le traumatisme de son enfant. Elle rentre le 16 Juillet 1940 dans le service pathologique de Mr. Lorandos à l'hôpital «Evangelismos».

Antécédents héréditaires.— Son père est en bonne santé, il n'est pas buveur, pas syphilitique. Mère vivante, bien portante, n'a jamais eu de fausses couches. Aucune maladie nerveuse ou mentale dans la famille. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels — Née à terme. A marché et parlé normalement. Pas de convulsions dans l'enfance. Rougeole à 6 ans, évolution normale. A 8 ans, accès paludéen.

A l'âge de 9 ans, durant la nuit, apparaît le premier accès comitial. L'enfant pousse un cri, son visage est pâle, et perd connaissance. Le lendemain ne se rappelle de rien. Depuis, presque tous les mois et pendant deux ans, a un accès comitial nocturne typique avec parfois perte des urines. A l'âge de 12 ans, l'enfant présente pour la première fois des mouvements brusques, involontaires et désordonnés, qui au début étaient légers, intermittents et se montraient seulement aux membres supérieurs, mais petit à petit devenaient plus fréquents et s'étendaient aussi aux membres inférieurs. Ces mouvements ont été remarqués surtout au cours des repas par les parents, qui, croyant au début à une maladresse de leur fillette, l'avaient punie bien souvent. Peu à peu, ces mouvements augmentaient d'intensité, d'amplitude et de nombre et, s'étendant davantage aux membres inférieurs, rendaient la marche difficile et provoquaient parfois la chute de l'enfant. Ainsi, un an après le début de cette maladie, la petite fille ne peut plus courir, tombe et se blesse parfois gravement. En même temps, apparaît une gêne de l'écriture et à treize ans l'enfant ne peut plus écrire. Les mouvements s'étendent entre temps aux muscles du tronc et de la nuque, la parole et parfois la mastication deviennent difficiles et à 14 ans la malade est obligée d'être confinée au lit.

Pendant ce temps les accès comitiaux continuaient plusieurs fois par mois.

État actuel.— La malade ne pouvant pas se tenir debout ni même assise sur son lit reste toujours couchée. Elle sort rarement de la salle, soutenue par la soeur ou appuyée sur le mur. Le visage et les membres sont couverts d'échymoses, provoquées par les chutes. Pendant que la malade reste calme pour quelques secondes dans son lit, se déclenchent subitement des mouvements cloniques involontaires et brusques, comme si elle venait d'être secouée par un violent courant électrique. Ces mouvements se localisent surtout sur les membres, mais peuvent occuper aussi

tout le corps. Parfois, ils sont légers et s'épuisent vite, mais parfois ils ont par contre une forme paroxystique, deviennent plus intenses, s'étendent vite sur tout le corps, n'ont aucune synergie et provoquant le déplacement des membres, durent ainsi plusieurs secondes.

Pendant ces mouvements, la tête est rejetée habituellement en arrière, butant contre le lit ou le mur, pour retomber avec violence sur la poitrine. Parfois la contraction des sternocléidomastodiens, amène celle-ci brusquement vers les épaules. Les membres supérieurs sautent brusquement, pour se croiser parfois devant la poitrine, ou se fléchissent seulement, si les mouvements cloniques sont plus atténués. Les membres inférieurs s'élèvent et se fléchissent sur le tronc, qui lui aussi rebondit brusquement pour retomber de nouveau sur le lit. Pendant ce temps, la respiration est bruyante et irrégulière, la parole impossible. On remarque sur la face et surtout sur les paupières et les lèvres des secousses myocloniques, mais la figure n'est pas grimaçante comme celle d'une athétose double. Parfois, la malade surprise par ces secousses cloniques au cours des repas, se mord quelquefois la langue, mais elle conserve toujours sa conscience. Rarement ces secousses intéressent seulement les mains et les pieds et dans ce cas elles provoquent des mouvements surtout de flexion. Ce déclenchement paroxystique des mouvements myocloniques est plus fréquent et plus intense, quand la malade ferme les yeux et sous l'influence d'une émotion, comme par exemple celle qui provoque la visite médicale. Il en est de même, lorsqu'on expose la malade à une forte lumière et aussi pendant les mouvements volontaires. Les secousses sont plus fortes et plus fréquentes vers le soir et deviennent plus rares le matin. Pendant le sommeil, elles sont rares et très légères, mais elles arrivent tout de même quelquefois à l'interrompre. Entre ces crises et si le calme relatif a une durée suffisante, la malade parle normalement et peut se lever de son lit et marcher, avec l'aide de quelqu'un. Sa marche alors présente une grande instabilité. La malade écarte les jambes et s'efforce pour ne pas perdre son équilibre. Après quelques pas, elle est surprise par de violentes secousses. Ses genoux fléchissent brusquement, les jambes se dérobent et elle tomberait si on ne la soutenait pas. La marche devient encore plus difficile, si la malade est émotionnée ou si elle est exposée au soleil. Ces mouvements cloniques deviennent toujours plus intenses, avant chaque crise comitiale et avant les règles.

Examen neurologique. — Pupilles égales. Réflexes normaux de deux

côtés. Pas de nystagmus. Paires craniennes normales. Aucun trouble de la motilité active ou passive. Réflexes tendineux vifs. Cutanés et périostés normaux. Masses musculaires et force musculaire normales. Pas de troubles cérébelleux, tant que la malade est en période de calme. Pas de troubles de la sensibilité. Du côté des autres systèmes, rien de particulier. Tension artérielle. $\frac{13}{7}$ au Vaquez. Température normale. La percussion des masses musculaires, surtout aux mollets, provoque des secousses fasciculaires, qui tantôt s'épuisent immédiatement, tantôt se transforment en myoclonies et s'étendent sur tout le membre et même le corps entier. Réaction de Wassermann négative. Urée dans le sang 0,18 ‰. Chlorures dans le sang et les urines et calcium dans le sang normaux. Liquide céphalorachidien normal qualitativement et quantitativement.

La malade présente un léger syndrome psychasthénique. Elle préfère la solitude et n'aime pas beaucoup parler avec les autres malades de la salle. Elle est triste, pleure facilement et répond très difficilement à nos questions. Elle présente un léger déficit de ses facultés intellectuelles.

Avant son entrée à l'hôpital, la malade avait pris du luminal pendant longtemps sans résultat appréciable. Pour contrôler l'action de la phenylethyl-malonylurée, nous lui en avons donné, par voie buccale et en injections en grandes doses. Tant que la malade était sous l'influence de ce médicament, on remarquait une grande amélioration de ses crises convulsives, qui devenaient beaucoup moins fréquentes et d'une forme plus atténuée, tandis que les mouvements myocloniques ne s'amélioraient que très peu. Notre malade avait toujours ses secousses cloniques, mais à un degré moindre d'intensité et d'ampleur. Nous avons ensuite cessé le luminal et nous avons soumis la malade au traitement par des injections intraveineuses d'une solution hypertonique de chlorure de sodium à 50 ‰ et à la dose de 250 c. c. par jour. Or, après la 5^{ème} injection déjà, nous avons constaté une amélioration appréciable surtout des mouvements myocloniques. Après la 8^{ème} injection, l'amélioration était encore plus nette. On ne constate plus les paroxysmes cloniques et les secousses sont devenues moins fréquentes, ne se généralisent pas et n'intéressent presque plus que les membres supérieurs. La malade se lève et marche maintenant toute seule. Elle n'a eu pendant ce temps aucune crise comitiale. Mais, à la suite de la 11^{ème} injection et sans aucune raison apparente, l'état de la malade s'est aggravé très rapidement, de façon que, dans quelques jours et malgré le traitement continu,

les mouvements cloniques ont retrouvé leur premier degré d'intensité, d'ampleur et de fréquence. En même temps les crises convulsives, surtout nocturnes, ont de nouveau fait leur apparition. Nous avons alors remplacé le chlorure de sodium par une solution de bromure de sodium à 5%. Dès les premières injections, la malade a présenté une grande amélioration. Nous avons fait en tout dix injections de BrNa de 250 c.c. chacune et l'amélioration constatée était pareille à celle qui avait fait suite au premier traitement par le chlorure de sodium. Depuis tout traitement était suspendu pendant 25 jour. Pendant ce temps, l'amélioration s'est maintenue stable au début, mais peu à peu le nombre et la fréquence des mouvements myocloniques augmentaient. La malade est soumise alors à une nouvelle série de 20 injections de la même solution de chlorure de sodium. A la suite de ce traitement, nous avons constaté une amélioration extraordinaire. La malade en position couchée ne présente plus aucun mouvement myoclonique. Son visage est calme, sans la moindre secousse musculaire. Après plusieurs minutes de calme parfait, on peut apercevoir seulement de petites secousses localisées sur les orteils des pieds et de plus légères encore et intermittentes qui occupent les jambes et les cuisses. Aux membres supérieurs, ces secousses sont aussi très légères et intéressent surtout le pouce de la main gauche, tandis qu'à droite elles sont tellement faibles qu'elles deviennent presque imperceptibles. Ces secousses augmentent légèrement de nombre et d'intensité, quand la malade exécute un mouvement volontaire ou passif, quand elle ferme les yeux et aussi sous l'influence d'une émotion, mais elles n'arrivent jamais à provoquer un mouvement et s'épuisent vite. La malade se lève et marche normalement. Elle monte et descend l'escalier avec facilité. En même temps les troubles psychiques ont disparu. Elle ne présente plus aucun signe de dépression psychique. Elle est au contraire gaie, bavarde avec les autres malades et répond avec empressement à nos questions. Elle nous affirme qu'elle se sent très bien et voudrait retourner chez ses parents.

Pendant un mois que la malade est restée encore dans le service, cette amélioration était stable. Depuis sa sortie de l'hôpital, le 20 Octobre 1940, nous avons appris qu'elle a présenté une légère rechute, mais comme elle était partie dans son pays nous ne l'avons plus revue et nous manquons de nouvelles sur son état actuel.

D'après notre pratique et celle des autres confrères sur la méthode du

Professeur Dontas, nous pensons qu'une seule série d'injections n'est pas suffisante pour obtenir des résultats satisfaisants, mais qu'il faut répéter ce traitement à des intervalles plus ou moins grands pour avoir des résultats plus durables.

Dans l'histoire de cette malade, qui vient d'être exposée, nous retrouvons groupés tous les caractères cliniques spéciaux de la myoclonie-épilepsie, ce qui nous permet de classer notre cas parmi les rares typiques syndromes d'Unverricht. Ainsi l'âge et le sexe de notre malade, l'apparition d'abord des crises convulsives et après un certain temps celles des secousses cloniques généralisées, avec leur physionomie clinique si caractéristique, constituent la symptomatologie classique de ce syndrome. Ce tableau clinique est si caractéristique qu'il permet de différencier facilement notre cas des autres affections qui présentent avec lui des points de ressemblance et de le séparer des autres groupes myocloniques de l'épilepsie. L'absence du facteur familial de notre observation non seulement ne peut point influencer le diagnostic, mais elle prouve pour une fois encore que ce facteur est secondaire et qu'on ne le rencontre pas toujours dans le syndrome d'Unverricht. Il y a pourtant un fait dans l'histoire de cette malade qu'on ne rencontre pas dans les vrais syndromes d'Unverricht. En effet, tandis que suivant la conception classique dans l'évolution de ce syndrome on n'observe qu'une aggravation progressive sans aucune période de véritable amélioration, chez notre malade, grâce à l'application de la méthode du professeur Dontas, l'évolution de cette affection a été arrêtée presque complètement pendant plus d'un mois. Ainsi c'est la première fois, d'après la bibliographie consultée, qu'une amélioration pareille a été obtenue, au cours d'un vrai syndrome d'Unverricht, car les résultats thérapeutiques publiés jusqu'aujourd'hui et obtenus surtout par l'emploi de la phenylethylmalonylurée furent si pauvres et d'une si courte durée qu'ils sont loin d'être comparés aux nôtres.

Notre observation est aussi très intéressante d'un autre point de vue. En effet, l'amélioration obtenue chez notre malade, provoque certaines réflexions, en ce qui concerne la physio-pathologie et le substratum anatomoclinique de la myoclonie-épilepsie. Ainsi est il logique de se demander, comment pourrait-on expliquer, une si grande et rapide amélioration chez notre malade atteinte depuis huit ans d'une maladie, qui est considérée comme un syndrome anatomo-clinique, rentrant dans le groupe des sclé-

PROJECTION CINÉMATOGRAPHIQUE



A. — Avant le traitement

1. La malade est soutenue par les internes du service car elle ne peut pas se tenir debout ni marcher à cause des secousses myocloniques.
2. Le tronc et les membres sont secoués par les myoclonies.



B. — Après le traitement

1. La marche a été rétablie complètement. La malade marche et court avec grande facilité.
2. L'expression de son visage est normale. La malade regarde le soleil sans avoir aucune myoclonie.

roses cérébrales. Il serait donc permis de supposer que les troubles cliniques dans le syndrome d'Unverricht, ne sont pas toujours dûs à des lésions anatomiques comme les scléroses cérébrales. De l'autre côté, comme l'amélioration a été obtenue chez notre malade sous l'influence de l'action saline d'une solution hypertonique, qui, d'après les travaux du professeur Dantas, provoque par le mécanisme de l'osmose la diminution de l'excitabilité de la cellule nerveuse et son désintoxication, nous pouvons penser, que parfois la myoclonie épilepsie, au moins dans les premiers stades de son évolution, pourrait être dûe très probablement, rien qu'à des troubles biochimiques de la cellule cérébrale. Cette supposition serait encore plus valable dans les cas comme le nôtre, où les crises convulsives et les mouvements myocloniques ne s'accompagnent pas de troubles nerveux définitifs. (pyramidaux-extra-pyramidaux et autres). Dans ces conditions, notre cas viendrait à l'appui de l'opinion de Dide, qui, se basant sur des observations histologiques, pense que les mouvements myocloniques au cours du syndrome d'Unverricht, sont dûs, à des troubles osmotiques des cellules médullaires.

Ainsi, grâce au traitement par l'action saline, non seulement nous avons obtenu des résultats admirables chez une malade atteinte d'une affection inguérissable, mais en même temps, il nous a été permis de faire certaines réflexions sur la physiopathologie et la personnalité anatomoclinique du syndrome d'Unverricht.

ΠΕΡΙΛΗΨΙΣ

Ὡς γνωστόν, ἡ συνδρομὴ τοῦ Unverricht ἢ προϊούσα μυοκλονικὴ ἐπιληψία κατὰ Lundborg, ἀνήκει εἰς τὴν ὁμάδα τῶν ἀνιάτων νόσων τοῦ νευρικοῦ συστήματος.

Ἡ ἐξέλιξις αὐτῆς εἶναι προϊούσα καὶ οὐδεμία θεραπεία κατάρθρωσε μέχρι σήμερον νὰ ἐπιφέρῃ κατ' αὐτὴν πραγματικὰ ἀποτελέσματα.

Μίαν τοιαύτην τυπικὴν καὶ πλήρη συνδρομὴν παρατηρήσαμεν καὶ ἐμελετήσαμεν ἐν τῷ Νοσοκομείῳ «Εὐαγγελισμός» παρὰ ἀσθενῆ νοσηλευομένη ἐν τῇ Παθολογικῇ Κλινικῇ τοῦ ἐπ. Καθηγητοῦ Ν. Λοράνδου. Ἡ ἀσθενὴς αὕτη νεάνις 17 ἐτῶν ἔπασχεν ἀπὸ δετίας ἐξ ἐπιληπτικῶν παροξυσμῶν, συνοδευομένων ἀπὸ δετίας καὶ ὑπὸ μυοκλονικῶν κινήσεων, αἵτινες κατ' ἀρχὰς μὲν ἐδυσχέραινον τὰς βουλητικὰς κινήσεις τῆς ἀσθενοῦς (κινήσεις χειρῶν κατὰ τὸ φαγητόν, τὴν γραφὴν κλπ.) καὶ τὸ βάδισμα αὐτῆς, σὺν τῷ χρόνῳ ὅμως ἠϋξήσαν εἰς ἔντασιν καὶ συχνότητα εἰς τοιοῦτον σημεῖον, ὥστε ἀπὸ 2 ἐτῶν ἀναγκάζουν τὴν ἀσθενῆ νὰ παραμένῃ πλέον διαρκῶς κλινήρης.

Ἡ ἀσθενὴς, σειομένη συνεχῶς ὑπὸ τῶν μυοκλονικῶν σπασμῶν, ἀδυνατεῖ σχεδὸν νὰ ἐγερθῇ καὶ νὰ βαδίσῃ. Ἐκ τῆς ἀντικειμενικῆς ἐξετάσεως τοῦ νευρικοῦ συστήματος οὐδὲν ἕτερον παρουσιάζει, πλὴν ἐλαφροῦς ψυχοσθενικῆς συνδρομῆς. Αἱ δὲ ἐργαστηριακὰ ἐξετάσεις ἀπέβησαν ἀρνητικαί.

Ἡ ἀσθενὴς ὑπεβλήθη κατ' ἀρχὰς καὶ ἐπ' ἀρκετὸν χρόνον εἰς θεραπείαν διὰ λουμινάλης δι' ἐνέσεων καὶ διὰ τοῦ στόματος. Ἐπετεύχθη μὲν βελτίωσις τῶν ἐπιληπτικῶν παροξυσμῶν, οὐχὶ ὅμως ἱκανοποιητικὴ τοιαύτη καὶ τῶν μυοκλονικῶν σπασμῶν, αἵτινες ἐξηκολούθουν σχεδὸν ὡς καὶ πρότερον.

Ἀντιθέτως ἡ θεραπεία διὰ 20 ἐνδοφλεβίων ἐνέσεων ὑπερτονικοῦ διαλύματος χλωριούχου νατρίου, ἐπέφερον ἐξαιρετικὰ ἀποτελέσματα. Τόσον οἱ ἐπιληπτικοὶ παροξυσμοί, ὅσον καὶ αἱ μυοκλονικαὶ κινήσεις ἐξηφανίσθησαν σχεδὸν τελείως.

Ἡ ἀσθενὴς ἐπὶ ἓνα μῆνα, κατὰ τὸν ὅποῖον παρέμεινεν ἀκόμῃ ἐν τῷ Εὐαγγελισμῷ μετὰ τὴν ἀνωτέρω θεραπείαν, ἐβάδιζε καὶ ἐκινεῖτο ἐλευθέρως, παρουσιάζουσα μόνον, κατ' ἀραιὰ χρονικὰ διαστήματα, λίαν ἐλαφρὰς καὶ συνήθως μόλις ἀντιληπτὰς κλονικὰς κινήσεις. Ἐπίσης αἱ ἐλαφραὶ ψυχασθενικαὶ διαταραχαὶ ἐξέλιπον τελείως. Τοιοῦτοτρόπως διὰ πρώτην φοράν διαπιστοῦνται τοιαῦτα ἐξαιρετικὰ θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα εἰς τὴν συνδρομὴν τοῦ Unverricht, χάρις εἰς τὴν ἐπιβληθεῖσαν θεραπείαν διὰ τῆς ἀλυκῆς ἐνεργείας. Διότι τὰ μέχρι τοῦδε ἐπιτευχθέντα διὰ διαφόρων φαρμάκων καὶ ἰδίως τῶν βαρβουτουρικῶν, ὑπῆρξαν λίαν πενιχρὰ καὶ εἰς βαθμὸν καὶ εἰς διάρκειαν.

Ἡ ἐξαιρετικὴ αὕτη βελτίωσις, ἡ ὁποία ἐπετεύχθη παρὰ τῆ ἀσθενεῖ ταύτῃ ἐπιτρέπει εἰς ἡμᾶς νὰ ἐκφέρωμεν μίαν γνώμην ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὸ ἀνατομοκλινικὸν πλαίσιον τῆς συνδρομῆς τοῦ Unverricht καὶ νὰ διερωτηθῶμεν μήπως κατὰ τὰς τυπικὰς περιπτώσεις, ὅπως ἡ ἡμετέρα, καὶ εἰς τὰ ἀρχικὰ τοῦλάχιστον στάδια τῆς νόσου ταύτης, αἱ παρατηρούμεναι διαταραχαὶ δὲν ὀφείλονται εἰς τὰς σκληρυντικὰς ἀλλοιώσεις, αἵτινες χαρακτηρίζουν ἀνατομοπαθολογικῶς τὴν συνδρομὴν τοῦ Unverricht, ἀλλὰ μόνον εἰς βιοχημικὰς καὶ πιθανώτατα ὡσμωτικὰς διαταραχὰς τῶν νευρικῶν κυττάρων.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNVERRICHT.— Die Myoclonie. Leipzig und Wien, 1891.
2. LUNDBORG.— La myoclonie épilepsie (myoclonie d'Unverricht). *Neurol. Centralb.* N° 4, 1904.
3. M. DIDE.— Myoclonie et épilepsie. *Soc. de Neurol.* 9 Juillet 1914.
4. SOUQUES.— Dissociation thérapeutique des accès convulsifs et des secousses continues interparoxystiques dans un cas d'épilepsie de Kojewnikoff. Raison de cette dissociation *Soc. de Neurol.* 12 Janvier 1922.
5. CROUZON, H. BOUTTIER ET G. BASCH.— Un cas familial d'épilepsie myoclonie. *Soc. Med. des Hôp.* 24 Nov. 1922, p. 1620.
6. J. SICARD ET J. LERMOYEZ.— Myoclonie-épilepsie non familiale. *Soc. Med. des Hôp.* 22 Dec. 1922, p. 1753.
7. CROUZON ET BOUTTIER.— Un cas d'épilepsie myoclonie. *Soc. Med. des Hôp.* 25 Fevrier 1921, p. 278.
8. ABADIE ET MOLIN DE TEYSSIEU.— Un cas de myoclonie-épilepsie. *Soc. Med. des Hôp.* 27 Janv. 1922, p. 179.
9. L. MARCHAND.— Les myoclonies épileptiques. *L'Encéphale.* Avril 1934, p. 217.
- 10 SP. DONTAS.— Applications therapeutiques de l'action saline. A. Traitement de l'épilepsie, de la schizophrénie et de diverses affections nerveuses et mentales par l'action saline. *Praktika de l'Académie d'Athènes* 1938, 13, p. 610.
— B. Traitement des maladies mentales et nerveuses par des injections

intraveineuses de bromure de Sodium. *Praktika de l'Académie d'Athènes*, 1939, 14, p. 66.

11. SP. DONTAS.—Applications therapeutiques de l'action saline. 4^{me} communication. Resultats du traitement des maladies mentales et nerveuses par une méthode physiologique. *Extrait des Praktika de l'Académie d'Athènes*, 15, 1940 p. 29.
12. E. A. CATACOUZINOS.—Die Therapie der Parkinsonschen Erkrankungen nach dem Dontasschen Verfahren. *Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift*, 1940 N^o 45.

**ΛΑΟΓΡΑΦΙΑ.—'Υπολείμματα τῆς λατρείας τοῦ Ἀδώνιδος ἐν Μυκόνῳ.
'Ο Κραντωνέλλος*, ὑπὸ Στεφάνου Ι. Μακρουμιχάλου. Ἀνεκρινώθη
ὑπὸ τοῦ κ. Γρ. Ξενοπούλου.**

Εἶναι γνωστὸν ὅτι ἡ λατρεία τοῦ Ἀδώνιδος μετηνέχθη ἐκ τῆς Ἀσίας κατ' ἀρχὰς εἰς τὰς Κυκλάδας Νήσους¹ καὶ ἐκεῖθεν μετεδόθη εἰς ὀλόκληρον τὴν Ἑλλάδα. Τὰ «Ἀδώνια» ἐτελοῦντο μεγαλοπρεπῶς ἐν Ἀθήναις περὶ τὰ τέλη Μαρτίου οἱ δὲ ἑορτασταί, ἢ μᾶλλον αἱ ἑορτάστριαι,—διότι τὰ «Ἀδώνια» ἦσαν ἑορτὴ τῶν γυναικῶν καὶ ἰδίᾳ τῶν ἐπαιρῶν—ἐκόμιζον ἐπὶ νεκρικῆς κλίνης κήρινα εἰδώλια τοῦ θεοῦ τὰ ὁποῖα ἐστόλιζον διὰ θριδάκων καὶ μαράθρων. Τὰ εἰδῶλα ταῦτα περιέφερον ἀνὰ τὰς ὁδοὺς κοπτόμεναι καὶ ψάλλουσαι θρηνώδεις ὕμνους «ἀδωνίδια» καλουμένους, ἔριπτον δὲ κατόπιν τὰ εἰδῶλα εἰς πηγὰς καὶ ποταμούς. «Ἀδώνια γὰρ ἦγον αἱ γυναῖκες τότε, ἀναφέρει ὁ Πλούταρχος ἐν Νικίᾳ (XXXVIII, 13, 7) καὶ προῦκειτο πολλὰ χόθεν τῆς πόλεως εἰδῶλα καὶ ταφαὶ περὶ αὐτὰ καὶ κοπετοὶ γυναικῶν ἦσαν». Τὴν ἐπομένην, ἢ κατ' ἄλλους μετὰ τινος ἡμέρας, ἐτελεῖτο ἑτέρα ἑορτὴ, συμβολίζουσα τὴν ἀνάστασιν τοῦ Ἀδώνιδος.

Λεῖψανα τῆς λατρείας τοῦ Ἀδώνιδος σωζόμενα μέχρι σήμερον εἰς τὰ ἔθιμα καὶ τὰς παιδιὰς τοῦ ἑλληνικοῦ λαοῦ, ἀναφέρει ὁ Δ. Μ. Σάρρος² ὅστις περιγράφει ἐν λεπτομερείᾳ τὸ τελούμενον κατὰ τὴν ἄνοιξιν «Μοιρολόγι τοῦ Ζαφείρη» ἐν Ζαγορίῳ τῆς Ἡπείρου. «Παρθένος τις κληρωθεῖσα μεταξὺ τῶν συμπαικτριῶν, ἀναφέρει ὁ Σάρρος, κατακλίνεται ὑπτία ἐπὶ τῆς χλόης νεκροῦ δίκην (γίνεται Ζαφείρης) αἱ δὲ λοιπαὶ παρθένοι καλύπτουσι τὸν κατακείμενον δῆθεν νεκρὸν διὰ φύλλων καὶ ἀνθέων πολλῶν καὶ ποικίλων (τὸν φκειάνουν Ζαφείρη) καὶ εἶτα, κύκλω καθήμεναι κόπτονται καὶ ὀλοφύρονται (κάνουν τὸν κομμὸ καὶ τὸ θρῆνο) ὡς ἐθίζεται περὶ τοὺς νεκρούς, θρηνωδοῦσι δὲ τὸ ἐξῆς νῦν συνήθως μοιρολόγι τοῦ Ζαφείρη:

* ETIENNE J. MACRYMICHALOS.—Vestiges du culte d'Adonis à Myconos.

¹ Ἴδε *Κυκλαδικὰ ἤτοι συλλογὴ σημειωμάτων περὶ Κυκλάδων καὶ Κυκλαδιτῶν* ὑπὸ Κ. Γ. ΝΑΥΠΑΙΩΤΟΥ, Ἀθῆναι 1930. Μέρους Α' σελ. 43.

² Ἴδε Δ. Μ. ΣΑΡΡΟΥ *Λεῖψανα τῆς λατρείας τοῦ Λίνου καὶ Ἀδώνιδος ἐν Ἡπείρῳ, Δελτίον τῆς Ἱστορικῆς καὶ Ἐθνολογικῆς Ἑταιρείας*, 5, ἐν Ἀθήναις 1897 σ. 347 κ.ε.